



FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS
FRANCOPHONES ET ACADIENNE
du Canada

POUR UN MEILLEUR ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

ÉTUDE COORDONNÉE PAR LA FÉDÉRATION DES
COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE
(FCFA) DU CANADA POUR LE COMPTE DU COMITÉ
CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES
EN SITUATION MINORITAIRE (CCCFSM)

JUIN 2001

Table des matières

À LA RECHERCHE D'APPROCHES NOUVELLES ET MIEUX ADAPTÉES	V
SOMMAIRE DU RAPPORT.....	VIII
Un état de santé plus précaire	viii
L'importance d'obtenir des services dans sa langue.....	ix
Une moins grande disponibilité de services en français	ix
Une stratégie gagnante en matière d'accessibilité	x
Cinq grands leviers d'intervention.....	xi
Un plan d'action générique.....	xiii
Plusieurs modèles d'organisation possibles.....	xiii
Une responsabilité partagée	xiv
INTRODUCTION.....	1
Le contexte.....	1
Le mandat.....	3
La démarche.....	4
I – UN PORTRAIT DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNES EN SITUATION MINORITAIRE.....	6
L'état de santé des francophones	6
La distribution géographique des communautés francophones et acadiennes	7
Certaines caractéristiques influant sur l'état de santé	10
Une synthèse des résultats	13
II – LA DÉFINITION DES CONCEPTS UTILISÉS.....	14
La notion de services de santé	14
L'importance de la langue	17
La notion d'accessibilité et de ses leviers	19
III – UN PORTRAIT DE LA SITUATION EN MATIÈRE D'ACCÈS.....	23
Le cadre et les limites de l'enquête.....	23
La situation générale.....	25
La situation comparative.....	32
Les principaux obstacles à l'accessibilité	33
Des améliorations possibles partout.....	35
Une synthèse des résultats	37
IV – CERTAINES AVENUES ET LEURS IMPLICATIONS.....	38
Les prémisses stratégiques.....	38
La reconnaissance des différences régionales.....	39
Le besoin d'agir sur la demande et surtout sur l'offre	39
La nécessité d'un effort concerté	40

L'importance d'une implication dans la gestion.....	43
Les leviers d'intervention	43
Une stratégie générale d'action.....	47
Les modèles d'organisation	52
Promotion de la santé.....	54
Soins primaires et communautaires	55
Soins généraux en établissement	57
Soins institutionnels spécialisés.....	58
Une responsabilité partagée	59
CONCLUSION	62
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXE A – LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE	69
Membres de la partie communautaire.....	69
Membres de la partie fédérale.....	69
Membres représentant des provinces	70
ANNEXE B – L'ÉQUIPE DE CONSULTANTS	71
Coordonnateur FCFA.....	71
Équipe technique.....	71
Équipe terrain.....	71
ANNEXE C – UN PORTRAIT DÉTAILLÉ DES FRANCOPHONES ET DES ACADIENS EN SITUATION MINORITAIRE	72
Communauté acadienne et francophone de l'Île-du-Prince-Édouard	73
Communauté acadienne et francophone de Terre-Neuve et du Labrador ..	75
Communauté acadienne et francophone de la Nouvelle-Écosse	76
Communauté acadienne du Nouveau-Brunswick	79
Communauté francophone de l'Ontario.....	82
Communauté francophone du Manitoba.....	85
Communauté francophone de la Saskatchewan.....	88
Communauté francophone de l'Alberta.....	90
Communauté francophone de la Colombie-Britannique	93
Communauté francophone du Yukon	95
Communauté francophone des Territoires du Nord-Ouest.....	97
Communauté francophone du Nunavut	100
ANNEXE D – L'IMPORTANCE DE LA LANGUE.....	102
ANNEXE E – LES GUIDES D'ENTREVUE ET DE COLLECTE	107
Grille d'entrevue avec les intervenants régionaux.....	107
Grille de collecte des données.....	121
ANNEXE F – LA DISTRIBUTION DES RÉGIONS RETENUES	138

Liste des tableaux

Tableau 1	Concentration des communautés francophones	9
Tableau 2	Répartition des répondants	24
Tableau 3	Francophones ayant accès à des services de santé en français selon le lieux de services (en proportion du total des francophones en situation minoritaire).....	25
Tableau 4	Régions ayant partiellement ou totalement accès à des services en français selon l'importance de la langue dans la qualité du service offert (en proportion du total des régions analysées)	31
Tableau 5	Régions ayant rarement ou aucunement accès à des services en français par type de lieux de services et selon la langue de communication (en proportion du total des régions analysées)	32
Tableau 6	Régions ayant rarement ou aucunement accès à des services en français selon l'importance de la langue dans la qualité du service offert (en proportion du total des régions analysées)	33

Liste des figures

Figure 1	Un bref portrait des communautés francophones (selon la langue maternelle).....	8
Figure 2	Part procentuelle des principaux groupes d'âge selon la langue maternelle, Canada hors-Québec - 1996	10
Figure 3	Revenu moyen d'emploi - 1996	11
Figure 4	Scolarité des Francophones (LM) selon la région - 1996.....	12
Figure 5	La notion de services de santé.....	15
Figure 6	Les niveaux de service utilisés	17
Figure 7	Qualité de l'acte et langue	19
Figure 8	La notion d'accessibilité aux services de santé	20
Figure 9	Illustration des leviers par certaines expériences intéressantes...	21
Figure 10	Ressources nécessaires à la réalisation des initiatives.....	22

Figure 11	Francophones ayant partiellement ou totalement accès à des services en français par province (en proportion du total des francophones présents sur le territoire).....	26
Figure 12	Caractéristiques démographiques des régions ayant accès ou non à des services en français dispensés par des centres de santé communautaire	27
Figure 13	Régions ayant partiellement ou totalement accès à des services en français Cliniques médicales	28
Figure 14	Régions ayant partiellement ou totalement accès à des services en français dispensés par des institutions de soins spécialisés (en proportion du total des régions analysées).....	30
Figure 15	Régions ayant partiellement ou totalement accès à des services en français dispensés par des organismes communautaires (en proportion du total des régions analysées).....	31
Figure 16	Regroupement des principaux obstacles identifiés	34
Figure 17	Positionnement relatif des provinces en fonction des grandes phases de développement des services de santé	36
Figure 18	Le prisme d'une approche gagnante.....	40
Figure 19	Les grands leviers d'intervention	44
Figure 20	Certaines expériences exemplaires.....	46
Figure 21	Les dominantes en fonction de la densité de population.....	47
Figure 22	Une stratégie générale d'action	48
Figure 23	Le partage des responsabilités.....	59

À la recherche d'approches nouvelles et mieux adaptées

Tous les systèmes de santé au Canada font l'objet de transformations majeures. Les réformes envisagées ou en cours visent à améliorer l'accès aux services de santé pour l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes.

L'étude qui suit trace un tableau de la situation et offre des avenues afin d'améliorer la qualité des soins de santé pour le million de Canadiens et de Canadiennes d'expression française vivant en situation minoritaire au Canada. Parce qu'elle est intimement liée à la capacité des intervenants de soigner, conseiller, orienter, éduquer les personnes, la prestation des services de santé dans la langue d'une population est un élément essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population.

Les orientations que nous suggérons intéresseront tant le gouvernement fédéral, dans le cadre de son engagement « à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement... », que les gouvernements provinciaux et territoriaux qui sont les premiers responsables de la gestion et de l'amélioration des systèmes de santé. Les efforts et les ressources qui seront déployés pour renouveler les soins de santé au pays offrent une opportunité d'étendre les bénéfices de l'Union sociale canadienne à des populations qui, parce qu'elles sont minoritaires, ont jusqu'ici été négligées. De leur côté, les communautés acadiennes et francophones en situation minoritaire, parce qu'elles sont prêtes à adopter des approches novatrices, peuvent offrir des modèles de prestation de services créatifs et susceptibles de stimuler de nouvelles façons de faire dans d'autres secteurs des systèmes de santé.

Les gouvernements sont à la recherche d'approches innovatrices pour une mobilisation et une coordination optimales des ressources dans la mise en œuvre de stratégies visant une meilleure prévention des maladies et la promotion de la santé. À notre époque, les principales causes de mal-être et de recours aux systèmes de santé sont souvent liées à des habitudes de vie malsaines, que ce soit au niveau de la nutrition, la sécurité au travail, l'utilisation de drogues, alcool ou tabac, la sécurité routière, le manque d'exercice physique. Que ce soit à la maison, au travail ou dans les loisirs, les personnes et les communautés peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Une attention

particulière est donc portée aux déterminants de la santé et aux effets du milieu sur la vie des individus, des familles et des communautés.

C'est ainsi que plusieurs des innovations envisagées pour les systèmes de santé sont à l'enseigne du renforcement des capacités communautaires dans la prévention et le traitement des problèmes de santé. Elles requièrent une meilleure intégration des éléments tels que les services de première ligne, depuis les services de prévention, de dépistage, d'information sur la santé, d'examens, de traitement jusqu'aux soins de longue durée. Elles visent aussi l'établissement d'un continuum, selon une approche holistique de la santé, qui va bien au-delà des aspects curatifs.

Pour la francophonie, ces innovations sont d'autant plus intéressantes qu'elles s'appuient sur une utilisation maximale des ressources de la communauté. Parce que même dans les concentrations francophones les plus importantes, les professionnels francophones de la santé se font rares, ce qui oblige à une mobilisation de toutes les ressources disponibles et à leur coordination rigoureuse.

Il est de plus en plus reconnu que la viabilité et l'efficacité de nos systèmes de santé dépendent de l'établissement d'une collaboration véritable entre les principaux partenaires. Par exemple, le modèle mis de l'avant par l'Organisation mondiale pour la santé, *Vers l'unité pour la santé*, reconnaît cinq principaux partenaires : les professions de la santé, les gestionnaires, les décideurs politiques, les institutions académiques et les communautés. Selon ce modèle, la performance optimale d'un système de santé vers le mieux-être d'une population exige la participation concertée de ces partenaires.

Dans ce modèle, la communauté a un rôle important à jouer. Par exemple, dans le secteur de la formation, la contribution communautaire peut prendre diverses formes. Les communautés peuvent fournir des lieux d'apprentissage, permettant ainsi aux étudiants et étudiantes d'être confrontés à des situations réelles; elles peuvent fournir aux institutions d'enseignement la rétroaction leur permettant d'ajuster leurs programmes aux besoins des populations; parfois, les individus participent aussi directement dans les programmes de formation.

À cet égard, le partenariat Acadie-Université de Sherbrooke pour la formation médicale au Nouveau-Brunswick et le fait que cette expérience ait été soulignée par l'OMS illustre bien la contribution significative que peuvent apporter les communautés francophones à l'amélioration du système

de santé. Mais ce qu'il démontre surtout, c'est l'importance de structures décisionnelles propres qui permettent à la communauté de faire les choix qui correspondent à ses besoins et priorités.

Le renouveau des systèmes de santé offre donc un contexte particulièrement favorable à la mise sur pied et à la consolidation d'initiatives permettant aux milieux francophones de coordonner et de mobiliser les soins primaires en français et de faciliter leur intégration. Le défi est de profiter au maximum des possibilités offertes par les réformes en cours pour assurer, à l'échelle locale et régionale, un espace francophone dans le domaine de la santé, avec la participation des gouvernements et des autres partenaires de la francophonie canadienne.

Bien sûr, cet espace francophone variera en nature et en étendue selon les capacités des différents milieux. Une ligne de force sous-tend cependant l'ensemble de la vision esquissée dans ce rapport, et ce pour tous les milieux, c'est celle d'une plus grande appropriation de la santé par les communautés francophones vivant en situation minoritaire. Cette appropriation devra favoriser la création dans le domaine de la santé de structures ou mécanismes qui permettront aux francophones d'identifier les priorités qui sont spécifiques à leur situation et de déterminer les meilleures stratégies pour les atteindre.

Sommaire du rapport

L'étude qui suit trace un tableau de la situation et offre des avenues afin d'améliorer la qualité des soins de santé pour le million de Canadiens et de Canadiennes d'expression française vivant en situation minoritaire au Canada. Elle a été réalisée dans la foulée des travaux du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire mis sur pied par le ministre fédéral de la Santé. Elle se concentre sur la problématique de l'accessibilité à des soins de santé en français.

UN ÉTAT DE SANTÉ PLUS PRÉCAIRE

Selon quelques études réalisées au cours des dernières années, les francophones vivant dans certaines communautés en situation minoritaire seraient moins en santé que leurs concitoyens anglophones. On comprendra que l'accessibilité aux services prend d'autant plus d'importance si on est confronté à une population qui a davantage de problèmes de santé. Malheureusement, il n'existe pas encore d'information commune pour l'ensemble du Canada et cette étude ne pouvait combler cette lacune importante.

Par contre, il est généralement admis que les indicateurs d'un état de santé précaire sont associés à des conditions socio-économiques plus précaires. Or, l'analyse de certaines des conditions qui influent sur la prévalence de la maladie laisse à penser que plusieurs *communautés francophones sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé*. Les membres des communautés francophones en situation minoritaire sont relativement :

- Plus âgés.
- Moins scolarisés.
- Moins actifs sur le marché du travail.

Par ailleurs, ce portrait socio-démographique permet de cerner un autre constat important, soit l'existence d'importantes *différences régionales* entre les diverses communautés francophones présentes au Canada. Cette hétérogénéité, autant en termes démographiques que socio-économiques, milite en faveur d'une grande flexibilité dans les initiatives visant à accroître l'accessibilité aux services de santé en français.

L'IMPORTANCE D'OBTENIR DES SERVICES DANS SA LANGUE

Des services de santé de qualité ne se résument pas à un acte technique consistant à soigner les gens. Une prestation de qualité est aussi étroitement associée à la capacité des intervenants de soigner, aider, conseiller, orienter, éduquer les utilisateurs de service. La capacité de comprendre et d'être compris est donc essentielle à une relation efficace entre un professionnel de la santé et l'utilisateur de service.

L'accessibilité à des services de santé dans sa langue constitue par le fait même bien plus qu'un respect pour la culture de l'utilisateur de service. Il s'agit d'un élément parfois essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population. Plusieurs recherches confirment d'ailleurs l'importance de la langue dans l'efficacité de certains soins dispensés et permettent de conclure que la barrière de la langue :

- Diminue la probabilité de recourir à des services de santé pour des motifs d'ordre préventif.
- Augmente i) la durée de temps de consultation, ii) la probabilité de recours à des tests diagnostiques, voire iii) la probabilité d'errer dans les diagnostics et les traitements.
- Influence la qualité des services où une bonne communication est essentielle (par exemple, services de santé mentale).
- Diminue la probabilité de fidélité aux traitements.
- Réduit la satisfaction à l'égard des soins et services reçus par les utilisateurs de services.

UNE MOINS GRANDE DISPONIBILITÉ DE SERVICES EN FRANÇAIS

L'étude a cherché à présenter une photo commune et détaillée de la situation en matière de disponibilité de services de santé en français, photo qui reflète du mieux possible la réalité des francophones à l'automne 2000. Malgré les limites de l'exercice entrepris, il apparaît évident qu'il existe *des écarts considérables entre les services en français et les services en anglais*. Cette accessibilité est en effet 3 à 7 fois plus élevée pour les anglophones.

L'exercice d'évaluation de l'état de la situation en matière d'accès aux services de santé en français a aussi permis d'isoler trois autres constats importants :

- *Des différences régionales importantes.* Si certains de ces écarts apparaissent logiques en fonction du nombre et de la densité des francophones, on observe aussi des variances significatives entre régions « comparables ». D'autres facteurs importants agissent sur le niveau d'accessibilité.
- *Des écarts troublants entre types de services.* On observe des variances parfois importantes entre les types de lieux de services et les types de services offerts, mais ces écarts ne sont pas suffisamment orientés en fonction du niveau de priorité des services. Les services où la langue de communication est plus importante (soins primaires, soins psychosociaux, ergothérapie...) ne se distinguent pas par un niveau d'accès supérieur.
- *Des améliorations possibles partout.* Même si les francophones de certaines régions disposent d'un meilleur accès aux services de santé en français, il demeure possible de faire mieux. Aucune région ne peut s'enorgueillir d'avoir atteint son plein potentiel. Les améliorations possibles vont évidemment varier d'une région à l'autre puisque les diverses communautés ne sont pas confrontées aux mêmes obstacles et ne partent pas du même point.

UNE STRATÉGIE GAGNANTE EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ

Une stratégie gagnante en matière d'accessibilité aux services de santé en français sera d'autant plus réalisable qu'un certain nombre de conditions préalables seront réunies. Ces conditions préalables ont été regroupées sous quatre prémisses stratégiques :

- La reconnaissance des différences régionales.
- Le besoin d'agir simultanément sur l'offre et la demande.
- La nécessité d'un effort concerté.
- L'importance d'une implication dans la gestion.

Une revue de la situation et d'expériences en cours a souligné l'importance de travailler simultanément ***sur l'offre et la demande de services de santé***. D'une part, les institutions et les autorités gouvernementales responsables de dispenser des services de santé doivent être soutenues constamment dans leurs efforts de « francisation » et encouragés à surmonter énergiquement les

obstacles qui se présentent. Une offre pro-active est essentielle à l'amélioration des services en français. D'autre part, les citoyens et les communautés francophones doivent aussi être encouragés à exprimer clairement leurs besoins, de même qu'à participer activement à la prise en charge de leur santé.

Par ailleurs, l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé en français sera d'autant plus facile qu'elle s'appuiera sur les ***efforts concertés de tous les grands groupes d'intervenants*** : les professionnels de la santé, les institutions de santé, les associations professionnelles, les institutions d'enseignement, les autorités politiques et les communautés concernées. Un engagement important et constant de chacun de ses intervenants est nécessaire pour réduire les nombreux obstacles à une amélioration de l'accessibilité.

Il faut également reconnaître que l'accès actuel et potentiel aux services de santé en français varie sensiblement d'une région à l'autre. Des facteurs structurels justifient certains écarts entre les régions (démographie, économie, épidémiologie, etc.). Dès lors, les approches proposées doivent absolument prendre en considération les ***spécificités des diverses communautés visées***.

Enfin, l'expérience démontre que plus les francophones sont impliqués dans la structure décisionnelle et le contrôle des institutions de santé, plus la place du français est respectée.

CINQ GRANDS LEVIERS D'INTERVENTION

L'approche privilégiée est de contribuer à renforcer les capacités communautaires dans la prévention et le traitement des problèmes de santé. Les initiatives encouragées doivent aussi viser une meilleure intégration des éléments tels que les services de première ligne, depuis les services de prévention, de dépistage, d'information sur la santé, d'examens, de traitement jusqu'aux soins de longue durée. Elles doivent également favoriser l'établissement d'un continuum, selon une approche holistique de la santé, qui va bien au-delà des aspects curatifs et qui accorde une attention particulière aux déterminants de la santé, de même qu'aux effets du milieu sur la vie des individus, des familles et des communautés.

Les autorités gouvernementales peuvent agir sur cinq grands leviers d'intervention pour faciliter les initiatives des communautés et améliorer le niveau d'accessibilité aux services de santé en français :

- **L'information :**
 - o Développement et mise en place de système d'information sur la santé des francophones.
 - o Répertoire des médecins, et autres professionnels de la santé et lieux pouvant offrir un service en français.
 - o Campagne de sensibilisation / promotion adaptée aux spécificités et réalités régionales.
 - o Accessibilité à la documentation pertinente en français pour les professionnels et la population.
- **La technologie**
 - o Développement de certains potentiels associés à la télémédecine.
 - o Adaptation et implantation de centres d'appel du type télésanté.
 - o Mise en place d'un portail WEB à l'intention des professionnels francophones.
- **Les réseaux**
 - o Mise en place de structures facilitant la coordination / animation / organisation du milieu francophone.
 - o Développement de maillage ou jumelage entre institutions de santé.
 - o Développement de liens / partenariats / alliances entre le réseau de la santé et d'autres réseaux pertinents (éducation, municipalité, organismes communautaires, associations bénévoles).
- **La formation**
 - o Appui à la promotion des carrières en santé.
 - o Efforts de décentralisation de la formation professionnelle de la santé.
 - o Encouragement financier à l'établissement en milieu francophone.
 - o Développement de programmes adaptés aux besoins des communautés francophones.
 - o Exploration d'avenues de recrutement hors-régions et hors-pays.
- **Les lieux d'accueil**
 - o Implantation de centres multiservices.
 - o Développement de structures d'accueil en français.
 - o Implication des francophones dans les structures décisionnelles du milieu de la santé.
 - o Contrôle partiel ou complet des francophones dans la gestion des lieux.

UN PLAN D'ACTION GÉNÉRIQUE

Malgré les spécificités de chaque région, il est possible d'envisager une approche générique, une approche que toute communauté peut et devrait suivre pour accroître l'accessibilité aux services de santé en français. Ce plan d'action est illustré au schéma suivant.



PLUSIEURS MODÈLES D'ORGANISATION POSSIBLES

Les modèles proposés dans l'étude contiennent plusieurs variantes dont l'application dans chacune des communautés pourra varier en fonction de la densité de la population francophone, de la volonté du milieu, de la disponibilité des ressources et du niveau de services déjà existant. Pour les fins du rapport, quatre variantes ou niveaux de services ont été définis.

- Le **niveau minimal** correspond à un niveau de services très limité mais que pratiquement tout francophone, peu importe son lieu de résidence, pourrait obtenir.
- Le **niveau de base** répond davantage aux exigences, besoins et spécificités des francophones et constitue un niveau de services auquel la quasi-totalité des communautés francophones et acadiennes pourrait aspirer avoir accès.
- Le **niveau avancé** fournit une accessibilité accrue à une gamme élargie de ressources et de services en français. Il exige un effort plus intense de la part des communautés francophones et acadiennes, des institutions de santé et des gouvernements.

- Le **niveau très avancé** n'est accessible que dans les communautés francophones et acadiennes populeuses et bien organisées.

Des modèles d'organisation ont été développés pour chacun des types de services de santé, soit la promotion de la santé, les soins primaires et communautaires, les soins généraux en établissement et les soins institutionnels spécialisés. Le contexte propre à chaque communauté déterminera les modèles d'organisation à mettre en œuvre ainsi que les niveaux d'accès pouvant être atteints. Pour chacun de ces modèles de même que pour chaque niveau de services, il sera important de définir un cadre de prise en charge communautaire approprié qui permettra à une communauté d'identifier ses besoins, déterminer les meilleures stratégies pour y répondre et assurer une gestion efficace des ressources affectées.

UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Le défi d'accroître l'accessibilité aux services de santé en français ne peut être relevé avec succès que si les autorités gouvernementales sont disposées, les institutions de santé sont engagées et les communautés francophones sont mobilisées. Ainsi, il ne faut pas s'étonner si la disponibilité de services en français est meilleure dans les provinces où il existe des politiques de services dans cette langue. Il ne faut pas non plus se surprendre si cette disponibilité est d'autant plus élevée que les institutions présentes consacrent de réels efforts à développer des modes de livraison intégrant le français. Enfin, il ne faut pas être renversé si les situations modèles se retrouvent dans des communautés bien organisées où la santé en français est une réelle préoccupation du milieu et où ses représentants sont impliqués dans la gestion des institutions ou des systèmes.

Les résultats de cette étude invitent donc les communautés francophones en situation minoritaire à se prendre en charge et à se mobiliser en ce qui a trait à l'amélioration de l'accès aux services de santé en français dans leur milieu. Ils interpellent tout autant les gouvernements et les administrateurs des services de santé à considérer dans leurs processus décisionnels les besoins spécifiques des communautés francophones et susciter la création de mécanismes ou structures favorisant une véritable prise en charge communautaire. Les orientations, les actions et les modèles d'organisation proposés constituent un cadre de référence susceptible d'aider chaque communauté à définir sa propre stratégie d'action.

Introduction

**La santé : un
dossier prioritaire
pour la FCFA**

La Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) du Canada considère la santé et plus particulièrement l'accès aux services de santé en français, comme un dossier stratégique et prioritaire. Au cours des toutes dernières années, la FCFA a d'ailleurs contribué à la réalisation de plusieurs initiatives spécifiques à ce domaine. On peut dès lors comprendre que la Fédération s'est en quelque sorte sentie interpellée lorsque au printemps 2000, le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Allan Rock, a choisi de mettre sur pied un Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. Le présent document cherche à aider à la réflexion de ce Comité. Il insiste sur l'importance d'accroître l'accessibilité à des services de santé en français en milieu minoritaire et présente, à cet effet, quelques avenues de solutions.

LE CONTEXTE

En juin 1998, la FCFA a commandé une première étude sur le dossier de la santé chez les francophones et acadiens¹. Cet exercice a permis d'apprécier sommairement la nature des services de santé disponibles en français dans les communautés en situation minoritaire. Il en ressortait, notamment :

- une pénurie ou une absence totale de professionnels de la santé dans de nombreuses communautés francophones et acadiennes au Canada;
- l'absence d'une politique des services en français dans plusieurs provinces;
- des masses critiques de population francophone très inégales d'une province à l'autre;
- la disponibilité des services en français repose sur des facteurs tels que la situation démographique, éducative, sociale et historique.

Parmi les recommandations émanant de cette étude, on retrouvait :

- d'identifier précisément les besoins de la Francophonie tant en termes d'infrastructures que de budgets;

¹ Voir (20).

- de tracer un portrait le plus précis possible de la situation actuelle notamment en ce qui a trait à l'inventaire des professionnels et professionnelles de la santé bilingues et à l'inventaire des services offerts.

Cette analyse a été suivie d'une seconde étude réalisée en février 2000 pour la FCFA². Cette dernière se concentrait sur l'analyse de quatre modèles d'organisation de santé communautaire en français. Plusieurs défis importants étaient identifiés, dont :

« difficultés dans le recrutement et la rétention du personnel en milieux ruraux ou éloignés, absence presque totale de données fiables sur les conditions des populations desservies, intégration parfois difficile des services en français dans l'ensemble du système de santé, faible appropriation par les communautés du dossier de la santé et sous-utilisation des nouvelles technologies »

L'analyse des expériences retenues faisait dire à leurs auteurs qu'il est possible de développer des approches susceptibles de répondre aux spécificités et aux besoins des communautés francophones et acadiennes en milieu minoritaire.

Les résultats de ces deux études faisaient ressortir, entre autres, la nécessité de pousser davantage :

- l'analyse de la situation quant à l'accès aux services de santé en français;
- l'évaluation des besoins en matière de services de santé;
- l'appréciation de leviers susceptibles d'améliorer l'accès aux services de santé en français et d'en mesurer les impacts;
- la conception et l'élaboration de scénarios et de modèles d'organisation assurant aux communautés francophones et acadiennes minoritaires l'accès à des services de santé en français.

**La mise sur pied
du Comité
consultatif**

Dans l'intervalle, le ministre fédéral de la Santé mettait sur pied le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire³. Le principal mandat de ce comité consiste à aviser le ministre sur les questions relevant du mandat de l'administration fédérale en matière de santé afin d'assurer que Santé Canada soit mieux en mesure de contribuer au développement des communautés francophones en situation minoritaire et de

² Voir (52).

³ Voir Annexe A pour la liste des membres.

favoriser leur épanouissement, dans le cadre des obligations du ministère en vertu de la Partie VII de la Loi sur les langues officielles.

Lors de sa première réunion, tenue le 6 juin 2000, le Comité a résolu de procéder à une analyse de l'état actuel de la situation dans les différentes communautés francophones et acadiennes en milieu minoritaire afin d'avoir une meilleure compréhension de cette situation et d'esquisser des avenues de solution aux difficultés qui auront été identifiées.

Le groupe de travail responsable d'établir pour le Comité les paramètres d'une telle analyse a sollicité le concours de la FCFA pour la réalisation de l'étude. La FCFA a donc accepté de coordonner cette démarche au nom et avec le soutien du Comité consultatif.

LE MANDAT

Le mandat donné à l'équipe de recherche était triple :

**Un mandat axé
sur les solutions**

1. Brosser un état de la situation en matière d'accessibilité aux services de santé en français pour les communautés francophones et acadiennes en milieu minoritaire.
2. Identifier les leviers susceptibles d'accroître l'accessibilité aux services de santé en français des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.
3. Proposer des avenues de solution au comité consultatif de Santé Canada sur les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire, propositions portant sur :
 - *Des modes d'organisation de services de santé facilitant l'accès en français.*
 - *Des stratégies propres à favoriser l'implantation de nouveaux modes d'organisation et de pratique qui soient compatibles avec les systèmes de prestation de service existants dans les provinces et territoires.*

La FCFA a, par ailleurs, tenu à adopter une démarche de travail et une structure d'intervention permettant d'atteindre deux autres objectifs, soit :

- *Assurer un partage de connaissances entre et au sein des communautés francophones et acadiennes minoritaires sur divers modes d'organisation des services de santé.*
- *Assurer un transfert de connaissances au niveau de certains intervenants du milieu.*

LA DÉMARCHE

Pour réaliser cette étude, une approche en huit étapes a été retenue.

Une démarche en huit étapes

1. Une revue de la littérature et des études portant sur les questions et les enjeux entourant l'accessibilité aux services de santé en français pour les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.
2. L'élaboration d'un cadre d'analyse afin d'évaluer la situation en matière d'accessibilité aux services de santé en français en s'appuyant sur le continuum de soins et de services de santé.
3. L'identification de certaines caractéristiques socio-économiques des communautés francophones et acadiennes en milieu minoritaire, caractéristiques pouvant influencer sur l'état de santé des populations concernées.
4. L'identification des leviers susceptibles d'influencer et de faciliter l'accès aux services de santé en français.
5. La conception de grilles de collecte de données afin d'établir un portrait de la situation actuelle en matière d'accès aux services de santé pour les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire et la préparation d'une grille d'entrevue à être administrée auprès d'intervenants régionaux afin d'identifier les enjeux, les problématiques, les préoccupations, les initiatives et les stratégies d'action porteuses pour accroître l'accessibilité aux services de santé en français.
6. Une collecte des données sur l'état de la situation dans toutes les provinces et territoires par l'intermédiaire de consultants sur le terrain⁴.
7. La conduite d'entrevues individuelles ou de groupes par les consultants sur le terrain auprès de personnes choisies pour leurs connaissances de la situation ou la place qu'elles occupent sur l'échiquier socio-sanitaire.
8. L'analyse des données et des informations recueillies et la rédaction d'un rapport synthèse.⁵

⁴ Voir Annexe B pour l'équipe de consultants.

⁵ Des rapports par province sont également disponibles sur demande auprès de la FCFA, ou encore, sur le site Web de la FCFA.

Les données et informations recueillies sur le terrain ont aussi fait l'objet de validation auprès de personnes représentatives des diverses communautés francophones et acadiennes consultées dans le cadre de l'étude.

Enfin, les constats et recommandations du document ont été présentés au Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.

I – Un portrait des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire

Comment se répartissent les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire à travers le Canada ? Quelles sont leurs principales caractéristiques socio-économiques ? Notamment, celles ayant un lien avec l'état de santé des populations ? Ces renseignements sont importants car ils influenceront sur les défis à relever en matière d'accessibilité aux services de santé en français et, surtout, sur la capacité des communautés à les relever.

Le tour d'horizon présenté dans cette section est synthétique et s'attarde uniquement aux caractéristiques clés pour les besoins de l'étude. Par contre, l'annexe C détaille, pour chacune des provinces, le portrait socio-démographique des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.

L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANCOPHONES

**L'absence
d'information
fiable sur l'état de
santé des
francophones**

Idéalement, l'objet de cette section aurait porté sur l'état de santé des populations présentes dans les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire. On comprendra que l'accessibilité aux services de santé prend d'autant plus d'importance si on est confronté à une population qui a davantage de problèmes de santé. Malheureusement, il n'existe pas d'information fiable et commune pour l'ensemble des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.

Certaines études se sont tout de même penchées sur cette question au cours des dernières années. En Ontario, par exemple, une étude indiquait que la proportion de francophones qui qualifiaient leur état de santé comme étant « excellent » était plus faible que celle de leurs concitoyens anglophones⁶. Une autre étude ontarienne sur la prévalence des maladies révélait que le taux de certaines maladies (maladies respiratoires, hypertension, problèmes musculo-squelettiques) était plus élevé chez les francophones que ceux enregistrés au niveau provincial⁷.

⁶ Voir (68), p. 17.

⁷ Voir (68), p. 17.

Au Nouveau-Brunswick, une vaste étude menée au début des années 80 soulignait qu'une fois les aspects géographiques pris en considération, la variable linguistique s'avérait discriminante dans l'état de santé des populations de la province⁸. Les francophones du Nord étaient ainsi les plus institutionnalisés et les plus hospitalisés de la province. Selon l'analyse des auteurs, les anglophones du Nord bénéficiaient de conditions plus favorables.

Il n'en demeure pas moins que les études existantes restent parcellaires et incomplètes. Plusieurs organismes francophones, dont la FCFA, revendiquent d'ailleurs depuis plusieurs années davantage de recherches en matière de santé et qualité de vie des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.

**L'analyse de
certains
déterminants de
la santé**

Le reste de cette section se concentre donc sur certaines caractéristiques qui ont un effet sur la santé. Bien qu'il n'existe pas de relations automatiques, il est généralement admis que certains facteurs socio-économiques influent sur la prévalence de la maladie. Parmi les principaux, on compte :

- Le niveau de revenus, plus le revenu est bas moins l'état de santé est bon.
- Le niveau de scolarité, plus le niveau de scolarité est faible moins l'état de santé est bon.
- L'âge, une fois atteint l'âge adulte, plus l'âge est élevé moins l'état de santé est bon.

En somme, les indicateurs d'un état de santé précaire sont associés de façon positive avec des conditions socio-économiques plus précaires⁹.

LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNES

**L'éclatement
spatial des
francophones**

Pour reprendre les termes du professeur Beaudin, la francophonie pan-canadienne se caractérise d'abord et avant tout par son éclatement spatial¹⁰. La figure 1 permet d'illustrer cette réalité.

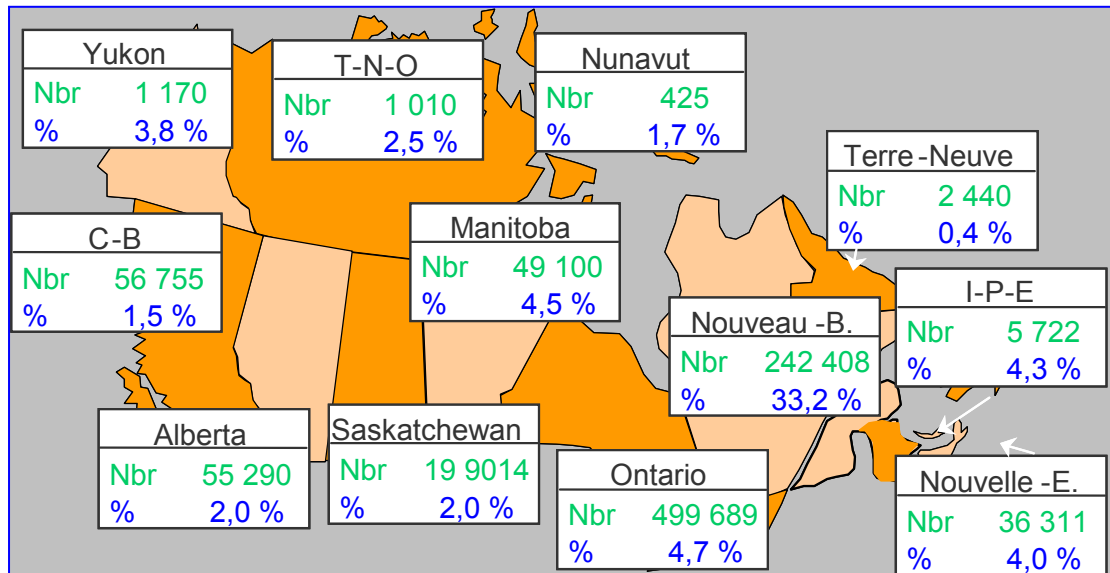
On retrouve en effet des francophones dans toutes les provinces canadiennes. Leur importance relative et leur niveau de concentration peuvent toutefois varier sensiblement d'une province à l'autre.

⁸ Voir (70).

⁹ Voir, entre autres, (15) (64) (70).

¹⁰ Voir (9), p.14.

FIGURE 1
UN BREF PORTRAIT DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES - 1996
(SELON LA LANGUE MATERNELLE)



Source : Statistique Canada.

En 1996, dernières données de recensement, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick regroupaient à eux seuls 742 100 personnes de langue maternelle française, soit 76,5 % de toute la population hors Québec s'étant déclarée de langue maternelle française. On observe un taux de concentration encore plus élevé lorsque l'on utilise la base des parlants français à la maison. Selon cette approche, les principaux foyers francophones se retrouvaient dans le Nord du Nouveau-Brunswick (152 725), le Sud-est ontarien (152 305), le Nord-est ontarien (106 995), les comtés mixtes (forte représentation francophone) du Nouveau-Brunswick (64 590), ainsi que la Péninsule ontarienne (53 370)¹¹. Ensemble, ces cinq régions abritaient 82 % des parlants français résidant à l'extérieur du Québec.

Cinq grands foyers de concentration

On peut observer un très grand nombre de francophones dans une région mais le poids relatif de cette communauté peut quand même être faible. Si on analyse la situation des communautés francophones et acadiennes en fonction de leurs poids démographique régional, on ne compte que cinq régions où les francophones ont un poids supérieur à 20 %. On y retrouve quatre des cinq foyers précédents, la Péninsule ontarienne étant remplacée par le Sud-ouest de la Nouvelle-Écosse (voir tableau 1).

¹¹ Voir (9), p.12.

TABLEAU 1
CONCENTRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES

	Langue parlée au foyer (Français + Français et Anglais) 1996	Taux régional de francophones
Nord N-B	152 725	79,9 %
Comtés mixtes N-B (forte rep. franco.)	64 590	38,1 %
Sud-Ouest N-É	10 980	28,5 %
Nord-Est Ontario	106 995	21,7 %
Sud-Est Ontario	152 305	20,3 %
Poids démographique régional >20%	487 595	39,0 %
Poids démographique régional <20%	155 445	2,7 %
Total – Francophones hors-Québec	643 040	4,7 %

Source : Voir (9).

**Plusieurs petites
communautés en
situation
minoritaire**

L'autre groupe de communautés, soit celui dont le poids démographique régional est inférieur à 20 %, regroupe 24 % des parlant français hors Québec. Pris dans son ensemble, il s'agit de régions en position fortement minoritaire puisque le poids des francophones s'élève à moins de 3 % des populations de ces territoires. Il ne s'agit toutefois pas d'un ensemble homogène et on peut y retrouver certaines communautés où le poids régional avoisine ou dépasse 10 % (la région Évangéline à l'Î.-P.-É. et certaines régions au Manitoba ou en Alberta).

Par ailleurs, on comprendra que la capacité de mettre en place une gamme complète de services de santé en français n'est pas indépendante du nombre et de la concentration des francophones présents sur le territoire. On doit donc reconnaître que seulement quelques régions disposent de cet atout de premier plan.

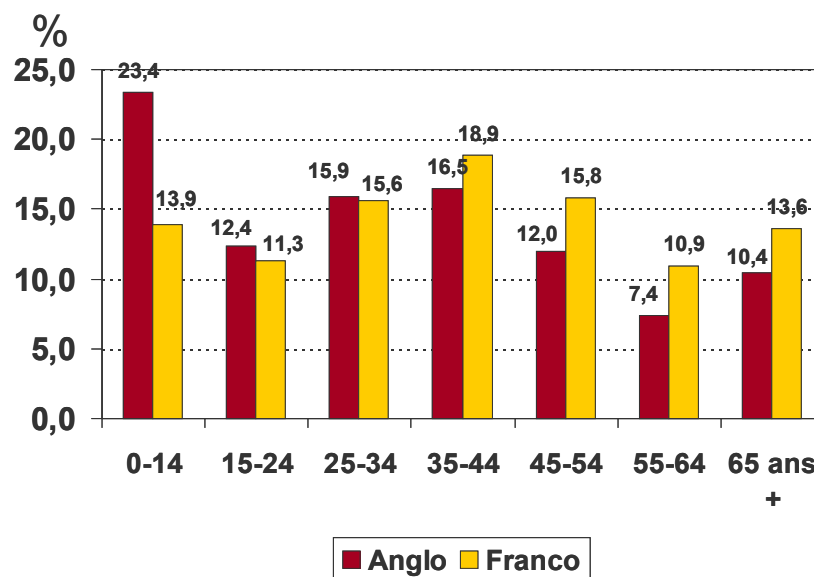
CERTAINES CARACTÉRISTIQUES INFLUANT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

LA STRUCTURE D'ÂGE

Une population francophone plus âgée

En général, la population des communautés francophones et acadiennes est plus âgée que celle des non-francophones, et cette situation tend à s'accroître dans les régions où les francophones sont davantage minoritaires.

FIGURE 2
PART PROCENTUELLE DES PRINCIPAUX GROUPES D'ÂGE
SELON LA LANGUE MATERNELLE, CANADA HORS-QUÉBEC - 1996



Source : Voir (9).

Le groupe le plus âgé (55 ans et plus) occupe une présence relativement forte dans la très grande majorité des communautés francophones et acadiennes : le cas extrême étant la Saskatchewan, où le groupe des 55 ans et plus représentait 42 % de la population francophone en 1996. Cette sur-représentation est évidemment alimentée par le manque de jeunes, soit en raison d'un taux de natalité plus bas et, surtout, en raison de leur exode ou de leur assimilation.

LES REVENUS DE TRAVAIL

Une population moins présente sur le marché du travail

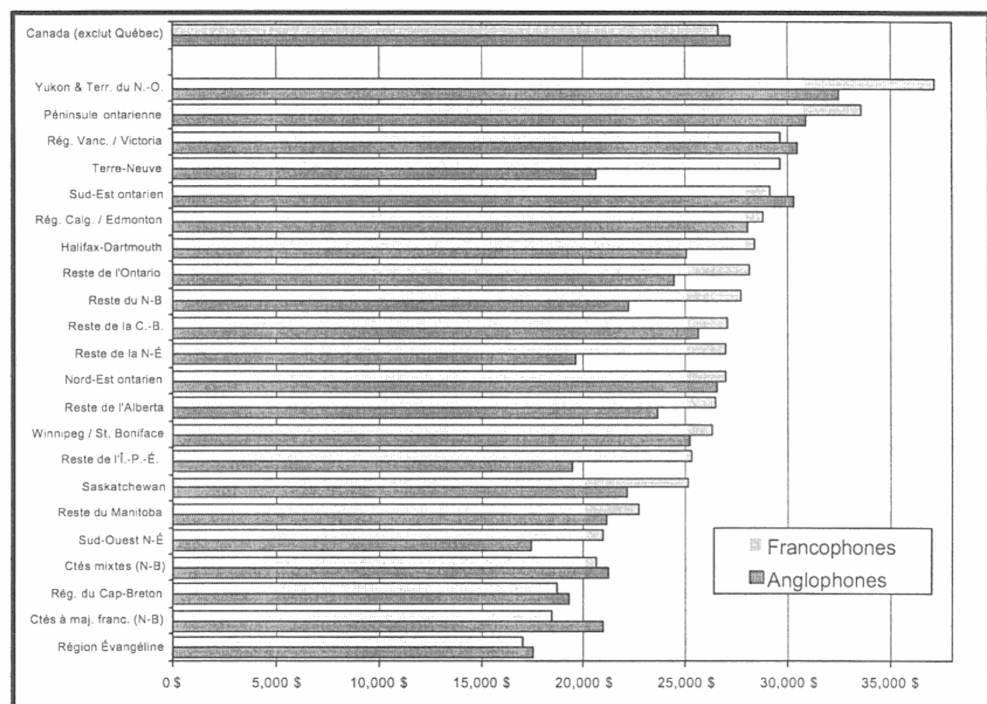
Les francophones en situation minoritaire sont proportionnellement moins nombreux sur le marché du travail que les anglophones. Toutefois, leur revenu moyen est similaire.

**Un revenu moyen
similaire lorsque
corrigé pour l'effet
géographique**

Globalement, les francophones en situation minoritaire affichent un taux d'activité moindre et un taux de chômage plus élevé. Ces écarts sont cependant davantage reliés à des facteurs géographiques que linguistiques. Lorsque l'on s'attarde à analyser la situation des francophones et des anglophones vivant dans une même région, les écarts s'estompent ou deviennent non discriminants. Le facteur explicatif dominant des disparités n'est pas linguistique mais géographique ou rural-urbain.

Dans la mesure où les taux d'activité, les taux de chômage et la structure de l'emploi sont similaires, on ne doit donc pas s'étonner s'il n'existe pas d'écarts significatifs en termes de revenu. Ce portrait global peut toutefois être trompeur dans certaines régions. Comme l'illustre la figure 3, le revenu moyen d'emploi peut être plus élevé dans certaines régions et beaucoup moins élevés dans d'autres.

FIGURE 3
REVENU MOYEN D'EMPLOI - 1996



Source : Voir (9).

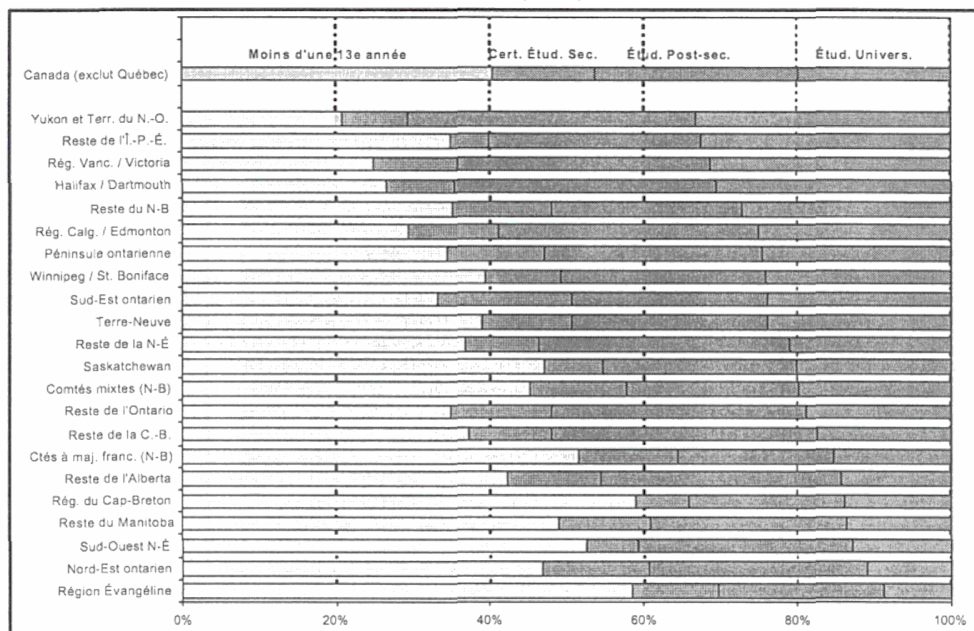
LE NIVEAU DE SCOLARITÉ

De manière générale, les francophones sont moins scolarisés que les anglophones. Malgré certains progrès depuis quelques années, les écarts demeurent toutefois significatifs, notamment au niveau post-universitaire.

Une population moins scolarisée

En 1986, 50,4 % de la population adulte francophone n'avait pas complété son secondaire, ce taux avait diminué à 40,4 % en 1996. Chez les anglophones, les taux respectifs atteignaient 44,3 % en 1986 et 32,8 % en 1996. On observe une évolution similaire au niveau post-secondaire. La proportion des francophones ayant fait des études universitaires a augmenté de 11,1 % à 19,5 % entre 1986 et 1996. Malgré cette progression, les anglophones demeurent bien en avance en matière d'éducation post-secondaire; le taux des anglophones ayant réalisé des études universitaires s'élevait ainsi à 23,8 % en 1996. On ne sera pas surpris de savoir qu'il existe aussi des différences importantes entre les diverses communautés francophones et acadiennes.

FIGURE 4
SCOLARITÉ DES FRANCOPHONES (LM) SELON LA RÉGION - 1996



Source : Voir (9).

En paraphrasant Beaudin, les francophones réalisent des gains importants en matière de scolarité, mais les anglophones en font autant, sinon davantage, ce qui maintient les écarts sur le plan linguistique¹².

¹² Voir (9) p.31.

UNE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Le portrait socio-démographique des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire permet de cerner deux constats importants :

Deux grands constats

- *Des solutions flexibles pour répondre aux différences régionales.*
L'hétérogénéité des communautés francophones et acadiennes, autant en termes démographiques que socio-économiques, milite en faveur d'une grande flexibilité dans les initiatives visant à accroître l'accessibilité aux services de santé en français.
- *Des communautés plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé.*
L'analyse des caractéristiques socio-économiques laisse à penser que l'état de santé des communautés francophones et acadiennes serait plus précaire.

Le portrait réalisé dans cette section est certes sommaire mais permet de mieux poser la problématique de l'accessibilité aux services de santé en français. Les prochaines sections s'attardent maintenant à la question fondamentale de l'accès.

II – La définition des concepts utilisés

Pourquoi est-il souhaitable que les francophones en situation minoritaire aient accès à des services de santé en français ? Qu'entend-t-on exactement par services de santé ? Ou encore, par accessibilité ? Comment peut-on faciliter l'accès ? Quels sont les leviers sur lesquels on peut agir ?

Avant de procéder à l'analyse de la situation en matière d'accessibilité aux services de santé en français ou à l'identification de certaines avenues de solution, il importait de bien définir un certain nombre de notions et de concepts afin d'éviter tout malentendu. Cette section présente donc le cadre sous-jacent à la réflexion entreprise.

LA NOTION DE SERVICES DE SANTÉ

Qu'entend-on par *santé* et par *services de santé* ? Posez cette question à des membres de votre entourage et les réponses fuseront spontanément. Plus souvent qu'autrement, la santé sera définie comme l'absence de maladie et les services de santé décrits comme les soins hospitaliers ou médicaux. Sans être erronées, ces réponses sont toutefois réductrices. Les notions de *santé* et de *services de santé* font en effet appel à un univers beaucoup plus large et complexe.

L'objectif de ce rapport n'est évidemment pas d'explicitier et d'approfondir ce que l'on entend par *la* santé et *les* services de santé. Une telle avenue constituerait l'objet d'un document en soi. Sans compter que plusieurs s'y sont déjà attardés avec beaucoup de professionnalisme et de rigueur¹³. Il est cependant important de s'entendre dès le départ sur le vocabulaire de base si l'on désire situer les avenues de solution qui seront proposées plus tard.

L'Organisation mondiale de la santé a développé une définition de la santé qui est maintenant largement acceptée. Selon l'OMS, la santé est un état de complet bien-être, un état de bien-être qui est autant physique que mental ou social¹⁴. La notion de services de santé prend alors un contour bien différent que si l'on définit la santé comme étant l'absence de maladie, notamment physique.

**La santé :
un état de
complet bien-être**

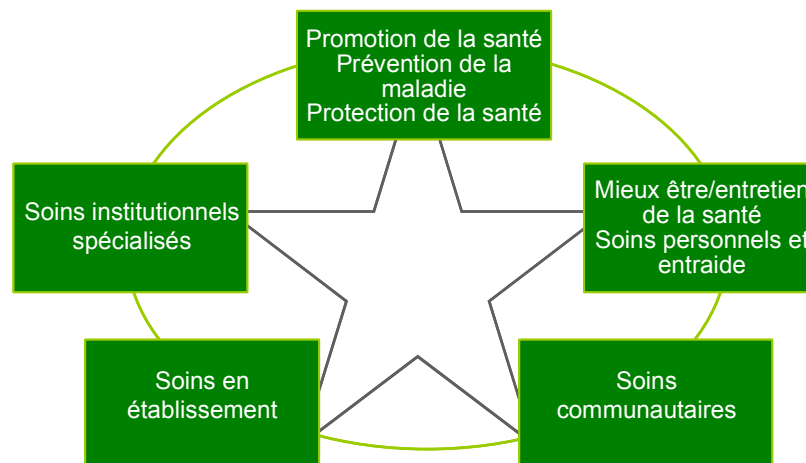
¹³ Voir (70).

¹⁴ Voir (13).

Les services de santé couvrent un large éventail d'activités

En envisageant la santé sous un angle plus large, on se doit également de reconnaître que les services de santé couvrent un éventail d'activités qui dépassent les aspects curatifs et embrassent par le fait même des actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. L'approche des déterminants de la santé développée au cours des dernières années insiste d'ailleurs sur plusieurs facteurs qui relèvent des comportements individuels, des styles de vie, des conditions socio-économiques. La figure 5 présente la notion de services de santé retenue dans le cadre de la réflexion sur l'accessibilité aux services de santé en français. Cette illustration des services de santé provient de travaux de l'Association canadienne de santé publique. On remarque qu'elle couvre non seulement les soins en établissement (hôpitaux généraux, centres de soins de courte durée, etc.) ou les soins institutionnels spécialisés (hôpitaux psychiatriques, centres de réadaptation, etc.), mais également les services de promotion de la santé, de prévention, de soins communautaires, etc. Le cadre utilisé inclut les services de santé physique, mentale et publique.

FIGURE 5
LA NOTION DE SERVICES DE SANTÉ



Source : Association canadienne de santé publique, 1995.

Les services de santé vus à l'intérieur d'un continuum de soins

Ce schéma illustre également une autre notion importante, soit le continuum de soins. Il est maintenant largement reconnu qu'une bonne prestation de soins de santé exige une continuité de services. La circulation rapide et continue des personnes et de l'information à travers les différents niveaux de services (activités de prévention, soins non spécialisés, soins spécialisés, soins sur-spécialisés, soins à domicile, etc.) permet non seulement un meilleur accès à la population, mais offre également des garanties d'une plus grande qualité des services. Les collaborations entre les institutions et les

professionnels deviennent par le fait même essentielles à l'obtention de soins de qualité. Le principal moyen pour atteindre cet objectif de collaborations accrues repose sur la mise en place de réseaux de services intégrés. Ces réseaux sont structurés autour de points d'accès bien identifiés pour l'obtention des services de base et de mécanismes simples d'accès aux services plus spécialisés. L'exemple de l'encadré qui suit résume bien l'importance de cette continuité des services de santé et de la présence d'un réseau de services intégrés.

POINT DE REPÈRE 1

Continuité des services

Beth, une femme active de 74 ans, demeure à Halifax. Elle est généralement en bonne santé, mais elle fait un peu d'embonpoint et elle a déjà eu des problèmes avec son cœur.

Un jour, elle a trébuché en sortant de la maison. Heureusement, son voisin l'a vue et a fait venir une ambulance qui l'a amenée à l'urgence. Une radiographie a révélé une fracture de la hanche et Beth a été hospitalisée. Le jour suivant, un chirurgien orthopédique et une équipe chirurgicale étaient sur place pour réparer une hanche. En raison des antécédents de Beth, le chirurgien a consulté son médecin de famille et son cardiologue avant de procéder à l'opération.

Quelques jours plus tard, Beth songeait à ce qui allait se passer. Sa famille, son équipe de soins et elle-même ont décidé ensemble que la meilleure chose était de faire de la physiothérapie et aussi de la réadaptation dans d'autres services de l'hôpital. Elle pourrait ensuite réintégrer son domicile dès qu'elle le pourrait et recevoir de l'aide des services de soins à domicile en plus de ceux de sa famille.

Source : Voir (43), p. 34.

L'inclusion des soins primaires, secondaires et tertiaires

Pour les lecteurs plus familiers avec les niveaux de soins, la notion de services retenue dans ce document concerne à la fois les soins primaires, les soins secondaires et les soins tertiaires. Afin de bien couvrir certaines avenues de solution en fonction de la taille des communautés francophones et acadiennes, il a toutefois été jugé utile d'extraire des soins primaires, les activités de promotion de la santé. Les activités de promotion sont principalement associées à des actions collectives (entre autres, campagnes d'information, lois et règlements) alors que les activités de soins primaires sont davantage à caractère individuel et font appel à une relation directe avec un professionnel de la santé, d'où l'utilité de distinguer entre les deux groupes. La figure 6 définit les quatre niveaux de services qui seront ultérieurement utilisés dans le document.

FIGURE 6
LES NIVEAUX DE SERVICE UTILISÉS

Promotion de la santé	Activités ayant comme but de modifier les habitudes de vie et de rendre les individus responsables de leur état de santé (campagnes de sensibilisation, groupes d'entraide et communautaires...)
Soins primaires et communautaires	Activités représentant le premier niveau de contact des individus avec le système de santé, généralement dispensées dans les cabinets de médecins, les cliniques et les centres de santé communautaire.
Soins généraux en établissement	Activités comprenant généralement la médecine interne générale, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'anesthésie, l'obstétrique, la pédiatrie et la psychiatrie. Nécessitent la présence d'une équipe de médecins et de thérapeutes supportée par un plateau technique à des fins de diagnostics et de traitements.
Soins institutionnels spécialisés	Activités couvrant des services de santé hautement spécialisés à l'aide de plateau technique très sophistiqué (par exemple, chirurgie cardio-vasculaire, neurologique, centre du cancer...) ou destinées à des clientèles spécifiques et dispensées par des établissements spécialisés (centre de réadaptation physique, centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personne en perte d'autonomie, hôpital psychiatrique...)

L'IMPORTANCE DE LA LANGUE

Pourquoi des services de santé en français ? Il serait légitime de répondre en raison des droits linguistiques de la minorité francophone ou, encore, pour des raisons d'équité par rapport aux services reçus par la majorité. Sans absolument renier ces fondements, il importe également de prendre en considération le rôle de la langue dans la prestation des soins de santé.

Comme mentionné à la section précédente, des services de santé de qualité ne se résument pas à un acte technique consistant à soigner les gens. Une prestation de qualité est aussi étroitement associée à la capacité des intervenants de soigner, aider, conseiller, orienter, éduquer les utilisateurs de service.

L'importance de la langue dans l'efficacité des soins dispensés

L'accessibilité à des services de santé dans sa langue constitue par le fait même bien plus qu'un respect pour la culture de l'utilisateur de service. Il s'agit d'un élément parfois essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population¹⁵. Plusieurs recherches confirment d'ailleurs l'importance de la langue dans l'efficacité de certains soins dispensés¹⁶. Dans l'ensemble, les écrits recensés dans la littérature scientifique permettent de conclure que la barrière de la langue :

- Diminuerait la probabilité de recourir à des services de santé pour des motifs d'ordre préventif.
- Influencerait peu la probabilité de recourir aux services de santé pour des motifs curatifs dans le cadre de problèmes de santé aigus, mais augmenterait i) la durée de temps de consultation, ii) la probabilité de recours à des tests diagnostiques, voire iii) la probabilité d'errer dans les diagnostics et les traitements.
- Influencerait davantage la qualité du service lorsqu'une bonne communication est essentielle (par exemple, services de santé mentale).
- Diminuerait la probabilité de fidélité aux traitements.
- Aurait pour effet de réduire la satisfaction à l'égard des soins de services reçus par les utilisateurs de service.

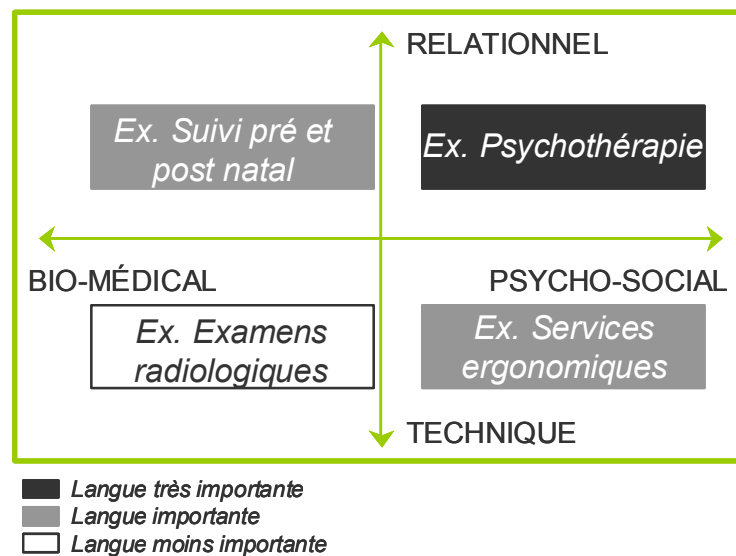
Le rôle de la langue dans deux dimensions

La figure 7 illustre deux dimensions critiques dans la relation entre la qualité du service de santé et la langue de l'utilisateur de service. Ainsi, la langue de communication de l'utilisateur de service revêtira une importance d'autant plus grande que le service dispensé sera de nature relationnelle plutôt que technique. De même, la capacité de communiquer dans la langue l'utilisateur de service sera d'autant plus importante qu'il s'agira d'une intervention de type psychosocial plutôt que biomédical. On comprendra que d'une façon générale les soins primaires se concentrent dans la partie supérieure du schéma, là où la langue de communication est plus importante, alors que les soins tertiaires se retrouvent davantage dans la zone inférieure. Ce cadre d'analyse des services de santé est utile pour évaluer l'état de la situation en matière d'accessibilité, de même que pour déterminer les priorités quant aux initiatives possibles.

¹⁵ Voir, par exemple (70), p. 19-37.

¹⁶ Voir Annexe D pour une revue de la littérature récente.

FIGURE 7
QUALITÉ DE L'ACTE ET LANGUE



LA NOTION D'ACCESSIBILITÉ ET DE SES LEVIERS

**L'accessibilité :
obtenir un service
et le comprendre**

Qu'entend-t-on par accessibilité aux services de santé ? Le Petit Larousse définit l'accessibilité comme *ce qui peut être approché* et *ce que l'on peut comprendre*. Ce double sens correspond parfaitement à la définition retenue dans le présent document. L'accessibilité est ainsi entendue comme la possibilité d'obtenir un service (le sens d'approcher) en français (le sens de comprendre).

Le service de santé prendra deux formes génériques. Il s'agira surtout d'une relation avec un professionnel de la santé (médecin, infirmière, travailleur social, etc.). Mais, il s'agira aussi parfois de l'obtention de renseignements aidant à la prise en charge de notre santé (campagnes de sensibilisation, brochures, vidéos, textes, etc.). L'accessibilité aux services de santé signifie ainsi d'être en contact avec des individus pouvant s'exprimer en français ou de disposer d'informations dans cette langue.

**Cinq grands
leviers
d'intervention sur
l'accessibilité**

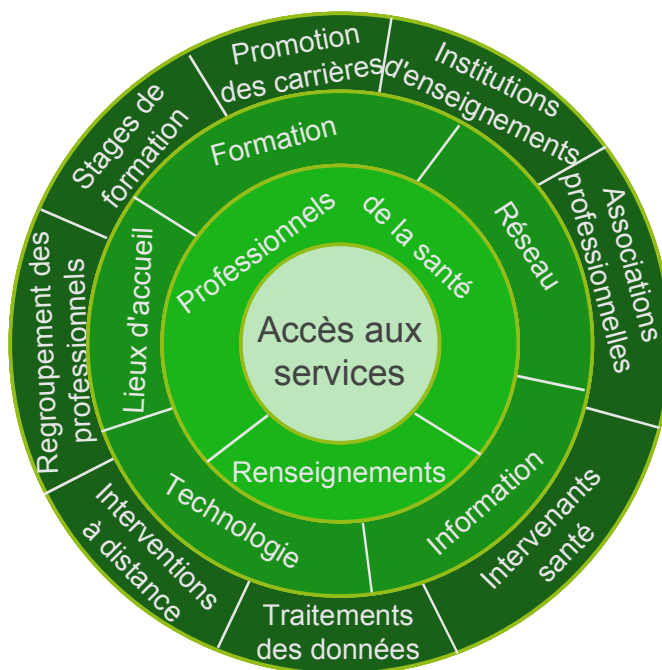
L'accessibilité aux services de santé peut être facilitée de multiples façons. On peut toutefois regrouper les initiatives possibles en cinq grands leviers :

- L'implantation de **lieux d'accueil** où l'on retrouve sur place des professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français.

- Le développement de **réseaux** qui permet d’animer et mobiliser le milieu dans le but de faciliter l’accès à des professionnels francophones.
- L’utilisation de **technologies** qui brise la nécessité d’une relation utilisateur de service professionnel face à face.
- Le déploiement d’activités de **formation** qui assure la disponibilité de professionnels de la santé pouvant s’exprimer en français.
- La disponibilité d’**information** pour aider les intervenants à établir les priorités d’action en matière de services en français ou, encore, pour aider à orienter les utilisateurs de service vers les ressources francophones disponibles et faciliter la prise en charge de leur santé.

La figure 8 illustre le cadre d’accessibilité inhérent à l’analyse effectuée.

FIGURE 8
LA NOTION D’ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ



**Certains
exemples
concrets de
l'utilisation de ces
leviers**

Afin de rendre encore plus concret ce que l’on entend par les grands leviers d’accessibilité, la figure 9 présente à titre d’exemples certaines initiatives existantes dans des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire, initiatives qui chacune à leur façon permettent d’accroître l’accès aux services de santé en français. Cette liste n’est évidemment pas exhaustive et ne doit pas restreindre la portée de toute autre initiative utile, mais son

inclusion permet de bien représenter les axes d'intervention possibles. Ces cinq grands leviers seront au cœur des avenues de solution proposées ultérieurement.

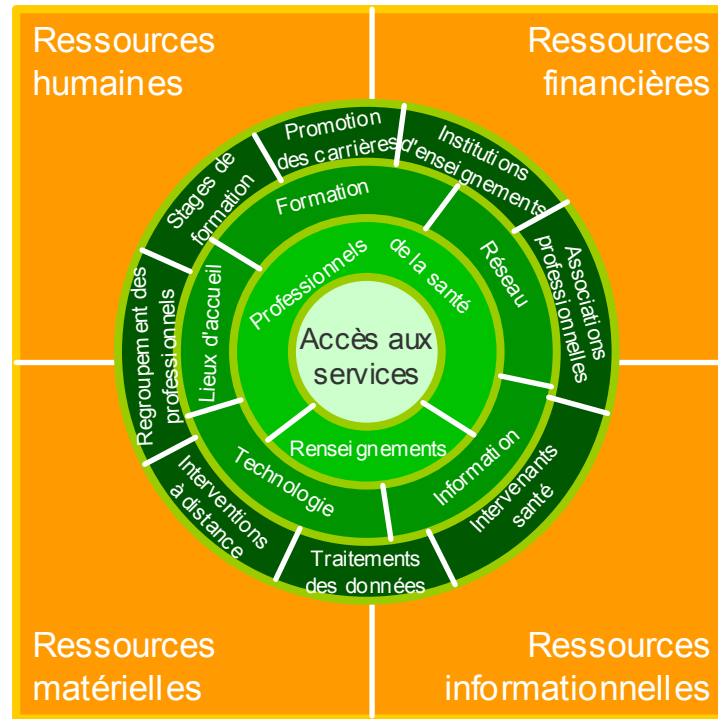
FIGURE 9

ILLUSTRATION DES LEVIERS PAR CERTAINES EXPÉRIENCES INTÉRESSANTES

FORMATION – Le réseautage des professionnels francophones et leurs efforts en matière de perfectionnement (O) – L'entente entre la Corporation hospitalière Beauséjour et L'Université de Sherbrooke sur l'enseignement et les stages (NB)	TECHNOLOGIE – Le projet TéléNephro programme de dialyse de la Corporation hospitalière Beauséjour permet à des régions francophones via la Télémédecine, d'avoir accès à ces services (NB) – Le développement des Télécommunautés ouvrant des possibilités intéressantes à l'accès à des services et à la formation à distance (TN)
LIEUX D'ACCUEIL – Le système de l'Hôpital extra-mural (NB) – La mise en place de centres de santé communautaire (IPE, O, M) – Le projet Rivière -la-Paix, regroupement de plusieurs types de services de santé au même endroit (A) – La création des centres d'accès aux soins communautaires (O) – Le projet de centre scolaire communautaire en développement comprenant les services de santé en français, une clinique médicale, tout en regroupant les écoles élémentaires françaises avec l'école secondaire française (O) – Le projet Pluri-Elles, organisme communautaire multidisciplinaire oeuvrant auprès des femmes (M)	RÉSEAU – Le partenariat avec la commission scolaire de langue française (IPE) – Le réseautage des professionnels francophones (O) – Le développement de services intégrés à l'école (S) – La mise en place du réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (O) – Le projet d'équipe virtuelle de professionnels au service des enfants francophones du sud (O)
	INFORMATION – Le répertoire de services intitulé «l'indispensable» sensibilisant les professionnels de la santé à s'afficher comme offrant un service en français (TN) – L'analyse des lacunes en matière de services de santé en français (O)

La réalisation de ces initiatives exige évidemment des efforts de toutes sortes. La figure suivante illustre génériquement les ressources qui sont à la source de la mise en œuvre des diverses initiatives.

FIGURE 10
RESSOURCES NÉCESSAIRES À LA RÉALISATION DES INITIATIVES



Avant de passer aux avenues de solution, il est toutefois souhaitable de bien saisir l'état de la situation en matière d'accès aux services de santé en français, soit l'objet de la prochaine section.

III – Un portrait de la situation en matière d'accès

Quelle est la situation des communautés francophones et acadiennes en matière d'accès aux services de santé en français ? Comment se compare cette situation selon les diverses régions canadiennes ? Par rapport à la communauté anglophone limitrophe ?

Malgré les difficultés associées à l'obtention d'un portrait précis, il est apparu souhaitable d'établir un état de situation dans le cadre du présent exercice. Si un certain nombre d'études se sont penchées ces dernières années sur l'accessibilité aux services de santé des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire, aucune de ces recherches n'a couvert l'ensemble des provinces pour une série homogène de services¹⁷. Cette section présente donc une photo commune et détaillée de la situation, photo qui reflète du mieux possible la réalité des francophones à l'automne 2000.

LE CADRE ET LES LIMITES DE L'ENQUÊTE

L'exercice entrepris constitue une contribution unique à la description du vécu des francophones en situation minoritaire. Il importe toutefois de souligner que le travail effectué comporte aussi des limites.

**Une enquête
auprès de plus de
300 personnes**

Le portrait de la situation des services de santé en français a été réalisé à partir d'une grille de collecte d'information structurée¹⁸. Cette grille a été envoyée à un certain nombre d'intervenants du secteur et validée lors de rencontres individuelles ou de groupe. Les répondants devaient être représentatifs des catégories suivantes d'intervenants dans chacune des régions : des fonctionnaires ou des gestionnaires de services de santé, des professionnels de la santé et des francophones impliqués dans le développement des services de santé en français dans leur région. Globalement, plus de 300 personnes ont contribué directement ou indirectement à cet exercice. Le tableau 2 présente la répartition géographique et fonctionnelle des personnes contactées.

¹⁷ Voir, entre autres, (16) (20) (48) (52) (56) (68) (70).

¹⁸ Voir Annexe E.

TABLEAU 2
RÉPARTITION DES RÉPONDANTS

Personnes contactées	TN	IPE	NE	NB	ONT	MAN	SAS	ALB	CB	YUK	NUN	Total
En entrevues individuelles	2	—	8	10	72	10	20	10	5	8	4	149
En rencontres de groupe	—	12	—	—	—	20	27	30	—	—	—	89
En réponse questionnaires	3	3	8	28	17	24	22	12	5	—	—	122

La collecte d'information a été réalisée :

- ***Pour six (6) types de lieux de services***, soit les Cliniques médicales, les Centres de santé communautaire, les Services à domicile, les Hôpitaux, les Autres institutions de soins, les Organismes communautaires.
- ***Pour soixante-trois (63) catégories de services***, à la fois pour des soins primaires, secondaires ou tertiaires, autant pour la santé publique, mentale que physique.
- ***Pour soixante-huit (68) régions à travers le Canada***, couvrant toutes les provinces ou territoires sauf les Territoires du Nord-Ouest¹⁹.
- ***Pour quatre (4) niveaux d'accessibilité en français***, soit aucunement, rarement, partiellement et totalement accessible.

Les résultats des prochaines sections doivent cependant être interprétés avec précaution. L'exercice entrepris ne constitue pas une étude scientifique sujette à une marge d'erreur contrôlée. La mesure de la situation est basée sur une appréciation et un jugement d'un certain nombre de répondants. On peut supposer que l'interprétation de la situation pourrait varier dans certains cas si d'autres intervenants avaient été invités à soumettre leurs réponses. Il n'en demeure pas moins qu'un effort important a été déployé pour valider et systématiser les réponses obtenues.

¹⁹ La répartition des régions par province est présentée à l'Annexe F. Les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas été intégrés à l'exercice en raison de difficultés propres à la région.

Afin d'alléger la présentation, seuls les principaux résultats feront l'objet de commentaires et analyses²⁰. La situation générale des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire sera d'abord présentée, puis leur situation relative par rapport à la communauté anglophone.

LA SITUATION GÉNÉRALE

Le tableau 3 présente le niveau d'accessibilité des francophones en situation minoritaire pour certains types de lieux de services. Il s'agit, dans un premier temps, d'une lecture globale pour l'ensemble des francophones en situation minoritaire du Canada.

La moitié des francophones n'ont pas ou rarement accès à des services en français

On remarque qu'entre 50 et 55 % des francophones ont aucunement (moins de 10 % des situations) ou rarement (entre 10 et 30 % des situations) accès à des services de santé en français²¹. Ou, en contrepartie, entre 40 et 45 % des francophones ont partiellement (entre 30 et 90 % des situations) ou totalement (plus de 90 % des situations) accès à des services de santé en français. Le portrait diffère peu selon le type d'institutions si ce n'est que l'accès à des Centres de santé communautaire est beaucoup plus tranché. Dans ce dernier cas, on se retrouve davantage dans des situations extrêmes, on a *totalement* ou *aucunement* accès en français aux services dispensés par ces institutions.

TABLEAU 3
FRANCOPHONES AYANT ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS
SELON LE LIEU DE SERVICES

(EN PROPORTION DU TOTAL DES FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE)

Type d'institutions	ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES EN FRANÇAIS			
	Aucunement (moins de 10% des situations)	Rarement (entre 10% et 30% des situations)	Partiellement (entre 30% et 90% des situations)	Totalement (plus de 90% des situations)
Cliniques médicales	28,7 %	25,5 %	19,9 %	25,9 %
Centres de santé communautaire	50,6 %	3,9 %	8,0 %	37,1 %
Services à domicile	25,2 %	24,8 %	19,5 %	30,5 %
Hôpitaux	33,7 %	19,3 %	18,5 %	28,5 %

²⁰ Les données brutes et certaines analyses complémentaires ont été regroupées dans un document séparé qui est disponible sur demande auprès de la FCFA, ou encore, sur le site Web de la FCFA.

²¹ L'accessibilité était définie comme la possibilité de se rendre au lieu concerné à l'intérieur d'une période d'une heure.

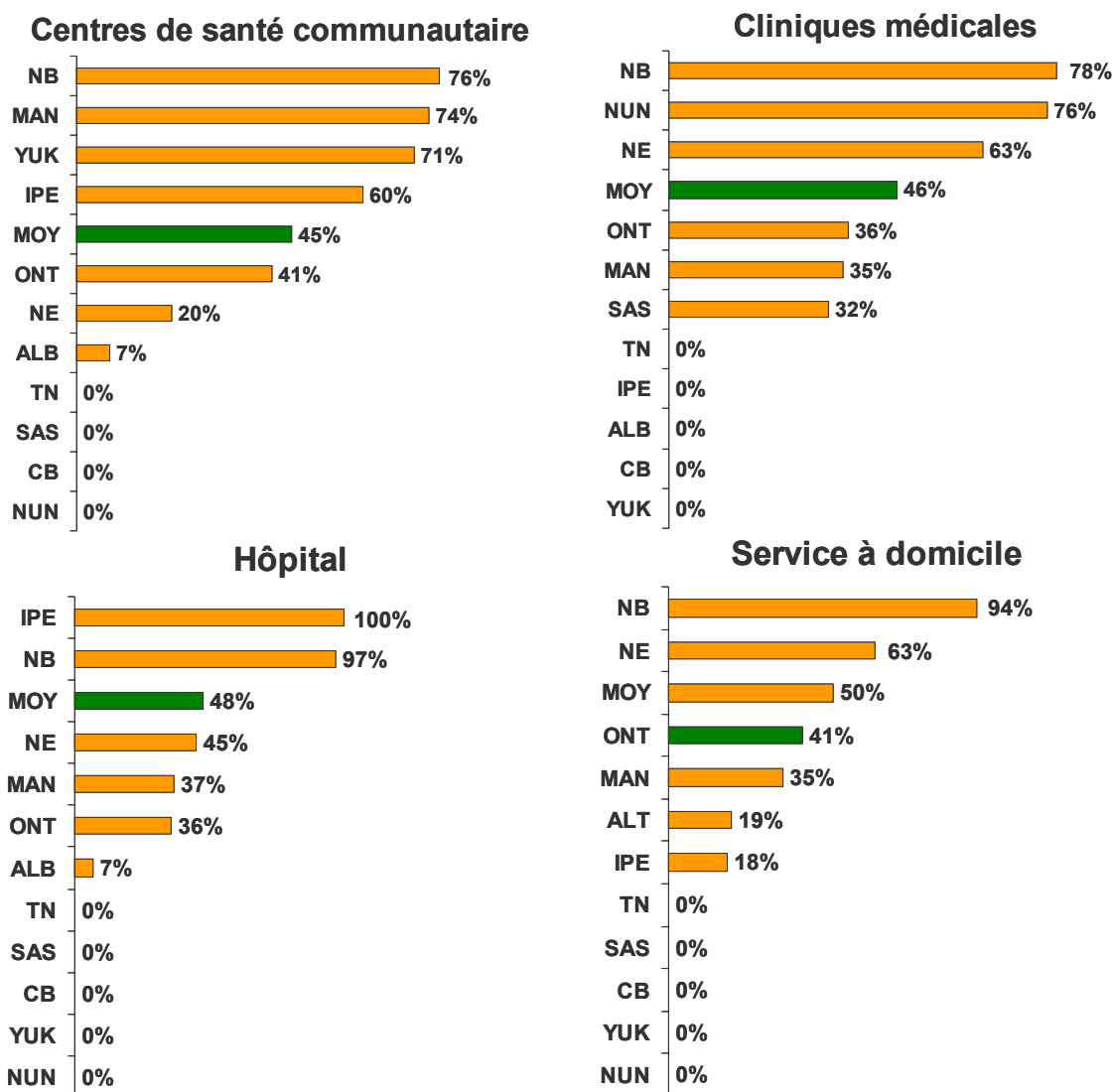
LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES

Des variances importantes entre les provinces

Ce portrait d'ensemble masque cependant des différences régionales fort importantes. Les schémas qui suivent illustrent bien les variances pouvant exister entre les provinces. Les francophones de certaines provinces n'ayant pas du tout accès à des services en français, alors qu'une forte majorité des francophones d'autres provinces en bénéficient. Il est utile de souligner que des écarts parfois aussi grands peuvent être observés à l'intérieur d'une même province, entre des sous-régions.

FIGURE 11

FRANCOPHONES AYANT PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT ACCÈS À DES SERVICES EN FRANÇAIS PAR PROVINCE
(EN PROPORTION DU TOTAL DES FRANCOPHONES PRÉSENTS SUR LE TERRITOIRE)

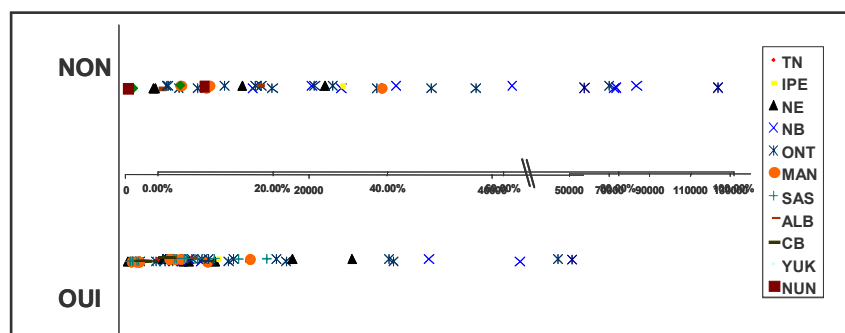


Moins du ¼ des communautés ont accès à des services en français

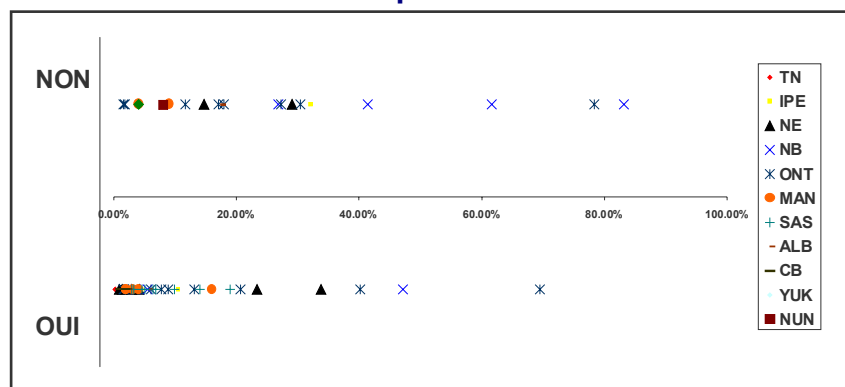
Si on procède à une analyse par communauté plutôt que par individu, on observe que parmi les 68 régions retenues pour fins d'analyse, moins de 25 % ont accès partiellement ou totalement à des services de santé en français, et ce, peu importe le type de lieux de services concernés (voir figure 12 page suivante).

A priori, ce constat de différences provinciales ou régionales n'est pas surprenant. Il serait logique d'observer des divergences significatives entre les régions analysées, et ce, en fonction du nombre ou de la densité des francophones présents dans les communautés. Toutefois, ces écarts ne découlent pas seulement d'une rationalité des nombres. Certaines régions comptant beaucoup de francophones font figure de «parents pauvres» lorsque comparées à d'autres régions pourtant bien moins favorisées sur le plan démographique. La figure 12 illustre ce constat en s'attardant aux services dispensés par les Centres de santé communautaire.

FIGURE 12
CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES RÉGIONS AYANT ACCÈS OU NON
À DES SERVICES EN FRANÇAIS DISPENSÉS PAR DES
CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE



Nombre de francophones



Densité de francophones

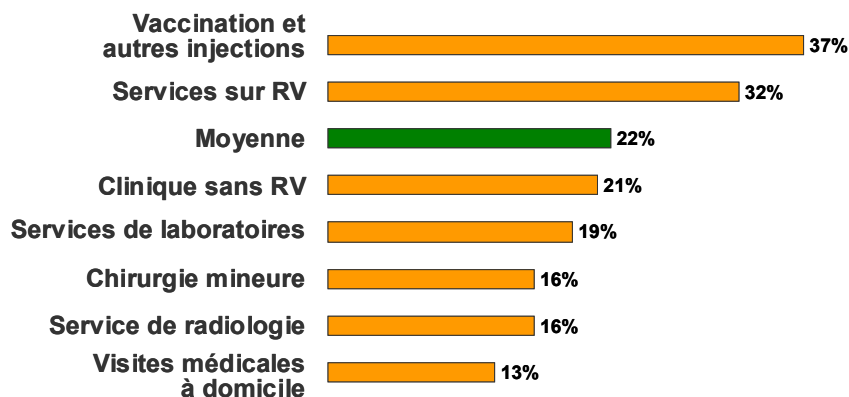
LES DIFFÉRENCES PAR TYPES DE SERVICES OFFERTS

**Des écarts
sensibles selon
les divers types
de services
offerts**

On observe également des variances importantes selon les types de services offerts. Les divers schémas de la figure 13 présentent les niveaux d'accès à différents types de services dispensés par les quatre principaux lieux de services²². Certains services sont trois à quatre fois plus accessibles que d'autres. Par exemple, 29 % des communautés francophones et acadiennes analysées avait partiellement ou totalement accès à des services en français de *Planification des naissances* dispensés par des Centres de santé communautaire mais seulement 6 % pouvaient bénéficier d'un service d'*Orthophonie* en français.

Évidemment, certains de ces services sont également non accessibles à la communauté anglophone. La spécialisation des soins, des difficultés de recrutement de professionnels ou des ressources financières limitées influent aussi sur la distribution des services de santé dans les communautés anglophones. Comme nous le verrons dans la section comparative, il n'en demeure pas moins cependant que le niveau d'accessibilité est 3 à 7 fois plus faible chez les communautés francophones et acadiennes.

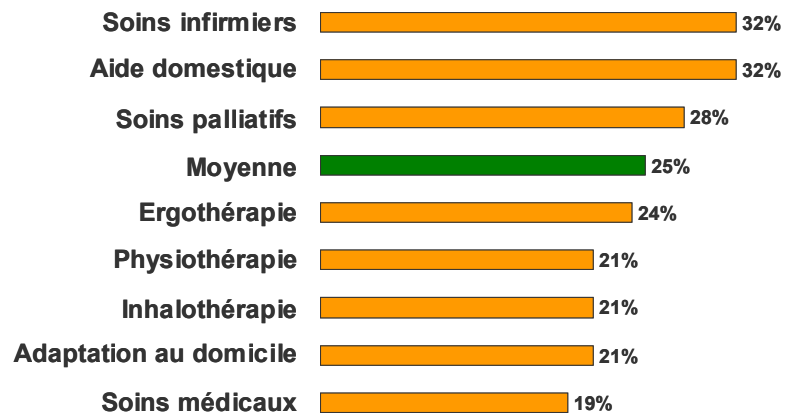
FIGURE 13
RÉGIONS AYANT PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT ACCÈS
À DES SERVICES EN FRANÇAIS
CLINIQUES MÉDICALES



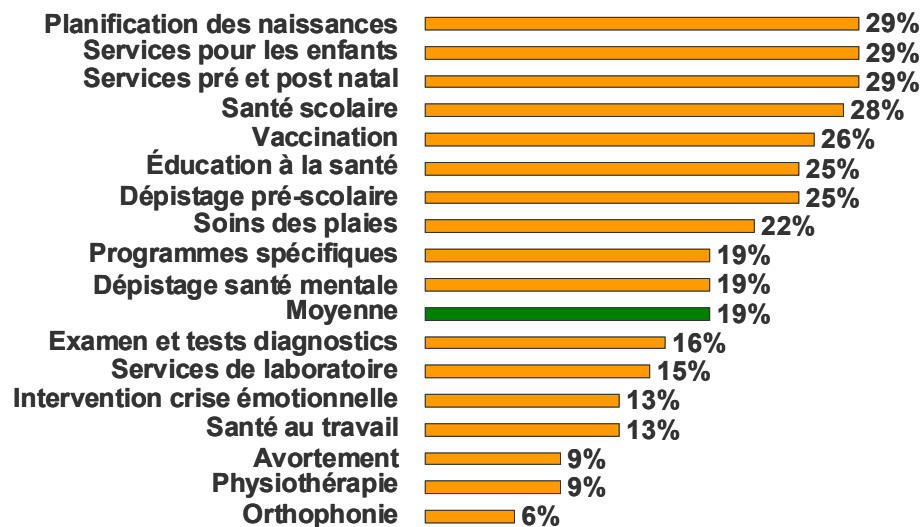
²²

À noter qu'il ne s'agit pas de la proportion des francophones qui ont accès à ces services, mais de la proportion des communautés comptant des francophones, d'où les écarts entre les moyennes de ces tableaux et celles des tableaux précédents.

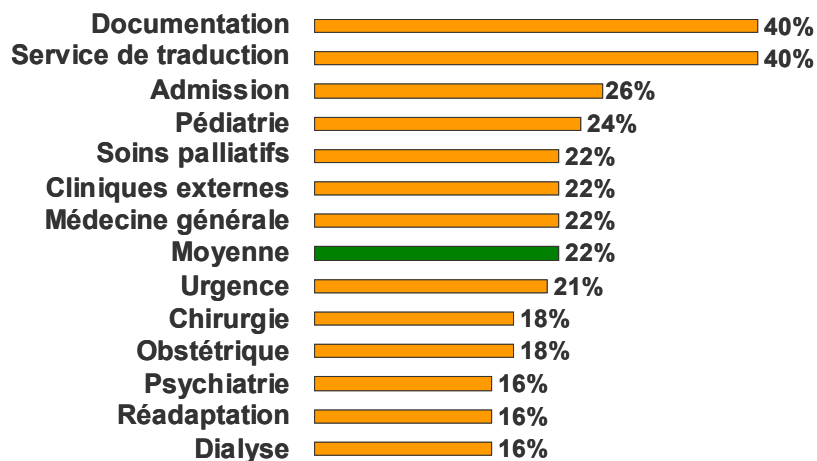
SERVICES À DOMICILE



CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE



HÔPITAUX



LES DIFFÉRENCES PAR TYPES DE LIEUX DE SERVICES

Des différences importantes existent aussi entre les divers lieux de services. Rappelons que le taux d'accès aux services dispensés par les principales institutions de santé variait entre 19 % et 25 %, soit :

- 25 % pour les Services à domiciles ;
- 22 % pour les Cliniques médicales ;
- 22 % pour les Hôpitaux ;
- 19 % pour les Centres de santé communautaire.

Des différences importantes selon les lieux de services

Les figures 14 et 15 présentent la proportion des communautés qui ont partiellement ou totalement accès à des services en français provenant d'autres institutions ou organismes plus spécifiques mais néanmoins très importants.

FIGURE 14
RÉGIONS AYANT PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT ACCÈS À DES SERVICES EN FRANÇAIS DISPENSÉS PAR DES INSTITUTIONS DE SOINS SPÉCIALISÉS (EN PROPORTION DU TOTAL DES RÉGIONS ANALYSÉES)

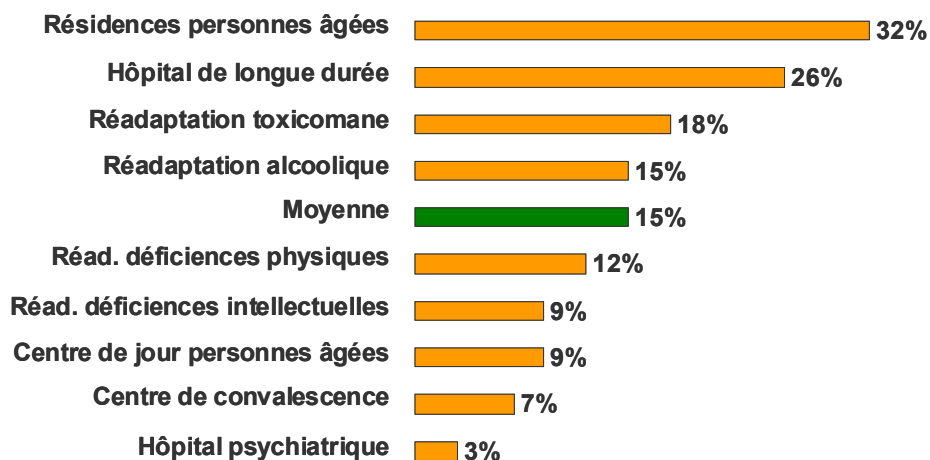
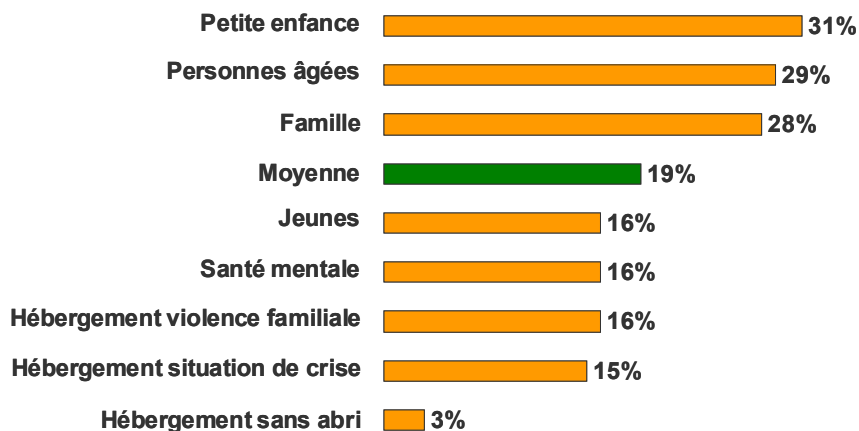


FIGURE 15
RÉGIONS AYANT PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT ACCÈS À DES SERVICES
EN FRANÇAIS DISPENSÉS PAR DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
(EN PROPORTION DU TOTAL DES RÉGIONS ANALYSÉES)



LES DIFFÉRENCES EN FONCTION DE L'IMPORTANCE DE LA LANGUE DANS LA QUALITÉ DU SERVICE OFFERT

Des différences entre les divers services offerts ne devraient également pas constituer, en soi, une surprise. Des écarts peuvent se justifier en raison de besoins différents d'une région à l'autre ou, encore, du niveau de spécialisation de certains services. Les constats par type de services prennent toutefois une signification particulière lorsque l'on s'attarde à l'importance de la langue dans la qualité du service offert. Le tableau 4 regroupe l'ensemble des 63 services de santé analysés en trois catégories, selon que la livraison du service dans la langue de l'utilisateur de service est moins important, important ou plus important (voir section II). Si on observe un écart dans le sens souhaité pour les services où la langue est moins importante, ce n'est pas le cas pour les services où la langue est plus importante.

Les services où la langue est très importante ne sont pas plus accessibles

TABLEAU 4
RÉGIONS AYANT PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT ACCÈS
À DES SERVICES EN FRANÇAIS SELON L'IMPORTANCE DE LA LANGUE
DANS LA QUALITÉ DU SERVICE OFFERT
(EN PROPORTION DU TOTAL DES RÉGIONS ANALYSÉES)

Moins important	16 %
Important	21 %
Plus important	20 %

LA SITUATION COMPARATIVE

Le portrait de la section précédente s'arrête à la situation des francophones sans tenir compte de la disponibilité ou non de services pour la communauté anglophone. La section qui suit s'attarde aux écarts entre les deux communautés linguistiques.

Le tableau 5 présente l'accessibilité aux services dans chacune des langues pour les divers types de lieux de services analysés et nos 68 régions étudiées. On remarque que plusieurs services sont également moins disponibles en anglais mais les écarts demeurent largement défavorables à la communauté francophone.

TABLEAU 5
RÉGIONS AYANT RAREMENT OU AUCUNEMENT ACCÈS
À DES SERVICES EN FRANÇAIS PAR TYPE DE LIEUX DE SERVICES
ET SELON LA LANGUE DE COMMUNICATION
(EN PROPORTION DU TOTAL DES RÉGIONS ANALYSÉES)

	NON ACCESSIBLE		
	En Français	En Anglais	Rapport
Autres institutions de soins	85 %	28 %	3,0
Organismes comm.	81 %	26 %	3,1
Centres de santé comm.	81 %	26 %	3,1
Hôpitaux	78 %	12 %	6,5
Cliniques médicales	78 %	11 %	7,1
Services à domicile	75 %	11 %	6,8

**L'accessibilité
aux services dans
sa langue est
3 à 7 fois plus
élevée pour les
anglophones**

Il est également intéressant de s'attarder à l'écart relatif d'accessibilité entre les communautés francophones et acadiennes et les communautés anglophones. Cet écart relatif est exprimé par l'indice de rapport présenté au tableau précédent. On note que le niveau d'« inaccessibilité » de la communauté francophone est au moins trois fois plus élevé que celui de la communauté anglophone. L'écart est plus élevé dans les Cliniques médicales, les Services à domicile et les Hôpitaux. En fait, on remarque que plus il y a présence d'un médecin, plus l'écart d'accessibilité est grand.

Le tableau 6 regroupe les services selon l'importance de la langue. On y remarque encore des écarts considérables entre les services en français et les services en anglais. Bien plus, on note que l'écart d'accessibilité entre les deux communautés est plus grand pour les services où la langue est « importante » ou « plus importante ».

TABLEAU 6
RÉGIONS AYANT RAREMENT OU AUCUNEMENT ACCÈS
À DES SERVICES EN FRANÇAIS SELON L'IMPORTANCE DE LA LANGUE
DANS LA QUALITÉ DU SERVICE OFFERT
(EN PROPORTION DU TOTAL DES RÉGIONS ANALYSÉES)

	NON ACCESSIBLE		
	En Français	En Anglais	Rapport
Moins important	84 %	26 %	3,2
Important	79 %	13 %	6,1
Plus important	80 %	20 %	4,0

LES PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCESSIBILITÉ

Pourquoi les francophones en situation minoritaire n'ont-ils pas davantage accès à des services de santé en français ? Pourquoi un tel écart entre certaines communautés francophones et acadiennes pourtant « comparables » ? Pourquoi un tel écart entre les francophones et les anglophones ? Ces questions, formulées très simplement pour ne pas dire très crûment, exigent des réponses plus nuancées. Il existe en effet plusieurs obstacles à un rehaussement de l'accessibilité, obstacles gouvernementaux, institutionnels, mais aussi obstacles qui relèvent des communautés francophones et acadiennes elles-mêmes.

Sept grands types d'obstacles

Dans le cadre de l'enquête réalisée sur le terrain, la question des principaux obstacles à une plus grande accessibilité à des services de santé en français a été soulevée. Bien que formulées de diverses façons par chacun des répondants, il est possible de regrouper l'ensemble des réponses en deux grandes catégories et sept thèmes. La figure 16 présente ces regroupements. On distingue entre les obstacles liés à l'offre de services et ceux associés à la demande de services.

FIGURE 16
REGROUPEMENT DES PRINCIPAUX OBSTACLES IDENTIFIÉS

EU ÉGARD À L'OFFRE	EU ÉGARD À LA DEMANDE
– L'institutionnalisation de l'offre de services (la non volonté politique, la faiblesse des cadres institutionnels, la non application des lois et politiques, les difficultés d'accès aux divers programmes) – L'organisation de l'offre de services (dispersion/fragmentation des professionnels de la santé sur le territoire, concentration des institutions ou de services spécialisés dans les grands centres urbains) – La visibilité des professionnels francophones (le manque d'identification dans les institutions, l'éparpillement sur le territoire) – La disponibilité des professionnels francophones (les difficultés de recrutement, les pénuries, les faibles incitatifs, la formation centralisée, la transférabilité des droits de pratique, le manque de modèle, la promotion/valorisation des carrières en santé)	– L'hésitation des francophones (la non-expression de la demande, le tiraillement interne, la «gêne») – La taille des communautés francophones (éparpillement des francophones, l'isolement et l'éloignement des communautés, l'absence de masse critique) – Le manque d'organisation des milieux francophones (l'absence de vision, la faiblesse de l'information colligée, une sensibilisation variable, le manque de coordination, la non présence dans les structures décisionnelles)

**Les obstacles
reliés à la
demande**

Du côté de la demande, on ne sera pas surpris de noter les difficultés découlant de la *taille des communautés francophones* ou du niveau de densité des francophones. L'absence de masse critique nuit souvent à la présence de certains services ou de certaines institutions. Toutefois, d'autres facteurs importent puisque, comme mentionné précédemment, certaines communautés comptant peu de francophones ont parfois des niveaux de services bien supérieurs à d'autres communautés pourtant beaucoup mieux pourvues sur le plan démographique. L'*hésitation des francophones* à exprimer leurs besoins et le *manque d'organisation des milieux francophones* ne sont souvent pas étrangers à ces déficiences dans certaines régions. Il est toutefois utile de souligner que cette « hésitation » est souvent accentuée lorsque l'état de santé des utilisateurs de service s'exige une intervention clinique immédiate. Cette vulnérabilité des utilisateurs de service peut les amener à accepter, plus facilement, un service dans une autre langue, même si la qualité des soins en souffre.

**Les obstacles
reliés à l'offre**

Évidemment, il ne faut également pas négliger les facteurs d'offre. Il est bien plus facile de développer des services de santé pour les francophones s'il existe, par exemple, une véritable volonté politique. Les carences en termes d'*institutionnalisation de l'offre de services* sont donc souvent au cœur des principales divergences régionales. La *désorganisation de l'offre de services* et la *faible visibilité des professionnels francophones* ne font ensuite

qu'aggraver la situation. Par ailleurs, dans les régions mieux structurées, l'accessibilité est de plus en plus contrainte par *la non disponibilité de professionnels francophones*. Pour plusieurs intervenants, les difficultés associées au recrutement de ces professionnels représentent même LE plus important obstacle à relever.

On comprendra que la nature et l'acuité des obstacles varient selon le niveau ou le contexte dans lequel on se situe.

DES AMÉLIORATIONS POSSIBLES PARTOUT

En réalisant ce portrait de la situation en matière d'accès aux services de santé, il devenait facile de tomber dans le piège de l'uniformisation et de ne pas reconnaître les besoins spécifiques des diverses régions. Plus grave encore, il devenait possible d'offrir un prétexte à certains acteurs décisionnels pour ne pas faire davantage, ces derniers pouvant trouver matière à inaction en raison de la situation «enviable» de leurs communautés francophones. Il importe dès lors de mentionner que des améliorations sont réalisables et souhaitables dans toutes les communautés. Aucune région ne peut s'enorgueillir d'avoir atteint son plein potentiel.

Les améliorations possibles vont évidemment varier d'une région à l'autre. Les diverses communautés ne sont pas confrontées aux mêmes obstacles et ne partent pas du même point. Pour illustrer ces différences, un schéma synthétique a été construit. Ce schéma distingue trois grandes phases dans le taux de couverture des services de santé en français :

Trois grandes phases

- ***La phase de sensibilisation.*** Cette phase est essentielle même si le niveau de services offerts en français y est très limité. Il s'agit de la période où les francophones, leurs communautés, les professionnels de la santé, les institutions existantes et les autorités gouvernementales prennent conscience de la problématique des services de santé en français. Un pré-requis à toute action significative.
- ***La phase de structuration.*** Cette phase représente une étape de développement soutenu des services offerts en français. Il s'agit de la période où l'offre de services se structure et s'institutionnalise. Ce développement soutenu peut s'effectuer par étapes successives, en commençant souvent par les soins primaires et se dirigeant graduellement vers les soins tertiaires.

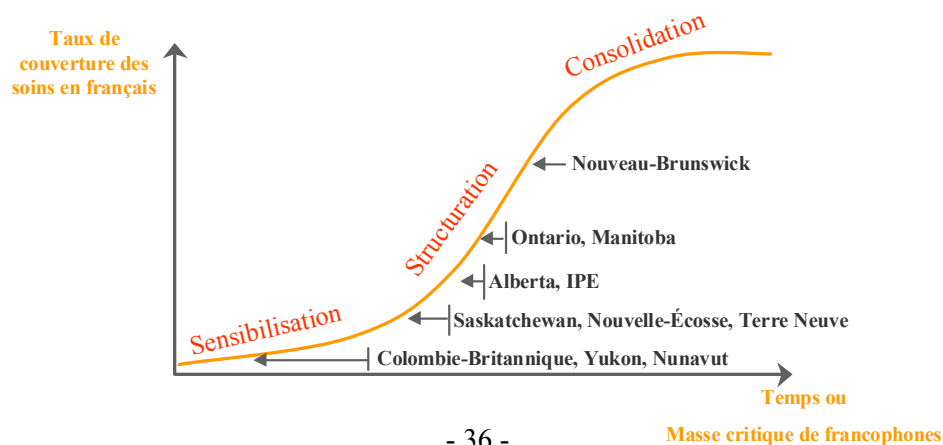
- **La phase de consolidation.** Cette phase se concentre surtout sur la protection des acquis. Il s'agit d'une période où le taux de couverture des services en français augmente peu mais où des efforts sont importants pour éviter des reculs. Ces efforts peuvent se traduire par la mise en place de mécanismes ou structures visant une meilleure intégration et une gestion élargie des services.

**Le rôle de la
masse critique et
du temps**

On observe que le taux de couverture de services pouvant être atteint dans une région dépendra par ailleurs de deux variables importantes : la masse critique de francophones et le temps. Certains services ne pourront jamais être disponibles d'une manière continue et dans des modes de livraison traditionnels en raison du nombre de francophones présents dans la communauté. Cette limite «économique» existe tout autant pour les communautés anglophones. La dimension temporelle est plus subtile et cherche à intégrer à la fois la notion d'apprentissage et de développement. Il faut en effet du temps pour mobiliser, concevoir et mettre en place des services de santé. Certaines communautés s'avèrent à cet égard beaucoup plus mobilisées, car sensibilisées et actives dans le domaine de la santé depuis plus longtemps, elles sont par le fait même en mesure d'aller plus loin dans l'offre de services disponibles en français.

La figure 17 présente l'état de la situation selon ce modèle synthétique et les observations recueillies sur le terrain. Elle illustre le positionnement relatif des diverses provinces tout en signalant que des progrès demeurent possibles partout. Un schéma similaire pourrait être construit pour chacune des provinces. Pour l'Ontario, par exemple, on noterait que certaines sous-régions sont encore à leur phase de sensibilisation, d'autres à leur phase de structuration, alors que d'autres approchent leur phase de consolidation.

FIGURE 17
POSITIONNEMENT RELATIF DES PROVINCES EN FONCTION DES GRANDES
PHASES DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTÉ



Prenons seulement l'exemple du Nouveau-Brunswick qui apparaît comme privilégié par rapport aux autres provinces. Malgré les apparences, les francophones de cette province peuvent encore aspirer à un meilleur taux de couverture des soins de santé en français. En effet, la situation peut varier considérablement entre les diverses sous-régions de la province. L'accessibilité à des services français est bien plus facile et élevée dans le Nord, par exemple, que dans le Sud. Cette situation montre qu'il existe toujours un problème de distribution des services sur le territoire, problème qui est alimenté par un manque de coordination des services à l'échelle provinciale et par une pénurie des ressources dans le domaine.

UNE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

L'exercice d'évaluation de l'état de la situation en matière d'accès aux services de santé en français permet d'isoler trois constats importants :

Trois constats importants

- ***Des différences régionales importantes.*** Si certains de ces écarts apparaissent logiques en fonction du nombre et de la densité des francophones, on observe aussi des variances significatives entre régions « comparables ». D'autres facteurs importants agissent sur le niveau d'accessibilité.
- ***Des écarts troublants entre types de services.*** On observe des variances parfois importantes entre les types de lieux de services et les types de services offerts, mais ces écarts ne sont pas suffisamment orientés en fonction du niveau de priorité des services. Les services où la langue de communication est plus importante (soins primaires, soins psychosociaux, ergothérapie, etc.) ne se distinguent pas par un niveau d'accès supérieur.
- ***Des améliorations possibles partout.*** Même si les francophones de certaines régions disposent d'un meilleur accès aux services de santé en français, il demeure possible de faire mieux.

Ces constats sont évidemment importants lorsque l'on aborde les avenues de solution et les stratégies potentielles.

IV – Certaines avenues et leurs implications

Comment accroître l'accessibilité aux services de santé en français ? Comment les communautés doivent-elles s'organiser pour améliorer l'accès ? Quelles solutions s'offrent aux communautés ? Pourquoi faut-il reconnaître les particularités de chacune des communautés francophones et acadiennes ? Quelle démarche doit-on privilégier ? Quel serait un partage optimal des responsabilités ? Voilà quelques questions qui se trouvent au cœur de l'exercice entrepris et qui font l'objet de cette dernière section.

LES PRÉMISSSES STRATÉGIQUES

La raison d'être du système de santé est de promouvoir et de protéger la santé, de prévenir la maladie et d'offrir des soins et des services de qualité à tous les Canadiens et Canadiennes. Ces objectifs se concrétisent dans les collectivités où vivent les gens, grâce aux programmes de santé publique, aux projets communautaires et aux soins dispensés dans les institutions.

Accéder à des services de santé de qualité exige de tenir compte, dans plusieurs cas et dans la mesure des ressources disponibles, de la langue de l'utilisateur de service. La capacité de comprendre et d'être compris est essentielle à une relation efficace entre un professionnel de la santé et l'utilisateur de service. On comprend dès lors l'importance que doivent accorder les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire à toutes mesures qui améliorent l'accessibilité à des services de santé en français.

Les conditions à une stratégie gagnante

Une stratégie gagnante en matière d'accessibilité aux services de santé en français sera d'autant plus réalisable qu'un certain nombre de conditions préalables seront réunies. Ces conditions préalables ont été regroupées sous quatre prémisses stratégiques :

- La reconnaissance des différences régionales.
- Le besoin d'agir simultanément sur l'offre et la demande.
- La nécessité d'un effort concerté.
- L'importance d'une implication dans la gestion.

LA RECONNAISSANCE DES DIFFÉRENCES RÉGIONALES

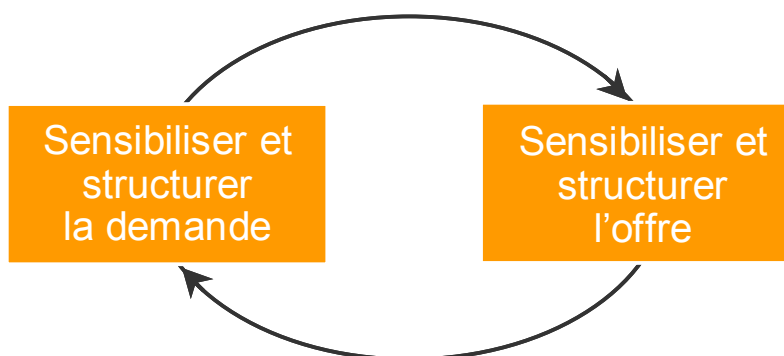
Les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire sont dispersées et de densité de population très variable. L'accès aux services de santé en français varie sensiblement d'une région à l'autre. Ces différences marquantes influencent nécessairement l'utilisation possible des cinq grands leviers d'intervention, de même que l'élaboration des avenues de solution à mettre en place pour améliorer l'accès aux services de santé en français.

La nécessité de modèles gradués

Les modèles proposés doivent absolument prendre en considération les spécificités des communautés francophones et acadiennes. Plus particulièrement, les modèles doivent être gradués dans leur application en fonction du degré d'accès existant aux services de santé en français, de la taille des communautés et de la disponibilité des ressources.

LE BESOIN D'AGIR SUR LA DEMANDE ET SURTOUT SUR L'OFFRE

La revue des expériences en cours a permis de cerner l'importance de travailler simultanément sur l'offre et la demande de services. Ignorer une dimension rend la tâche beaucoup plus ardue et les résultats beaucoup plus incertains.



Une offre active avant tout

Certes, il est important de sensibiliser les francophones à l'utilisation des services en français. En effet, nombre de francophones « hésitent » à exprimer leurs besoins dans leur langue. Combien se « contentent » d'un service qui est inférieur, d'une situation où ils ne se sentent pas compris par un professionnel de la santé, où ils ne comprennent pas bien les conseils ou ordonnances du personnel soignant ?

Par contre, si les offreurs de services ne sont pas pro-actifs, si les responsables d'institutions ne supportent pas les initiatives du milieu, si les

autorités gouvernementales ne reconnaissent pas la légitimité des revendications des francophones, on ne peut s'attendre à ce que des individus se retrouvant dans un état de vulnérabilité du fait qu'ils doivent avoir recours aux services de santé assument la responsabilité de la demande de service de santé en français. Les gouvernements ont l'obligation de créer un climat, une situation où les membres d'une des deux communautés de langue officielle du pays pourront naître, être soignés et mourir dans leur langue.

En somme, si les francophones « hésitent » à exprimer leurs besoins dans leur langue, si la communauté ne valorise pas les efforts réalisés par les professionnels de la santé, si les associations de francophones ne priorisent pas davantage les dossiers relatifs à la santé, il sera difficile de faire évoluer l'offre de services dans le sens souhaité. Par ailleurs, si les offreurs ne sont pas pro-actifs, si les responsables d'institutions ne supportent pas les initiatives du milieu, si les autorités gouvernementales ne reconnaissent pas la légitimité des revendications des francophones, il sera difficile de stimuler la demande.

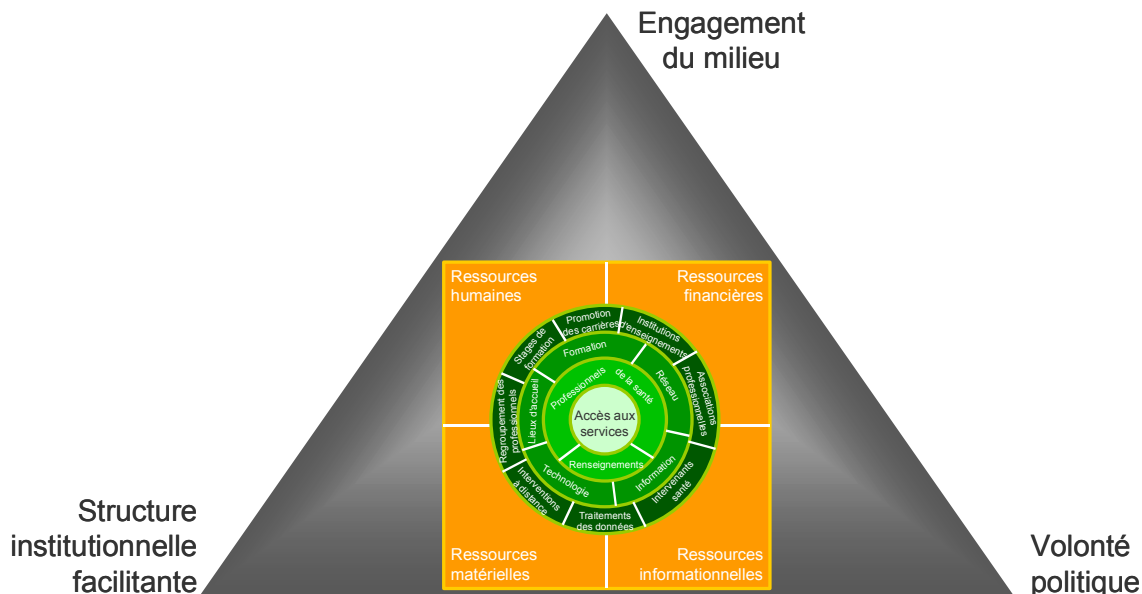
LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONCERTÉ

Le prisme d'une
approche
gagnante

L'amélioration de l'accessibilité aux services de santé en français sera d'autant plus facile qu'elle s'appuiera sur les efforts concertés de trois grands groupes d'intervenants : le milieu, les institutions et les autorités politiques.

FIGURE 18

LE PRISME D'UNE APPROCHE GAGNANTE



L'engagement du milieu : signifie que la communauté reconnaît l'importance d'avoir accès à des services de santé en français. Elle en prend conscience, identifie les besoins, exprime la demande et en fait la promotion. Elle s'organise pour influencer l'offre de services. Elle se donne les moyens pour atteindre ses objectifs en matière d'accès aux services de santé en français.

Des structures institutionnelles facilitantes : signifie la mise en place de mécanismes de planification, de coordination et de livraison plus formels. Les institutions du secteur de la santé sont évidemment au premier chef concernées, mais les secteurs de l'éducation et municipaux peuvent également jouer un rôle crucial. Étant donné que les structures institutionnelles majoritaires ne permettent pas toujours une reconnaissance adéquate des besoins spécifiques des Francophones ou l'organisation d'une réponse à ces besoins, il est important que des structures ou mécanismes soient mis en place qui favorisent une véritable prise en charge par la communauté. La nature des mécanismes et l'étendue de cette prise en charge varieront évidemment selon les besoins et les capacités communautaires.

Une volonté politique : signifie un engagement gouvernemental, reconnaissant par des politiques, lois ou règlements, l'importance de l'accès aux services de santé en français pour les minorités francophones (voir encadré). Cet engagement concerne autant les autorités fédérales que provinciales.

POINT DE REPÈRE 2

Politique de services en français

L'existence d'une politique de services en français constitue un élément mobilisateur majeur à la présence ou non de services de santé en français. Il existe d'ailleurs un lien étroit entre l'état de la situation présenté à la section précédente et le tableau suivant sur l'existence de cadres politiques «facilitants».

<i>Terre-Neuve</i>	Pas de politique de services en français. Discussions sur la formation linguistique et les services de traduction.
<i>Î-P-É</i>	Existence d'une politique sur les services en français. Politique générale sans précision sur les services de santé.
<i>Nouvelle-Écosse</i>	Pas de politique de services en français.
<i>Nouveau-Brunswick</i>	Services de santé assujettis à la Loi sur les langues officielles.
<i>Ontario</i>	Existence d'une politique sur les services en français dans des régions désignées.
<i>Manitoba</i>	Existence d'une politique de services en français.
<i>Saskatchewan</i>	Pas de politique de services en français.
<i>Alberta</i>	Pas de politique de services en français.
<i>Colombie-Britannique</i>	Pas de politique de services en français.
<i>Yukon</i>	Existence d'une politique de services en français. Politique générale sans précision sur les services de santé.
<i>Territoire du Nord-Ouest</i>	Existence d'une politique sur les langues officielles. Politique générale sans précision sur les services de santé.

La symbiose de ces trois pôles de base peut varier d'une région à l'autre en considération des contextes socio-politiques. Toutefois, l'atteinte pleine de cette symbiose accroît les garanties de succès quant à l'amélioration de l'accès aux services de santé en français*.

* Prenons seulement, à titre d'exemple, le cas du village de Wellington à l'Île du Prince Édouard. Malgré la taille de la communauté francophone, environ 1 500 personnes, cette sous-région est beaucoup plus dynamique que plusieurs autres régions ailleurs au Canada qui, pourtant, sont bien plus populeuses. La combinaison d'une communauté mobilisée depuis plusieurs années autour de la nécessité d'obtenir des services de santé en français, puis une présence institutionnelle forte et bien intégrée dans le milieu de la part du Centre de santé communautaire Évangéline, enfin une volonté politique d'améliorer les services en français sur l'île, ne sont pas étrangers à ce résultat.

L'IMPORTANCE D'UNE IMPLICATION DANS LA GESTION

L'implication des francophones dans la gestion des institutions ou du système de santé constitue évidemment un élément hautement favorable à la mise en place de services de santé en français. Une telle implication accroît le « pouvoir » d'influence et de décision de la minorité. Les besoins et les attentes de la communauté seront davantage pris en considération si ses représentants sont impliqués dans les structures décisionnelles, dans les arbitrages de gestion. Cette participation active pourra et devra varier d'une région à l'autre mais pourrait atteindre le plein contrôle de la gestion. Ce contrôle devient d'autant plus possible que le secteur de la santé se décentralise et continuera de se décentraliser. Cette tendance vers une gestion à la base peut aider les communautés francophones en situation minoritaire.

LES LEVIERS D'INTERVENTION

Les initiatives possibles par type de leviers

De manière isolée, on peut envisager plusieurs initiatives qui, chacune à leur façon, vont aider à accroître l'accès à des services de santé en français. La pertinence et l'impact de ces initiatives vont évidemment varier selon le contexte et la situation des communautés concernées. Mais l'impact réel de ces initiatives sera maximisé par une action concertée sur plusieurs ou l'ensemble de ces leviers. À des fins de compréhension et de programmation, il peut être utile de les regrouper selon les cinq grands leviers d'intervention définis précédemment. Les tableaux de la figure 19 illustrent, pour chacun des leviers, les principales initiatives qui ont été expérimentées ou qui sont envisagées dans les diverses communautés francophones et acadiennes.

FIGURE 19
LES GRANDS LEVIERS D'INTERVENTION

INFORMATION
– Développement et mise en place de système d'information sur la santé des francophones – Répertoire des médecins, et autres professionnels de la santé et lieux pouvant offrir un service en français – Campagne de sensibilisation / promotion adaptée aux spécificités et réalités régionales – Accessibilité à la documentation pertinente en français pour les professionnels et la population
TECHNOLOGIE
– Développement de certains potentiels associés à la télémédecine – Adaptation et implantation de centres d'appel du type télésanté – Mise en place d'un portail WEB à l'intention des professionnels francophones

RÉSEAU

- Mise en place de structure facilitant la coordination / animation / organisation du milieu francophone
- Développement de maillage ou jumelage entre institutions de santé
- Développement de liens / partenariats / alliances entre le réseau de la santé et d'autres réseaux pertinents (éducation, municipalité, organismes communautaires, associations bénévoles)

FORMATION/RECRUTEMENT

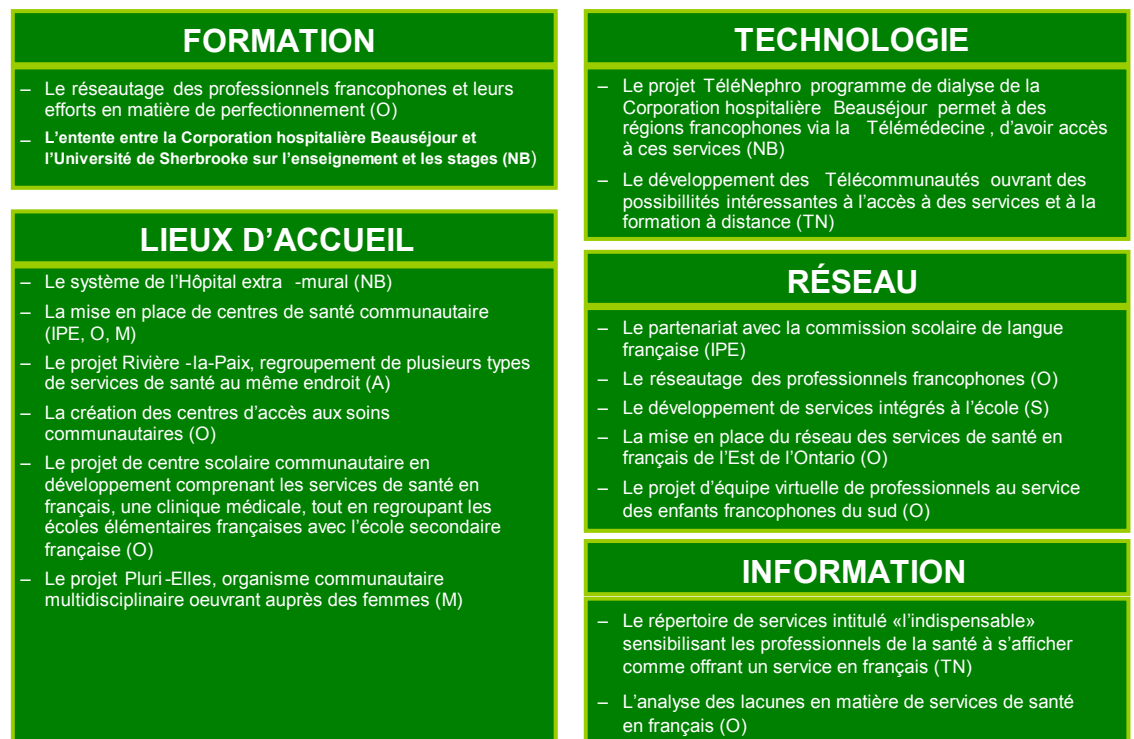
- Appui à la promotion des carrières en santé
- Efforts de décentralisation de la formation professionnelle de la santé
- Encouragement financier à l'établissement en milieu francophone
- Développement de programmes adaptés aux besoins des communautés francophones
- Exploration d'avenues de recrutement hors - régions et hors -pays

LIEUX D'ACCUEIL

- Implantation de centres multiservices
- Développement de structures d'accueil en français
- Implication des francophones dans les structures décisionnelles du milieu de la santé
- Contrôle partiel ou complet des francophones dans la gestion

La figure 20 représente certaines initiatives exemplaires menées dans des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire, initiatives qui chacune à leur façon permettent d'accroître l'accès aux services de santé en français. Rappelons que cette liste n'est pas exhaustive mais représente bien les axes d'intervention possibles.

FIGURE 20
CERTAINES EXPÉRIENCES EXEMPLAIRES



L'articulation et le dosage des initiatives

Chacune des initiatives d'amélioration de l'accès aux services de santé possède son mérite. Une stratégie d'action efficace exige toutefois d'articuler et de doser ces initiatives en fonction d'une logique propre à la situation ou au vécu de chaque communauté et, notamment, aux caractéristiques démographiques des communautés concernées. La figure 21 illustre ce dernier point. Elle indique quels sont les leviers ou initiatives qui devraient être dominants selon le nombre ou le niveau de densité des francophones présents dans la communauté. Il faut aussi comprendre que ces leviers et initiatives sont additifs d'un niveau de densité à l'autre. Par exemple, l'établissement de réseaux et l'utilisation des technologies sont dominants pour les communautés de moyenne densité, mais également utiles et souhaitables pour les communautés de forte densité (*idem* pour l'information qui est dominante pour les communautés de faible densité mais utile et souhaitable pour les communautés de moyenne et de forte densité).

FIGURE 21
LES DOMINANTES EN FONCTION DE LA DENSITÉ DE POPULATION



UNE STRATÉGIE GÉNÉRALE D'ACTION

Une approche utile pour toutes les communautés

Malgré les spécificités de chaque région, il est possible d'envisager une approche générale, une approche que toute communauté peut et devrait suivre pour accroître l'accessibilité aux services de santé en français. Cette approche générale est illustrée au schéma 22.

L'expression des besoins

Dans un premier temps, et au risque de se répéter, il faut **assurer l'expression des besoins**. Il est dans l'intérêt de la santé de plusieurs citoyens des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire de pouvoir communiquer dans leur langue. Trop souvent, ce besoin est refoulé. Comme mentionné précédemment, le milieu peut faciliter cette expression en soutenant les citoyens et en mobilisant les intervenants de la santé. Les institutions doivent aussi encourager leurs patients à s'exprimer dans leur langue et déployer des efforts pour augmenter l'offre de services en français. Notamment, les institutions doivent valoriser les professionnels qui peuvent s'exprimer en français et prendre des mesures qui les incitent à travailler dans cette langue. Trop souvent les employés bilingues se sentent confinés « aux services en français » et coupés de chances d'avancement. Le principe de primes au bilinguisme permet d'atténuer partiellement cet aspect, mais reste insuffisant. Enfin, les autorités gouvernementales doivent appuyer les démarches des communautés et des institutions en reconnaissant formellement l'importance de dispenser certains services de santé en français et en permettant au milieu d'avoir accès aux informations stratégiques de

base. À cet égard, doit-on souligner de nouveau qu'il existe peu de documentation sur les besoins de santé des francophones vivant en milieu minoritaire ou sur les professionnels pouvant desservir ces clientèles²³. Il devient difficile de bien orienter les interventions si l'on ne connaît pas bien les populations desservies.

FIGURE 22
UNE STRATÉGIE GÉNÉRALE D'ACTION



La création de lieux de convergence

Dans un deuxième temps, il faut **créer des lieux de convergence** où il sera possible de répondre aux besoins exprimés. Ces lieux de convergence pourront prendre diverses formes selon la taille, la volonté et la capacité des régions. À un extrême, il pourra s'agir d'un répertoire où les professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français seront répertoriés. À l'autre extrême, il pourra s'agir d'une institution de soins spécialisés contrôlée par les francophones où les équipes soignantes et les médecins travaillent en français. La prochaine section sur les modèles d'organisation développe davantage cet aspect. Toutefois, il est important de souligner immédiatement l'importance de favoriser des concentrations de professionnels et de services en français, idéalement sous un même toit. Cette concentration permet une certaine continuité de services pour les utilisateurs de service, des échanges

²³ Voir (20) (56).

entre les intervenants de la santé, l'atteinte de masse critique pour des infrastructures techniques et une visibilité auprès des personnes qui recherchent des services. La création de lieux de convergence multidisciplinaire dispensant des services de première ligne est d'ailleurs à la portée de bien des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.

La continuité des services

Dans un troisième temps, il importe de **garantir la continuité des services en français**. La pérennité des services exige bien plus que des besoins exprimés et des lieux de prestation de services. Malgré la bonne volonté de chacun, les initiatives individuelles demeurent toujours vulnérables si elles ne sont pas supportées par des mécanismes plus systémiques. Par exemple, toutes les régions éprouvent actuellement des difficultés importantes à recruter et garder des professionnels francophones. Le système d'éducation ne peut dès lors être ignoré si l'on désire s'assurer une disponibilité de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français (voir également encadré). Toutefois, les institutions de formation ne joueront pleinement leur rôle que si les mécanismes d'intégration et d'arrimage avec les institutions de santé sont efficaces. Des formations adaptées aux besoins des communautés, dispensées en partie ou en totalité près de ces communautés, avec des stages dans les milieux francophones²⁴, représentent autant de mesures qui accroissent les chances de pérennité. Ce problème dépasse cependant le seul secteur de l'éducation. La relève est également affectée par des facteurs comme l'éloignement des communautés, la rémunération des professionnels, la valorisation de leur contribution, etc. D'autres intervenants doivent donc soutenir ces efforts (institutions de santé, communauté hôte, autorités politiques). Les institutions de santé doivent être également appuyées dans leurs efforts de francisation. Pour faciliter ce processus et assurer une plus grande continuité de services, des liens formels ou moins formels avec d'autres institutions de santé de la région ou de l'extérieur peuvent aider grandement. De même, une implication des francophones dans la gestion des institutions et du système s'avère²⁴ une condition hautement facilitante.

Le développement de nouveaux modes de livraison

Enfin, il est utile de **développer de nouveaux modes de livraison** en parallèle. La technologie permet maintenant de faire les choses différemment et de se rapprocher des citoyens. Toutes les régions peuvent tirer avantage des bénéfices croissants découlant de la télésanté (voir également encadré), des systèmes de santé téléphoniques (télésoins) ou des technologies Web. Par

²⁴

Au Nouveau-Brunswick, par exemple, on a noté une amélioration des taux de retour des professionnels de la santé lorsque les stages sont réalisés dans les institutions de la Province. Voir (70), p. 193.

leur intermédiaire, les citoyens des communautés francophones et acadiennes peuvent aspirer à certains niveaux de services qui n'étaient pas accessibles avec les modes de prestations traditionnels.

POINT DE REPÈRE 3

La formation/recrutement

La Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) du Canada a organisé en février 2000 une rencontre nationale afin de discuter de la problématique de la formation et du recrutement de personnel bilingue pour les communautés francophones en situation minoritaire.

Certaines idées-maîtresses se sont dégagées des présentations et des discussions en ateliers :

1. La rencontre confirme d'abord la pénurie de personnel qualifié, et de personnel bilingue dans presque toutes les communautés; elle confirme aussi la nécessité de travailler en collaboration et en partenariat, parmi les communautés francophones et acadiennes et avec la collaboration de partenaires québécois, dans la poursuite des objectifs de formation et de recrutement pour assurer la prestation des services de santé de qualité en français.
2. L'établissement de tels partenariats exigera plus que la bonne volonté des intervenants et devra être basé sur plusieurs conditions, parmi lesquelles :
 - La reconnaissance que la communauté locale, la base est le point de départ et l'aboutissement de tout projet de partenariat. La communauté doit posséder les outils d'analyse nécessaires et croire à l'opportunité d'un partenariat avant de s'y engager. Il faut donc injecter les énergies à la base au point de départ.
 - Les valeurs (vision et mission) de chacun doivent être comprises et acceptées au départ, les rôles clairement définis et les points communs et les divergences identifiés. Tous les partenaires doivent être satisfaits de leur participation au partenariat.
3. En termes concrets, les actions suivantes peuvent être entreprises :
 - Développer dès maintenant des projets concrets basés dans la communauté (recherches-actions, familles, ados, ...) et nationaux (reconnaissance des diplômes, recrutement international, ...).
 - Promouvoir et valoriser par multiples moyens les professions de la santé (trousses, informations au niveau secondaire, outils, ...).
 - Mettre en valeur le secteur de la santé comme élément fondamental du développement économique des communautés.
4. Une partie des discussions a porté sur la mise sur pied par l'Université d'Ottawa du Centre national de formation en santé. L'ensemble des participantes et participants demandaient à la FCFA d'une part, de faire état au ministère du Patrimoine canadien des préoccupations des intervenants quant au mandat du Centre, de leur désir de revoir la vision, la mission, la gouvernance et les stratégies d'action du Centre, et d'autre part, de leurs inquiétudes concernant le refus gouvernemental de financer des projets de formation élaborés par leurs institutions, sous prétexte que le Centre national y répondra.

Source : Voir (12).

Depuis cette rencontre, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire de Santé Canada et les responsables du Centre national de formation ont entrepris une démarche vers la création d'un véritable réseau décentralisé de formation.

POINT DE REPÈRE 4

Télésanté

La télésanté est un terme général qui sert à désigner un vaste éventail d'instruments, de procédés et d'applications techniques, mais qui se définit couramment comme « le recours aux technologies de l'information et des communications pour dispenser des services de santé, des services d'éducation sanitaire et de l'information sur de courtes et de longues distances.

La télésanté comprend les applications suivantes :

- télésoins : conseils et renseignements généraux de santé assurés par un centre téléphonique
- téléconférence : utilisation vidéo et audio pour des fins cliniques, administratives et de formation
- télé médecine / téléradiologie : dispensation à distance de services médicaux / radiologiques par téléconférence
- télésoins à domicile ou télésurveillance : recours à des technologies de l'information et de la communication pour fournir et gérer efficacement des services de santé à la résidence d'un client. Les télésoins à domicile englobent des applications d'ordre clinique ou concernant la gestion et l'information sur la santé des consommateurs

Source : Voir (58) (74).

Quatre niveaux de services

LES MODÈLES D'ORGANISATION

Les modèles proposés dans cette section contiennent plusieurs variantes dont l'application dans chacune des communautés pourra varier en fonction de la densité de la population francophone, de la volonté du milieu, de la disponibilité des ressources et du niveau de services déjà existant²⁵. Pour les fins du rapport, quatre variantes ou niveaux de services ont été définis.

Le **niveau minimal** correspond à un niveau de services très limité, mais que pratiquement tout francophone, peu importe son lieu de résidence, pourrait obtenir.

²⁵

Une analyse plus détaillée des scénarios, incluant certains coûts associés aux technologies et lieux, a été préparée. Cette analyse a été regroupée dans un document séparé, disponible en s'adressant à la FCFA.

Le **niveau de base** répond davantage aux exigences, besoins et spécificités des francophones et constitue un niveau de services auquel la quasi-totalité des communautés francophones et acadiennes pourraient aspirer avoir accès.

Le **niveau avancé** fournit une accessibilité accrue à une gamme élargie de ressources et de services en français. Il exige un effort plus intense de la part des communautés francophones et acadiennes, des institutions de santé et des gouvernements.

Le **niveau très avancé** n'est accessible que dans les communautés francophones et acadiennes populeuses et bien organisées.

**Le contexte
propre à chaque
communauté
détermine le
niveau visé**

Des modèles d'organisation ont été développés pour chacun des types de services de santé, soit la promotion de la santé, les soins primaires et communautaires, les soins généraux en établissement et les soins institutionnels spécialisés. Le contexte propre à chaque communauté déterminera les modèles d'organisation à mettre en œuvre ainsi que les niveaux d'accès pouvant être atteints. **Pour chacun de ces modèles, de même que pour chaque niveau de services, il sera important de définir un cadre de prise en charge communautaire approprié qui permettra à une communauté d'identifier ses besoins, déterminer les meilleures stratégies pour y répondre et assurer une gestion efficace des ressources affectées.**

Pour la quasi-totalité des communautés francophones et acadiennes, il serait en effet difficile d'aspirer, par exemple, à des services de santé en français dispensés de manière traditionnelle par un centre hospitalier ultraspécialisé. Par contre, les nouvelles technologies contribueront à rapprocher les soins spécialisés des citoyens. Bien plus, la plupart peuvent envisager obtenir une partie ou la totalité des services de première ligne dans leur langue. Or, faut-il rappeler que la majorité des besoins en matière de santé peuvent être comblés par la première ligne et les hôpitaux de soins généraux (voir encadré).

POINT DE REPÈRE 5

Service de première ligne

Un meilleur accès aux soins de première ligne et une priorité accrue à la prévention des maladies et à la promotion de la santé sont au cœur des réformes en cours. Tout en appuyant les communautés qui luttent pour maintenir ou étendre ce qu'elles ont bâti à tous les niveaux des services de santé, le contexte actuel de réforme favorise la mise sur pied ou la consolidation d'initiatives permettant aux communautés francophones et acadiennes de coordonner et de mobiliser les soins de première ligne en français. En effet, le système qui est à se mettre en place dépendra moins des médecins et des hôpitaux, offrira beaucoup plus de services communautaires dans une approche multidisciplinaire et mettra davantage sur la prévention. Il se fera à la faveur d'organisations plus souples, davantage ancrées dans le milieu.

En ce sens, il y a ici une occasion en or pour les communautés francophones et acadiennes en milieu minoritaire de prendre en charge les services de santé qui leur sont destinés. Le défi est de profiter au maximum des possibilités offertes par les réformes en cours pour assurer, à l'échelle locale et régionale, un espace francophone dans le domaine de la santé, avec la participation des gouvernements et des autres partenaires de la francophonie canadienne. Dans ce contexte, l'enjeu ne peut être plus clair : c'est celui du renforcement des capacités communautaires dans la prévention et la prestation des soins de première ligne.

Source : Voir (56), p. 3-4.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé s'exerce de multiples façons, entre autres au moyen de campagnes d'information ayant comme but de modifier les habitudes de vie et de rendre les individus responsables de leur état de santé. Plusieurs acteurs interviennent dans la promotion de la santé : gouvernements, associations dédiées à des causes spécifiques sur la santé, organismes communautaires, etc.

Ces campagnes d'information ciblent généralement le grand public ou des groupes de personnes spécifiques, souvent sans distinction des traits et des caractéristiques régionaux. La distribution de ces campagnes ne rejoint pas nécessairement les problématiques spécifiques d'une région ou d'une communauté. Ces dernières ne se reconnaissent pas suffisamment dans les messages véhiculés. Comme conditions de succès à la promotion de la santé auprès des communautés francophones et acadiennes, les caractéristiques et

les spécificités de chacune des communautés devraient être prises en considération dans l'élaboration et l'application de ces mesures.

<i>Niveau minimal</i>	Les communautés ont accès à des campagnes ou à des outils collectifs de promotion de la santé en français.
<i>Niveau de base</i>	Les campagnes ou outils collectifs en français de promotion de la santé sont adaptés aux spécificités de la communauté francophone visée.
<i>Niveau avancé</i>	S'ajoutent à ces campagnes ou à ces outils collectifs en français des campagnes ou outils ciblant des individus. Des groupes en péri-santé (associations de bénévoles, organismes communautaires, groupes d'entraide et bien d'autres) peuvent aussi jouer un rôle important dans la promotion de la santé, sans oublier tous les intervenants cliniques. Certains de ces services peuvent aussi être intégrés aux conseils scolaires existants qui regroupent plusieurs clientèles cibles.

SOINS PRIMAIRES ET COMMUNAUTAIRES

Premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de santé. On parle de soins de santé primaires parce qu'ils sont souvent dispensés dans les cabinets de médecins, les cliniques et les centres de santé communautaire. C'est la porte d'entrée dans le système de santé, le premier pas dans le continuum de soins de santé. L'animation du milieu pour l'organisation et le développement de ces ressources et des réseaux de services intégrés s'avère essentielle.

<i>Niveau minimal</i>	La communauté doit se donner et maintenir à jour un répertoire des professionnels de la santé œuvrant dans la région immédiate capables d’offrir des services en français et dont l’accès est raisonnable en termes de temps.
<i>Niveau de base</i>	Peut prendre forme un ensemble de services de santé multidisciplinaires avec ou sans médecins. Cet ensemble s’organise autour d’un certain nombre de professionnels de la santé oeuvrant sur un territoire donné. Peut s’organiser par unité de services multidisciplinaires, avec ou sans médecins, constituée de quelques professionnels de la santé (infirmier, travailleur social, psychologue) regroupés dans un même lieu. Les équipes pluridisciplinaires peuvent être en relation avec le réseau scolaire rejoignant ainsi la clientèle jeunesse. Les services offerts sont souvent destinés et orientés vers des groupes-cibles (personnes âgées, femmes enceintes, diabétiques, etc.).
<i>Niveau avancé</i>	Aux services précités s’ajoute une gamme de services élargie à laquelle s’intègrent des médecins dans un lieu physique désigné à cette fin. Les services sont orientés à la fois vers des individus et des groupes-cibles. De plus, le pouvoir de gestion des francophones dans ce type de soins peut être élevé et même atteindre le plein contrôle. Ce modèle d’organisation de soins et de services peut maintenir une relation étroite avec tout le réseau de santé francophone à des fins de références ou d’accès à des médecins spécialistes et à des plateaux technologiques pour fins de diagnostic. Dans ce dernier cas, la télé-médecine offre de multiples possibilités.

SOINS GÉNÉRAUX EN ÉTABLISSEMENT

Ce niveau de soins nécessite la présence d'une équipe de médecins généralistes, de médecins spécialistes et d'autres professionnels cliniques supportée par un plateau technique à des fins diagnostiques et de traitements. Les soins spécialisés de premier niveau comprennent généralement la médecine interne générale, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'anesthésie, l'obstétrique, la pédiatrie et la psychiatrie.

L'exercice d'une pression soutenue de la part de la communauté sur les établissements de santé pour l'accès à des services de santé en français s'avère essentiel. Combinées à ces efforts, s'ajouteraient des stratégies d'intervention susceptibles de créer des lieux de convergence entraînant des regroupements de professionnels et d'intervenants francophones, la création de stages de formation, des promotions pour attirer les jeunes vers les professions de la santé et le développement de nouveaux modes de livraison des services en s'appuyant sur les technologies de l'information et des communications.

<i>Niveau minimal</i>	La communauté doit, au minimum, avoir accès à une documentation en français.
<i>Niveau de base</i>	Comme degré d'accès plus grand à des services en français en établissement de santé on retrouverait : - o un service d'accueil et d'admission en français; - o l'affichage et la signalisation en français; - o des services de traduction et d'interprète; - o l'accessibilité à des intervenants francophones; - o des services de liaison en français; - o des services de télé-santé en français.
<i>Niveau avancé</i>	S'ajouteraient à ce qui précède, des médecins et des équipes soignantes s'exprimant en français. L'introduction de francophones sur les structures décisionnelles de l'établissement de santé favoriserait le développement et le maintien de services en français. Cette implication peut aller jusqu'au plein contrôle. La création d'unités de santé organisées sur une base linguistique plutôt que territoriale. Un contexte favorable pourrait conduire à la désignation d'un établissement de santé devant offrir des services en français dans la région. Cette désignation présuppose une forte participation de la communauté francophone pour l'obtention de cette désignation.

SOINS INSTITUTIONNELS SPÉCIALISÉS

Par soins institutionnels spécialisés, on retient pour le bénéfice de cette étude les établissements de santé qui offrent des soins et des services de santé hautement spécialisés à l'aide de plateaux techniques très sophistiqués (chirurgie cardiovasculaire, neurologique, centre du cancer, etc.) ou d'établissements spécialisés dans une offre de services destinée à des clientèles spécifiques et homogènes en termes de besoins (centre de réadaptation physique, intellectuelle, etc.; centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes en perte d'autonomie; hôpital psychiatrique).

Le recours à des stratégies d'intervention mettant l'accent sur le développement de nouvelles façons de faire, l'introduction de nouvelles pratiques cliniques et de gestion, le recrutement et la rétention de compétences s'exprimant en français seront garants de l'accessibilité à des services de santé en français pour les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.

Enfin, la présence de francophones dans les structures décisionnelles favorise le développement et le maintien de services en français.

Niveau minimal	Une documentation en français s'avère la base minimale comme service en français attendu de la part des communautés francophones et acadiennes.
Niveau de base	Sont au nombre des services disponibles : - o un service d'accueil et d'admission en français; - o un service de traduction et d'interprète; - o des services de liaison en français; - o des services de télésanté; - o des intervenants francophones principalement pour les clientèles vulnérables (personnes âgées en perte d'autonomie, psychiatrique, déficience physique, intellectuelle, ...).
Niveau avancé	Aux services précités s'ajouteraient : - o des services de télémédecine; - o une structure de suivi extra-mural; - o une disponibilité d'équipes soignantes et de thérapeutes francophones.

Niveau très avancé

Un contexte favorable pourrait se traduire par :

- o l'accessibilité à des médecins et à des équipes soignantes s'exprimant en français;
- o la désignation de l'établissement pour offrir des services en français;
- o la création d'unité linguistique plutôt que territoriale, voire de régie francophone;
- o une forte participation de la communauté francophone dans les structures décisionnelles;
- o le plein contrôle des institutions par les francophones.

UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Le succès repose sur des efforts de tous les intervenants

Tous les intervenants sont interpellés par cet ambitieux défi d'accroître l'accessibilité aux services de santé en français. Les individus doivent modifier certains de leurs comportements et attitudes. Les communautés francophones doivent s'investir davantage dans la mobilisation du milieu. Des changements sont également essentiels aux niveaux institutionnel et politique. Le succès repose sur des efforts énergiques de chacun.

FIGURE 23

LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Changements individuels	— Modifier ses attitudes et s'engager au sein de la communauté à la promotion de cet objectif — Exprimer ses besoins en français — Encourager les unités de services francophones
Changements communautaires	— Mobiliser la communauté derrière l'objectif d'accessibilité — Animer le milieu de la santé pour faciliter les regroupements
Changements institutionnels	— Reconnaître les besoins des francophones — Créer une offre active et mettre en place des réseaux — Créer un milieu propice aux carrières en santé en français
Changements politiques	— Reconnaître l'importance de l'accès aux services de santé en français — Établir un cadre légal favorable — Assurer un encadrement financier et administratif

Chaque communauté doit jouer un rôle de vigie à l'égard des changements anticipés pour améliorer l'accessibilité aux services en santé en français et contribuer à développer et formaliser de véritables réseaux (voir encadré). Cette vigie et ce réseautage se traduiront par des actions concrètes quant à la prise de conscience de la situation, la promotion de l'amélioration de l'accès

aux services de santé en français, la planification et l'organisation des services de santé, l'exercice de pressions sur les institutions et les gouvernements pour l'obtention d'améliorations dans l'accessibilité aux services de santé en français.

POINT DE REPÈRE 6

Le réseautage

Le réseautage a pour but de créer des liens durables entre, notamment, les individus, les professionnels de la santé, les établissements de santé, les institutions d'enseignement et les communautés dans la réalisation des objectifs suivants :

- identifier les besoins en matière de services de santé en français;
- évaluer la couverture d'accessibilité aux services et programmes de santé en français;
- répertorier les professionnels de la santé et les ressources et services disponibles en français;
- échanger de l'information sur les expériences concluantes en matière d'amélioration à l'accès aux services de santé en français;
- mettre en lien les professionnels de la santé, les établissements et les organismes pour améliorer l'accès aux services de santé en français;
- favoriser la mise en place de partenariats avec d'autres réseaux de services tels que municipal, scolaire, communautaire, économique, etc.);
- rejoindre tous les acteurs sociopolitiques susceptibles d'influer sur l'accès aux services de santé pour les francophones en situation minoritaire.

Les institutions de santé et les autorités gouvernementales doivent également être proactives dans le processus de changement et de mise en place de services de santé en français. Plusieurs leviers relèvent exclusivement de leurs responsabilités et exigent par le fait même des décisions de leur part.

Au niveau des institutions, les administrateurs doivent collaborer activement à l'identification des besoins, à la mise en place des services et à l'établissement de liens avec les autres intervenants pertinents (milieu, réseau d'enseignement, réseau communautaire, etc.). Au niveau gouvernemental, les deux paliers sont appelés à contribuer. Le palier fédéral a un rôle à jouer en vertu de l'article 41 de la Loi sur les langues officielles et peut par le fait même appuyer les efforts réalisés par les différentes provinces ou communautés. Le palier provincial est évidemment le premier responsable de la livraison des services de santé et doit reconnaître l'importance d'offrir

certaines de ces services en français pour ses communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire.

Tel que proposé dans l'approche stratégique mise de l'avant par l'Organisation mondiale pour la santé (OMS), il faut encourager une unité d'action en vue d'une prestation de services adaptés aux besoins des personnes et des populations²⁶. Cette unité pourrait se réaliser notamment par une meilleure intégration des activités de santé individuelle et de santé communautaire ainsi qu'une action concertée des principaux partenaires.

²⁶ Voir (13)

Conclusion

La santé est non seulement considérée comme le bien le plus précieux qu'un individu puisse posséder, mais la vitalité des communautés francophones et acadiennes passe aussi par la santé des populations. Autant pour son importance individuelle que pour son rôle collectif, le dossier de la santé se doit d'être une préoccupation majeure, et ce, pour l'ensemble des autorités gouvernementales, tant fédérales que provinciales, pour toutes les institutions concernées, tant de santé que d'enseignement, ainsi que pour chacune des communautés francophones en situation minoritaire.

L'importance à accorder à ce dossier est d'autant plus grande que la capacité de communiquer dans la langue de l'utilisateur de service représente une composante parfois essentielle du service de santé dispensé. Cette raison a d'ailleurs incité plusieurs communautés francophones à se doter de services de santé en français. Plusieurs expériences existantes prouvent même qu'il est possible d'offrir des services de santé de qualité à des populations francophones parfois peu nombreuses, de développer des approches efficaces capables de répondre à la diversité des besoins des communautés.

Le défi d'accroître l'accessibilité aux services de santé en français ne peut être relevé avec succès que si les autorités gouvernementales sont disposées, les institutions de santé sont engagées et les communautés francophones sont mobilisées. Ainsi, il ne faut pas s'étonner si la disponibilité de services en français est meilleure dans les provinces où il existe des politiques de services dans cette langue. Il ne faut pas non plus se surprendre si cette disponibilité est d'autant plus élevée que les institutions présentes consacrent de réels efforts à développer des modes de livraison intégrant le français. Enfin, il ne faut pas être renversé si les situations modèles se retrouvent dans des communautés bien organisées où la santé en français est une réelle préoccupation du milieu et où des représentants de ces communautés sont impliqués, voire gèrent des portions du système.

Les résultats de cette étude invitent donc les communautés francophones en situation minoritaire à se prendre en charge et à se mobiliser en ce qui a trait à l'amélioration de l'accès aux services de santé en français dans leur milieu. Ils interpellent tout autant les gouvernements et les administrateurs des services de santé à considérer dans leurs processus décisionnels les besoins spécifiques des communautés francophones et susciter la création de mécanismes ou structures favorisant une véritable prise en charge communautaire. Les orientations, les actions et les modèles d'organisation proposés constituent un cadre de référence susceptible d'aider chaque communauté à définir sa propre stratégie d'action, à travailler *POUR UN MEILLEUR ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS*.

Références bibliographiques

1. **ADAM, Dyane**, *Langue et santé : deux aspects du même engagement*, Ottawa, Commissaire aux langues officielles, 2000.
2. **ADLER, N.E., BOYCE, W.T., CHESNEY, M.A., FOLKMAN, S., SYME, S.L.** «Socioeconomic inequities in health : no easy solution», *JAMA*, 1993; 269 : 3140-3145.
3. **ANDREW, Caroline et al.**, *Les conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes*, La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, Ottawa, 1997.
4. **ASSOCIATION RÉGIONALE CENTRALE**, *Modèle d'intégration : Des stratégies recommandées au plan de mise en oeuvre des services de soins de santé bilingues*, 1995.
5. **BAKER, D., HAYES, R., PUEBLA-FORTIER, J.** «Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for spanish-speaking patients», *Medical care*, 1998; 36 (10) : 1461-1470.
6. **BAKER, D.W., PARKER, R.M., WILLIAMS, M.V., COATES, W.C., PITIKIN, K.** «Use and effectiveness of interpreters in an emergency department», *JAMA*, 1996; 275 : 783-788.
7. **BARCLAY, J.** «The multicultural society : shaping the care of the future», *Nursing*, 1991; 4 (3) : 20-22.
8. **BAXTER, M., BUCCI, W.** «Studies in linguistic ambiguity and insecurity», *Urban Health*, 1981; June : 36-40.
9. **BEAUDIN, MAURICE**, *La francophonie pan canadienne en 1996*, Moncton, Comité national de développement des ressources humaines de la francophonie canadienne, 1999.
10. **BÉGIN, Monique**, «Réflexions sur la santé et la précarité du système universel de la santé», entrevue réalisée par PICARD, Louise et Richard CARRIÈRE, *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 21-41.
11. **BIBEAU, G.** «À la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé», Rapport de recherche présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Les Publications du Québec*, 1987.
12. **BISSON, RONALD, ET ASSOCIÉS INC.**, «Recrutement et formation de personnel qualifié francophone et bilingue dans le domaine de la santé», Rapport de la rencontre nationale, Sainte-Adèle, Février 2000, 18 p.
13. **BOELEN, CHARLES, MD.D, M.P.H.**, M.Sc. «Challenges and Opportunities for Partnership in Health Development», *World Health Organization*, 2000, 84 p.

14. **BOUDREAU, Françoise et Diane FARMER**, «Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario : les faits saillants revisités et comparés», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 103-108.
15. **BOUDREAU, Françoise et Diane FARMER**, *Projet santé et services sociaux en milieu francophone ontarien – Volet 1 – Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être : Les faits saillants revisités et comparés*, Toronto, Collège Universitaire Glendon, 1997.
16. **BOUDREAU, Françoise**, «Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 123-154.
17. **BOULT, L., BOULT, C.** «Underuse of physician services by older Asian-American», *Journal of the American geriatrics society*, 1995; 43 (4) : 408-411.
18. **CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE FRANCOPHONES DE L'ESTRIE, HAMILTON-WENTWORTH-NIAGARA, SUDBURY, TÉMISKAMING, TORONTO**, «Les centres de santé communautaire : la porte ouverte à la santé des francophones», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 156-161
19. **CHAN., A., WOODRULL, R.K.** «Comparaison of palliative care needs of English Non-English speaking patients», *Journal of Palliative Care*, 1999; 15 : 26-30.
20. **CHARBONNEAU, Paul**, *Gardons notre santé : Étude sur le dossier de la santé chez les francophones et Acadiens*, Ottawa, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, 1998.
21. **CHARTIER, Richard**, *Avant toute chose, le bon sens... - Le Rapport Chartier sur les services essentiels au Manitoba*.
22. **CLARKSON, M., NGHI T.T.** «Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise : aux confluent de deux médecines», Rapport de la phase 1, entrevues de groupe, Santé Québec. 1997 (Références à venir)
23. **CODERRE, Cécile**, «Femmes et santé, en français s'il-vous-plaît», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 1, n. 2 (1995), p. 38-71.
24. **CONSEIL ET GESTION D'ORGANISATIONS INC.**, *Rapport sur les services de santé en français dans les comtés de Prescott, Russell, Stormont, Dundas et Glengarry*, Montréal, CGO Inc., 1989.
25. **CONWAY, Diane**, *Les besoins des professionnels et des intervenants oeuvrant dans les domaines de la santé et des affaires sociales*, Edmonton, ACFA, 1998.
26. **COUTURE, Roger T.**, «Un centre communautaire pour la vie : un concept de 'santé de la population' pour l'an 2000», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 177-191.
27. **CRANE, J.A.** «Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department», *J. Emerg. Med.*, 1997; 15 : 1-7.

28. **DALLAIRE, Hélène et Geneviève RAIL**, «'Dialogue santé' Une consultation historique auprès des communautés francophones de l'Ontario», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 1, n. 2 (1995), p. 184-194.
29. **DAVID, R., RHEE, M.** «The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban hispanic community», *The Mount Sinai Journal of medicine*, 1998; 64 (5-6) : 393-397.
30. **DE COURVILLE NICOL, Michelle et Gérald R. SAVOIE**, *Mémoire de l'Hôpital Montfort à la Commission de restructuration de services en santé de l'Ontario*, Ottawa, Hôpital Montfort, 1997.
31. **DEROCHE et al.**, «Profil des ressources des communautés francophones en milieu minoritaire», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 202-212.
32. **DEROCHE, F.C.** «French-language health care services in Ontario», *Healthcare management forum*, 1994; 7 (2) : 5-11, 13-20.
33. **DUPONT, Jean-Marc et Johanne NOLIN**, «Le mouvement des communautés en santé dans les comtés unis de Prescott-Russell», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 1, n. 2 (1995), p. 251-261.
34. **FAUCHER, Rolande**, *Les services de santé en français dans l'Est ontarien : Besoins en formation de professionnels*, Ottawa, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, 2000.
35. **FLASKERUD, J.H.** «The effects of culture-compatible intervention on the utilization of mental health services by minority clients», *Community mental health journal*, 1986; 22 (2) : 127-141.
36. **FLORES, G.** «Culture and patient-physician relationship : Achieving cultural competency in health care», *Journal of Pediatrics*, 2000; 136 : 14-23.
37. **FOX, S.A., STEIN, J.A.** «The effect of physician-patient communication on mammography utilization by different ethnic groups», *Med. Care*, 1991; 29 : 1065-1082.
38. **FRENCH LANGUAGE SERVICES – THE TORONTO DISTRICT HEALTH COUNCIL**, *Update Delivery of French Language Services in Toronto*, Toronto, TDHC, 1999
39. **GAGNÉ, Elsy**, «La réalité des Franco-Manitobaines et le cancer du sein», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 1, n. 2 (1995), p. 90-114.
40. **GUL V., MACKENZIE, M.** «Medical counselling and patient compliance in Turkish and Greek speaking communities in Haringey and Enfield», *Journal of the Royal society of health*, décembre 1993 : 286-287.
41. **HAMPERS, L.C., CHA, S., GUTGLASS, D.J., BINNS, H.J., KRUG, S.E.** «Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department», *Pediatrics*, 1999; 103 (6) : 1253-1256.
42. **HATTON, D., WEBB, T.** «Information transmission in bilingual bicultural contexts : a field study of community health nurses and interpreters», *Journal of community health nursing*, 1993; 10 (3) : 137-147.

43. **Institut canadien d'information sur la santé.** «Les soins de santé au Canada – Un premier rapport annuel», 2000, p.34.
44. **Institut Missisquoi.** «Les communautés d'expression anglaise du Québec à l'an 2000». Rapport préliminaire.
45. **JALBERT, M.** (1998). «Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique.», *PRISME* 8 (3), Aut. 1998 : 94-111.
46. **JONES, D., GILL, P.** «Breaking down language barriers», *BMJ*, 1998; 316 : 1476-1480.
47. **KARTER, A.J., FERRERA, A., DARBINIAN, J.A., ACKERSON, L.M., SELBY, J.V.** «Self-monitoring of blood glucose : language and financial barriers in a managed care population with diabetes», *Diabetes care*, 2000; 23 : 477-483.
48. **KÉRISIT, Michèle et Madeleine DUBOIS,** «La santé communautaire en Ontario français : défis et espoirs», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 1, n. 2 (1995), p. 9-15.
49. **KING, J., FAIRBROTHER, G., THOMPSON, C., MORRIS, D.L.** «Influence of socioeconomic status, ethnicity and educational brochure on compliance with a postal faecal occult blood test», *Australian journal of public health*, 1994; 18 (1) : 87-92.
50. **LABRIE, Normand et al.**, *Immigration et transformation de la francophonie ontarienne : le cas des services de santé en français à Toronto*, Toronto, Centre de recherche en éducation franco-ontarienne, 2000.
51. **LALONDE, Jocelyne,** « Le réseau des services de santé en français de l'Est (RSSFE) de l'Ontario : relever les défis découlant de la restructuration du système de santé », *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 156-161.
52. **LALONDE, JOCELYNE, BEAULIEU, MARIELLE, coll.,** «Résultats des entrevues avec les intervenants en santé de six provinces canadiennes», Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, Juin 2000, 38 p.
53. **LEMIRE-RODGER & ASSOCIÉS,** *Revue littéraire sur l'impact de la langue dans la prestation des services de santé et des services sociaux*, 1998.
54. **LEWIS, M.A., RACHELEJSKY, G., LEWIS, C.E., LEAKE, B., RICHARS, W.** «The termination of a randomized clinical trial for poor Hispanic Children», *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1994; 148 : 364-367.
55. **MANSON, A.** «Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma», *Med. Care*, 1988; 26 : 1119-1128.
56. **MBEAULIEU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET FORMATION INC.,** *La santé communautaire en français : analyse de quatre modèles au sein des communautés francophones et acadiennes*, Ottawa, Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) du Canada, 2000.
57. **MCALL, C., TREMBLAY, L. LE GOFF, F.** *Proximité et distance. Les défis de la communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1997.

58. **Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**, Télésanté. «Guide de présentation des projets de télésanté, Direction des communications», 2000.
59. **MITCHELL, J.B., BALLARD, D.J., MATCHAR, D.B., WHISNANT, J.P., SAMSA, G.** «Racial variation in treatment for transient ischemic attacks : Impact of participation by neurologists», *Health services research*, 2000; 34 (7) : 1413-1428.
60. **OUELLETTE, Rachel et Renald MAILHOT**, *Besoins et lacunes en matière de services de santé en français dans l'Est de l'Ontario*, Ottawa, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, 1999.
61. **PADGETT, D.K., PATRICK, C., BURNS, B.J.L., SCHLESINGER, H.J.** «Ethnicity and the use of outpatient mental health services in a national insured population», *American journal of public health*, 1994; 84 (2) : 222-226.
62. **PICARD, Louise et al.**, «La santé des francophones à l'aube de l'an 2000», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 12-19.
63. **PICARD, Louise et Denise HÉBERT**, «L'état de santé de la population francophone de l'Ontario», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 64-102.
64. **PICARD, Louise et Janine CHARLAND**, «Le profil démographique et les déterminants de la santé des francophones en Ontario», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 44-63.
65. **PLANTE, Diane**, «Le RIFSSSO – un modèle de coopération», *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n. 2 (1999), p. 279-284.
66. **PROGRAMME DE RECHERCHE, D'ÉDUCATION ET DE DÉVELOPPEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE**, *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, REDSP, 2000.
67. **RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'EST DE L'ONTARIO**, «Les services de santé en français dans l'Est Ontario : Besoins en formation en professionnels», Avril 2000, 113 p.
68. **RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'EST DE L'ONTARIO**, «Besoins et lacunes en matière de services de santé en français dans l'Est ontarien», Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, Septembre 1999, 68 p.
69. **RIDDICK, S.** «Improving access for limited English-speaking consumers : A review of strategies in health care settings.», *Journal of health care for the poor and underserved*, 1998. Vol. 9, supp. : 40-61.
70. **ROBICHAUD, JEAN-BERNARD**, «Le système de services de santé», Tome 2, dans la série Objectif 2000, *Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, Éditions d'Acadie, 1986.
71. **ROMULUS, Wesley**, «'Nager à contre-courant comme des saumons...' : les défis d'un centre de santé communautaire francophone en Ontario», entrevue réalisée par Michèle KÉRISIT, *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 1, n. 2 (1995), p. 17-36.
72. **ROSEN, K., SANFORD, S., SCOTT, J.** «Emergency Department Care of the Spanish-speaking patient», *Ann. Emerg. Med.*, 1991; 20 : 466. Abstract.

73. **ROSS-LEE, B., KISS, L.E., WEISER, M.A.** «Should healthcare reform be color-blind? Addressing the barriers to improving minority health» *Healthcare policy*, 1994; 94 (8); 664-671.
74. **SANTÉ CANADA**, *La recherche participative en promotion de la santé au Canada francophone*, Ottawa, Ministre des travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.
75. **SELWOOD, W., TARRIER, N.** «Demographic factors associated with extreme non-compliance in schizophrenia», *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1994; 29 172-177.
76. **WATT, I.S., HOWEL, D., LO L.** «The health care experience and health behavior of the Chinese : a survey based in Hull», *Journal of public health medicine*. 1993; 15 (2) : 129-136.
77. **WATT, I.S., HOWELL, D., LO L.** «The health care experience and health behavior of the Chinese : a survey based in Hull», *Journal of Public Health Medicine*, 1993; 15 : 129-136.
78. **WOLOSHIN, S. et al.** «Is language a barrier to the use of preventive medicine» *Journal of general internal medicine*, 1997; 12 (8) : 472-477.
79. **WOLOSHIN, S., BICKELL, N.A., SCHWARTZ, L.M., GANY, F., WELCH, G.** «Language barriers in medicine in the United States», *JAMA*, 1995; 273; 724-728.
80. **ZAMBRANA, R.E., ELL, K., DORRINGTON, C., WASCHMAN, L., HODGE, D.** «The relationship between psychosocial status of immigrant latino mothers and use of emergency pediatric services», *Health and social work*, 1994; 19 (2) : 93-1

Annexe A – Liste des membres du comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire

MEMBRES DE LA PARTIE COMMUNAUTAIRE

Hubert Gauthier, coprésident – Président-directeur général, Hôpital de Saint-Boniface (Manitoba)

Paul-André Baril, secrétaire général – Coordonnateur du secteur de la santé, FCFA du Canada

Lucille Auffrey – Directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Georges Arès – Président, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada

Dr Anne M. Leis – Chercheure-professeure associée, Département de la santé communautaire, Université de la Saskatchewan et Présidente de l'Association des parents fransaskois

Dr Aurel Schofield – Coordonnateur de la formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick, vice-doyen, Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Jacques Schryburt – Président sortant, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

Anna Veltri – Directrice du Collège du Savoir (Ontario), membre du conseil d'administration de la Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français

Dr Denis R.J. Vincent – Médecin de famille (Alberta), président de RéseauNat

MEMBRES DE LA PARTIE FÉDÉRALE

Marie E. Fortier, coprésidente – Sous-ministre déléguée, Santé Canada

Lucie A. Charron, secrétaire générale – Coordonnatrice nationale, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, Santé Canada

Murielle Brazeau – Directrice générale, Bureau de la consommation et de la participation publique, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada

Laurette Burch – Directrice générale régionale, région du Manitoba et de la Saskatchewan, Santé Canada

David Fransen – Directeur général, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Cliff Halliwell – Directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada

Gina Rallis – Directrice générale p.i., Direction des services en ressources humaines, Direction générale des services de gestion, Santé Canada

Louise L. Trahan – Directrice par intérim, Concertation interministérielle, Programme d'appui aux langues officielles, Patrimoine canadien

MEMBRES REPRÉSENTANT DES PROVINCES

Edmond Labossière – Conseiller spécial, Secrétariat des services en langue française, Gouvernement du Manitoba

Lyne St-Pierre-Ellis – Conseillère en matière de politique ministérielle, Relations fédérales-provinciales, Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Denis Tardif – Directeur, Secrétariat francophone, Développement communautaire, Gouvernement de l'Alberta

Annexe B – L'équipe de consultants

COORDONNATEUR FCFA

Paul-André Baril – Coordonnateur secteur santé

ÉQUIPE TECHNIQUE

André Morin – Coordonnateur et responsable des travaux

Luc Boileau – Médecin expert

Daniel Denis – Économiste expert

Rolande Faucher – Responsable du profil des communautés

ÉQUIPE TERRAIN

Liane Roy – Responsable des provinces de l'Atlantique et du Territoire du Labrador

Rolande Faucher – Coordonnateur Ontario et responsable des régions Centre, Sud-Est et Sud-Ouest

Donald Dennie – Responsable des régions Nord-Est et Nord-Ouest de l'Ontario

Charles Gagné – Responsable des provinces du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique

Pierre Bourbeau – Responsable du Yukon et du Nunavut

Annexe C – Un portrait détaillé des francophones et des Acadiens en situation minoritaire

Les chiffres sur la population francophone varieront selon qu'ils incluent ou non les francophones qui ont aussi déclaré l'anglais comme langue maternelle. La plupart des tableaux et graphiques présentés dans les profils communautaires qui suivent ne concernent que les personnes dont le français est la seule langue maternelle.

Le tableau qui suit donne, pour chaque province et territoire, le nombre de personnes qui ont déclaré le français ou le français et l'anglais comme langues maternelles.

Province	Population
Terre-Neuve et Labrador	2 600
Île du Prince-Édouard	5 890
Nouvelle-Écosse	37 600
Nouveau-Brunswick	245 095
Ontario	520 860
Manitoba	50 565
Saskatchewan	20 745
Alberta	58 305
Colombie-Britannique	60 675
Yukon	1 230
Territoire du Nord-Ouest	1 485
Nunavut	425

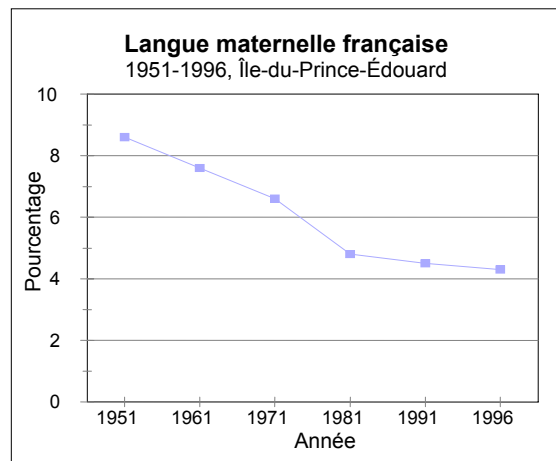
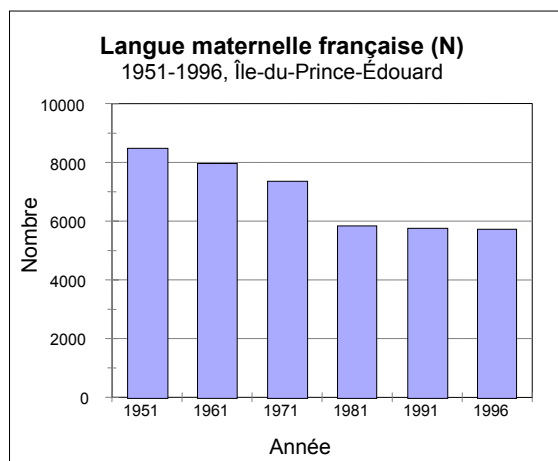
COMMUNAUTÉ ACADIENNE ET FRANCOPHONE DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

La communauté acadienne de l'Île-du-Prince-Édouard compte 5722 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces francophones représentent 4,3 % de la population totale de la province. Sept francophones sur dix habitent dans l'Ouest de l'Île, le comté de Prince, où ils comptent pour 10 % de la population. Ils se concentrent en grande partie dans la région Évangéline où ils forment la majorité dans quelques villages dont Wellington et Abram-Village. C'est une francophonie essentiellement rurale, bien que plus d'un millier de francophones se trouvent à Summerside et ses localités avoisinantes.

Population selon la langue maternelle Île-du-Prince-Édouard, 1996

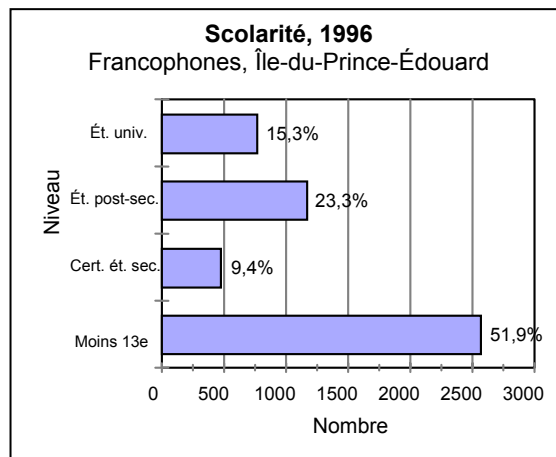
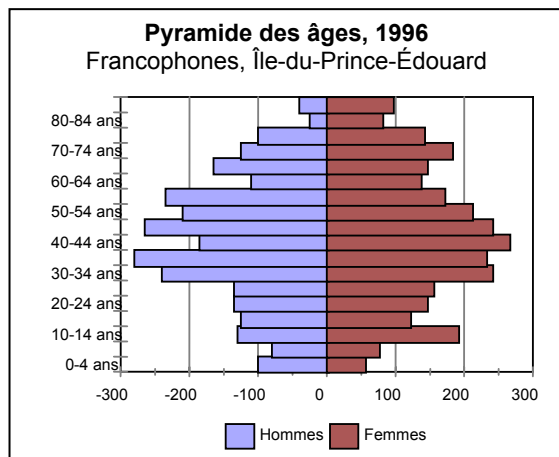
Français	5 722
Anglais	125 017
Langues non-officielles	2 137
Total	132 876

Après avoir connu une période de forte érosion démographique entre 1951 et 1981, la population de langue maternelle française de l'Île s'est stabilisée depuis 1981. Il en est de même pour son poids relatif qui s'est aussi stabilisé à un peu plus de 4 %.



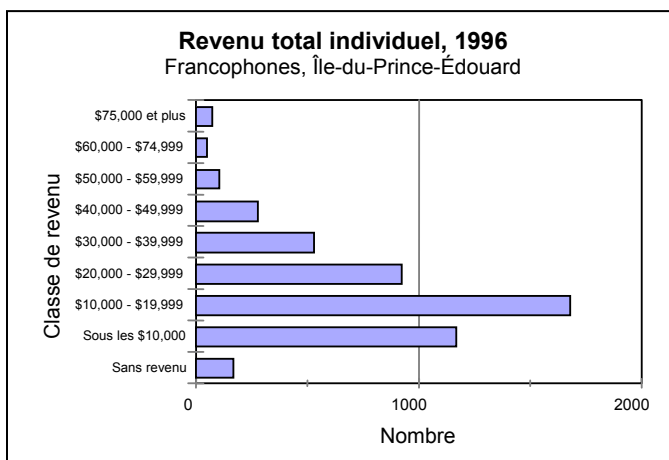
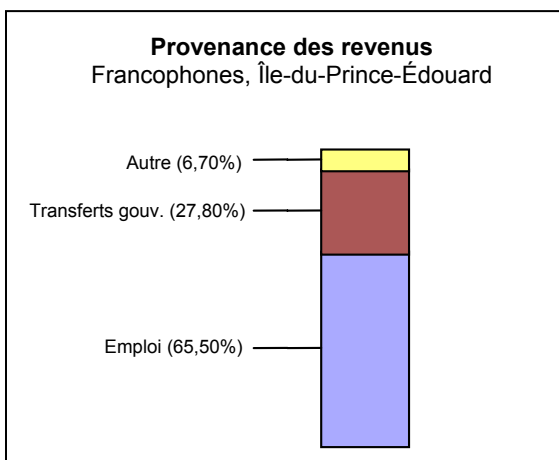
La population francophone de l'Île-du-Prince-Édouard est largement adulte. Les moins de 15 ans ne comptent que pour 11,3 % de la population francophone alors que ces derniers comptent pour 21,9 % de la population de

la province. Les écarts entre les francophones et la population totale pour ce qui est des adultes et des personnes de plus de 65 ans sont donc importants.



La francophonie de l'Île est sous-scolarisée. Plus de la moitié de la population francophone de 15 ans et plus n'a pas complété son secondaire, comparativement à 42 % pour l'ensemble de la population. À peine 15,3 % des francophones sont passés à l'université alors que cette proportion est de 22 % pour la population de l'Île.

Les Acadiens de l'Île-du-Prince-Édouard travaillent en grand nombre dans les industries productrices de biens : agriculture, chasse et pêche, mais aussi dans les industries de transformation. Ils sont peu représentés dans les secteurs des services. Si une grande partie des francophones (65,50 %) tirent leurs revenus de l'emploi, une grande partie (27,80 %) compte aussi sur des transferts gouvernementaux, ce qui traduit une certaine dépendance de cette population sur l'aide gouvernementale. Le revenu moyen des insulaires est très bas; à peine plus de 20 000 \$. Seulement 9,7 % des francophones ont des revenus qui dépassent 40 000 \$.



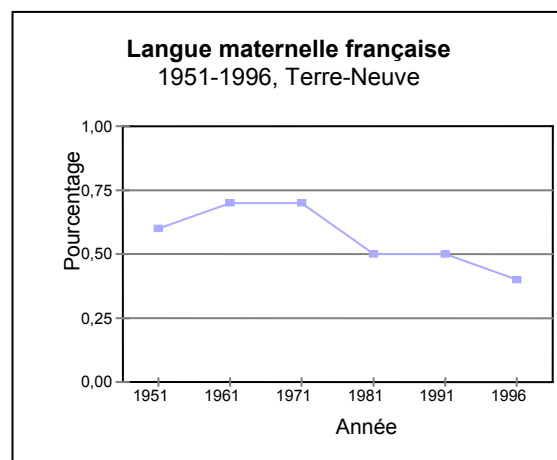
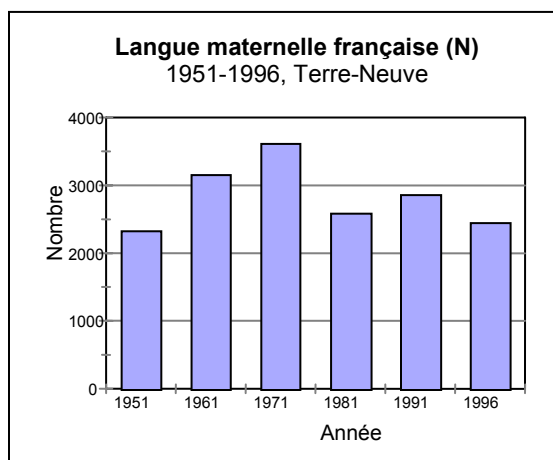
COMMUNAUTÉ ACADIENNE ET FRANCOPHONE DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR

La communauté francophone de Terre-Neuve et du Labrador compte 2440 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces francophones représentent 0,4 % de la population de la province. On les trouve dans trois noyaux principaux : la péninsule de Port-au-Port, St. John's et ses environs et le Labrador. À Cap Saint-Georges dans la péninsule de Port-au-Port, ils constituent plus de 15 % de la population.

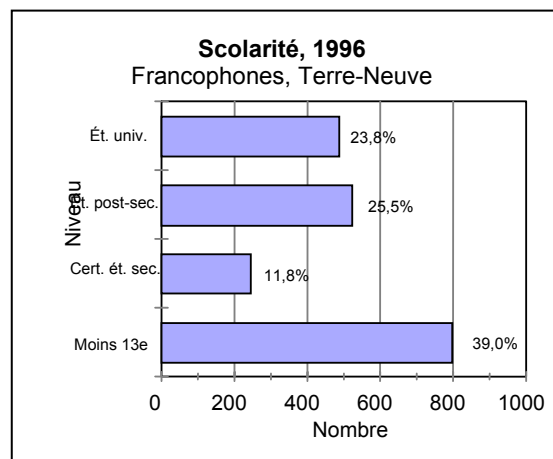
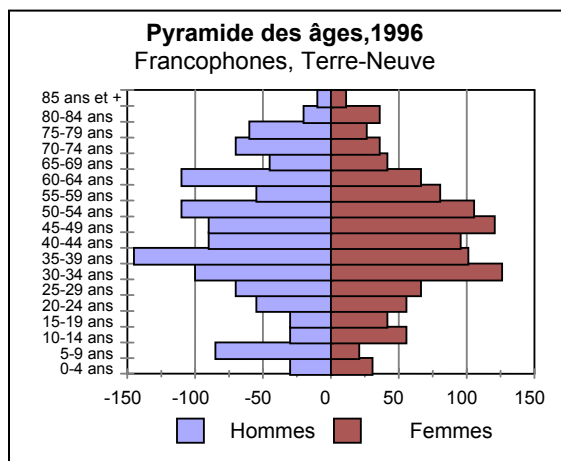
Population selon la langue maternelle Terre-Neuve, 1996

Français	2 440
Anglais	539 048
Langues non-officielles	5 663
Total	547 151

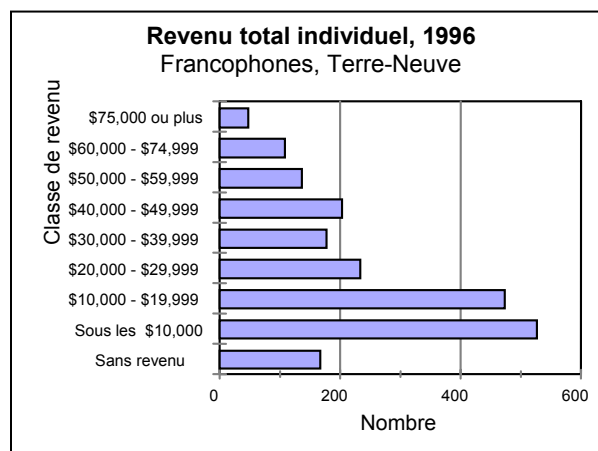
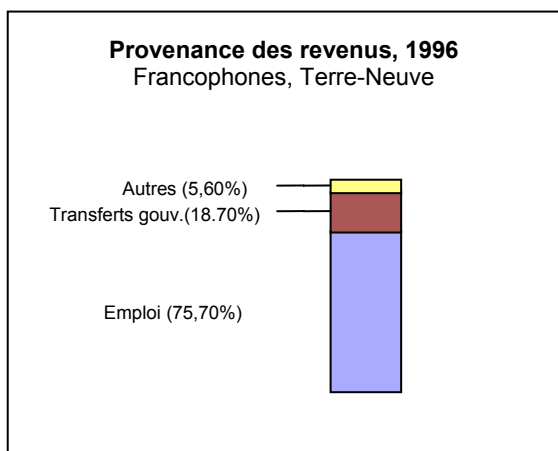
La population de langue maternelle française a connu beaucoup de fluctuations entre 1951 et 1996 et son poids relatif a aussi beaucoup fluctué. Celui-ci n'a cependant jamais dépassé la barre du 1 %.



C'est une population largement adulte puisque les jeunes de moins de 15 ans ne comptent que pour 10,7 % de la population francophone alors qu'ils comptent pour 20,1 % de la population de la province. Les adultes et les plus de 65 ans francophones sont sur-représentés dans la pyramide des âges où les écarts avec la population totale de la province sont importants.



La francophonie de Terre-Neuve et du Labrador est plus scolarisée que la population totale de la province mais le pourcentage de francophones qui n'ont pas complété leur secondaire reste élevé à 39 %. Un francophone sur deux a suivi des études postsecondaires. Les Franco-Terreneuviens ne sont pas confinés dans les industries productrices de biens. On les retrouve plutôt dans le secteur des services publics et de l'économie de services. Leur revenu moyen, supérieur à 25 000 \$, est plus élevé que le revenu moyen provincial qui se situe en deçà de 20 000 \$. La majorité des Franco-Terreneuviens (75,70 %) tirent leurs revenus de l'emploi; 18,70 %, de transferts gouvernementaux.



COMMUNAUTÉ ACADIENNE ET FRANCOPHONE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE

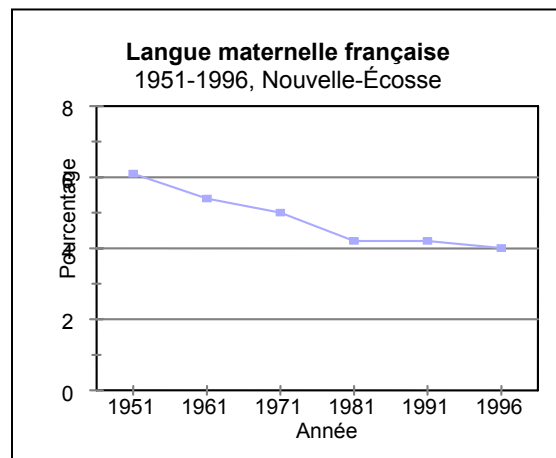
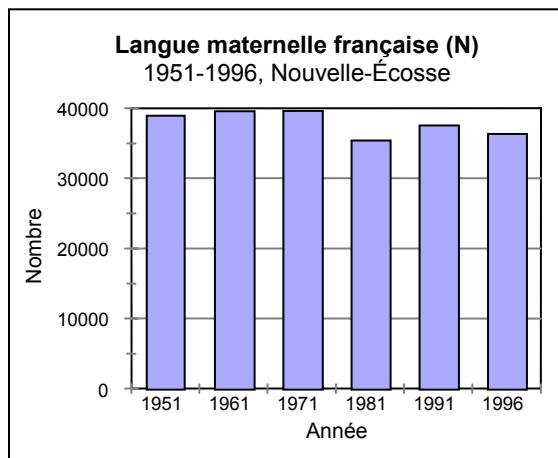
La communauté acadienne de la Nouvelle-Écosse compte 36 311 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces personnes représentent 4 % de la population totale de la province. On les retrouve principalement à Halifax, au Cap-Breton et le long de la

côte du sud de la province. La population acadienne de la Nouvelle-Écosse est essentiellement rurale, quoique Halifax compte une concentration de 10 000 francophones et Sydney plus d'un millier. Les Acadiens forment plus de 15 % de la population dans quatre des 18 comtés de la province.

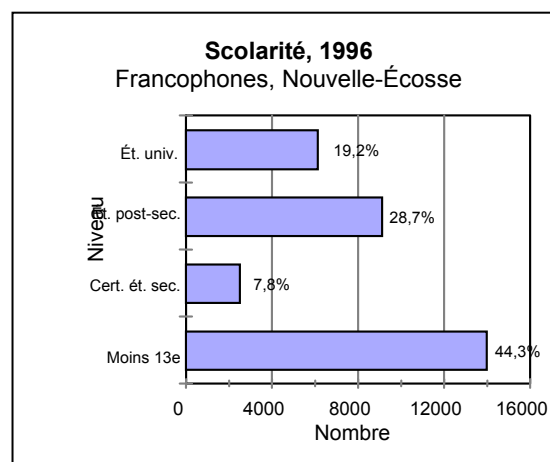
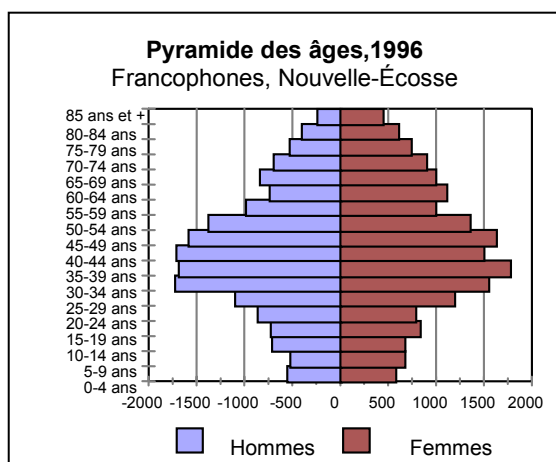
Les effectifs de la population de langue maternelle française sont stables depuis 1951 mais on note une baisse graduelle des pourcentages comme en font foi les deux figures suivantes.

Population selon la langue maternelle Nouvelle-Écosse, 1996

Français	36 311
Anglais	838 283
Langues non officielles	25 376
Total	899 970

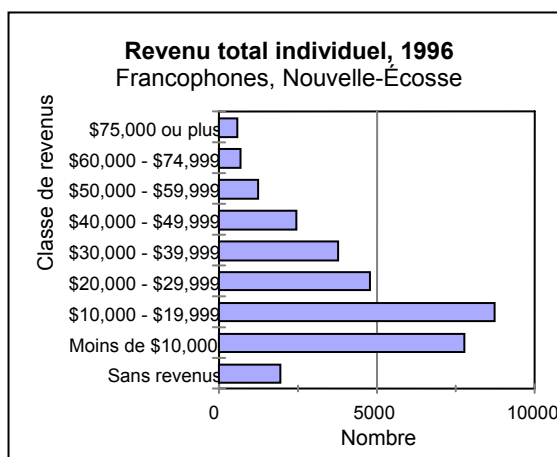
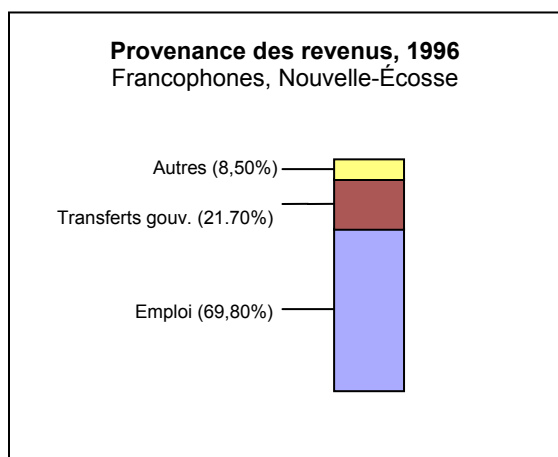


C'est une population largement adulte, comme le révèle la pyramide des âges. Les moins de 15 ans ne comptent que pour 10,5 % de la population francophone alors qu'ils comptent pour 20 % dans la population totale de la province. Le renouvellement à la base y est donc problématique mais par contre, la communauté compte sur une proportion plus large de personnes en âge de travailler.



Plus de 44 % des francophones de la Nouvelle-Écosse n'ont pas complété leur secondaire, par rapport à 39 % dans l'ensemble de la population et 19,2 % ont obtenu un diplôme universitaire par rapport à 23,5 % pour la population totale de la province.

Les francophones de la Nouvelle-Écosse travaillent en très grande partie dans les industries productrices de biens, la pêche notamment ainsi que les industries de transformation. La plupart des francophones (69,8 %) tirent leurs revenus de l'emploi, mais 21,7 % d'entre eux comptent aussi sur l'aide gouvernementale. Si le revenu moyen est relativement élevé, à 22 805 \$, par rapport à la population totale, trois francophones sur dix ont des revenus inférieurs à 10 000 \$.



COMMUNAUTÉ ACADIENNE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

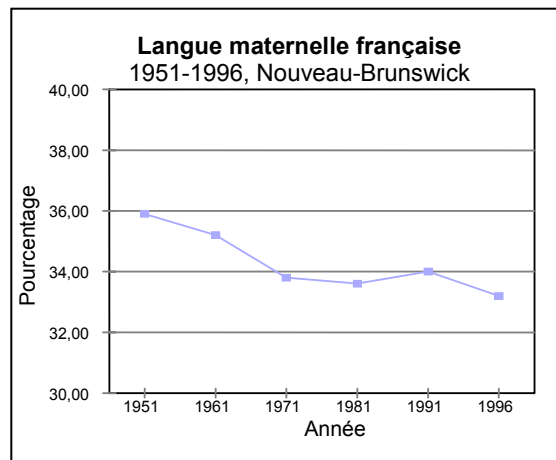
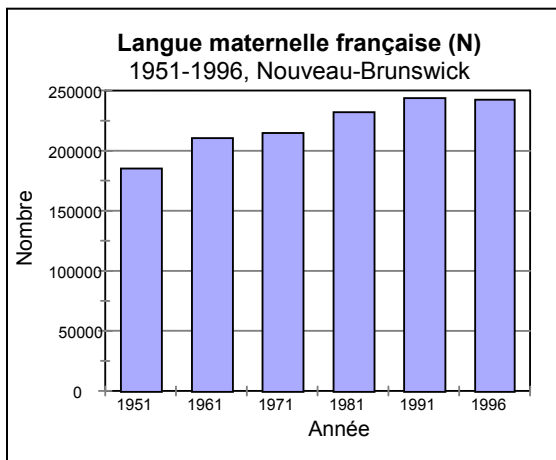
La communauté acadienne du Nouveau-Brunswick compte 242 408 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces francophones représentent 33,2 % de la population de la province. On trouve les Acadiens surtout le long

Population selon la langue maternelle Nouveau-Brunswick, 1996

Français	242 408
Anglais	476 396
Langues non-officielles	10 826
Total	729 630

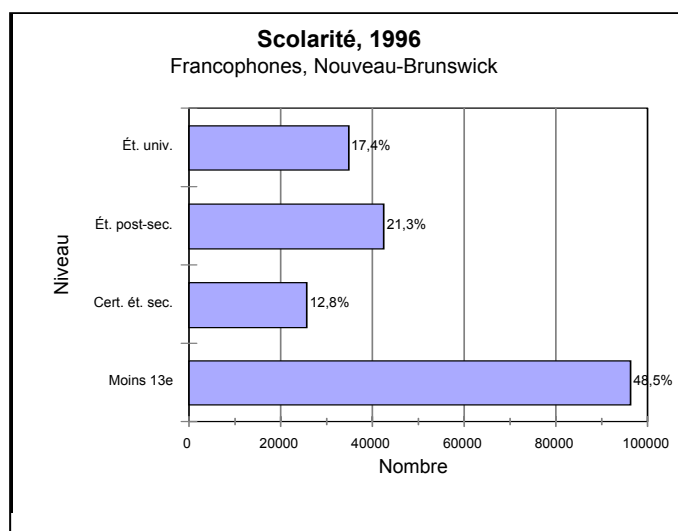
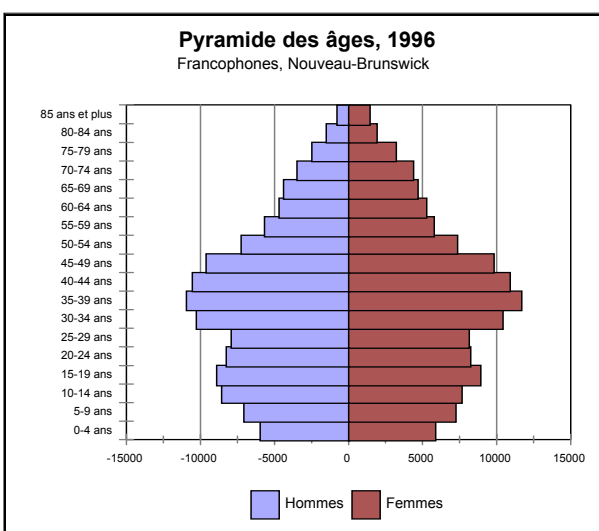
des côtes de la province, de Cap-Pelé à Miscou et à l'intérieur des terres jusqu'à Saint-Jacques. On dénote trois zones de forte concentration : le Madawaska, la Péninsule acadienne au nord-est de la province et le Sud-Est. Sept comtés regroupent 93,5 % des Acadiens (Gloucester, Kent, Madawaska, Northumberland, Restigouche, Victoria et Westmorland). Quatre de ceux-ci sont majoritairement francophones dans une proportion variant de 62 % à 94 %. Peu urbanisée, la population acadienne du Nouveau-Brunswick est dispersée en plusieurs noyaux regroupant de petites communautés rurales.

Les effectifs de langue maternelle française au Nouveau-Brunswick n'ont cessé de croître entre 1951 et 1991. Ils se sont stabilisés depuis, démontrant une communauté peu touchée par l'assimilation. Les Acadiens représentent le tiers de la population provinciale et cette proportion est stable depuis trente ans.



La population francophone est une population largement adulte. Les moins de 15 ans constituent cependant 17,6 % de la population et les 30-64 ans forment la moitié des effectifs. La structure d'âge de la population francophone ressemble en grande partie à celle de la population provinciale.

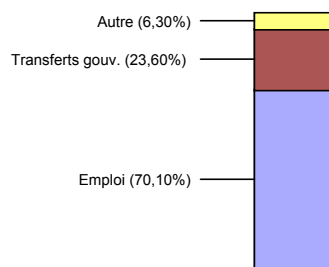
La communauté francophone du Nouveau-Brunswick est peu scolarisée. Plus de 48 % des francophones n'ont pas complété leur secondaire, comparativement à 40 % pour l'ensemble de la population. À peine 17,4 % des francophones sont passés par l'université, une proportion inférieure à la moyenne provinciale.



Dans une très large proportion, les Acadiens du Nouveau-Brunswick travaillent dans les industries productrices de biens : l'agriculture, la pêche et la forêt, mais aussi dans les industries de transformation. Une proportion de 27 % travaille aussi dans les services publics. Leur présence dans le secteur tertiaire non public est en train de s'affirmer avec une représentation de 15 %. Si une grande partie des francophones tirent leurs revenus de l'emploi (70,10 %), une grande partie (23,60 %) tirent aussi ses revenus de transferts gouvernementaux. Le revenu moyen des francophones est peu élevé à 19 187 \$ alors que la moyenne provinciale se situe à 20 750 \$. Quatre francophones sur dix ont des revenus inférieurs à 10 000 \$ et seulement 10 % d'entre eux ont des revenus dépassant 40 000 \$.

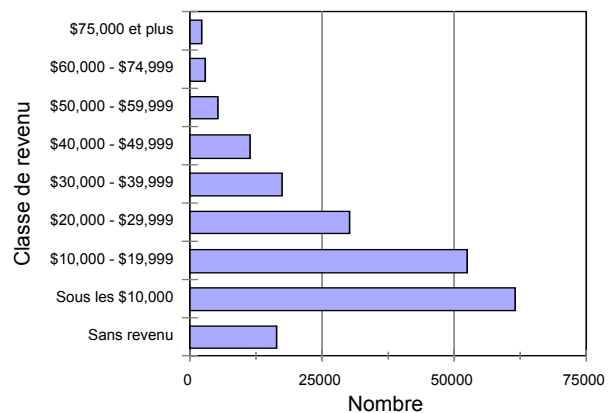
Provenance des revenus, 1996

Francophones, Nouveau-Brunswick



Revenu total individuel, 1996

Francophone, Nouveau-Brunswick



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DE L'ONTARIO

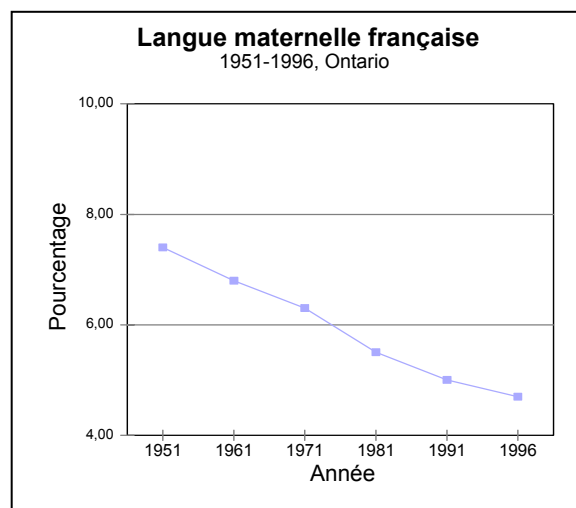
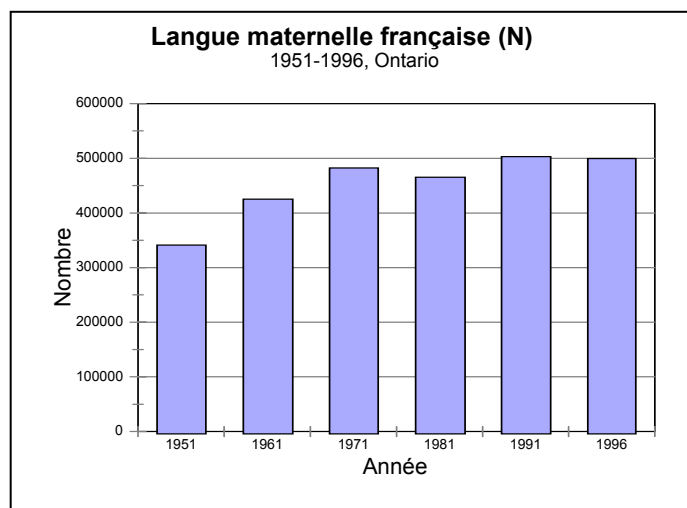
La communauté franco-ontarienne compte 499 689 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces francophones représentent 4,7 % de la population provinciale. Ils sont dispersés à la grandeur du territoire de la

province. L'Est demeure cependant le plus important foyer de concentration de Franco-Ontariens avec plus de 200 000 personnes de langue maternelle française concentrées dans trois divisions de recensement : Ottawa-Carleton, Prescott-Russell et Stormont, Dundas et Glengarry. Le Nord en accueille 150 000, le Centre, c'est-à-dire le grand Toronto et les centres avoisinants, 110 000. L'Ouest et le Sud en comptent 40 000. C'est dans le Nord que le poids des Franco-Ontariens est le plus important (25 %); vient ensuite l'Est avec 15 % et le Centre avec 1,6 %.

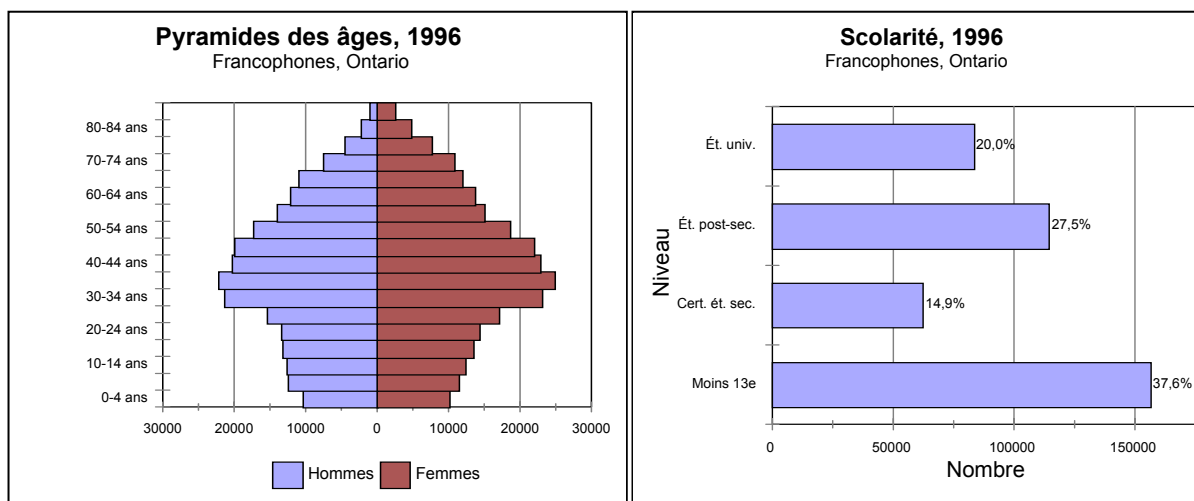
Les effectifs de la communauté franco-ontarienne avaient connu une augmentation importante de 1951 à 1971 mais depuis, ils sont restés stables à près du demi-million de francophones. Le poids démographique des Franco-Ontariens a cependant connu une baisse constante depuis 1951 à cause d'une forte augmentation de la population ontarienne, due en grande partie à l'immigration et à la migration venant des autres provinces.

Population selon la langue maternelle Ontario, 1996

Français	499 689
Anglais	7 777 734
Langues non-officielles	2 365 367
Total	10 642 790



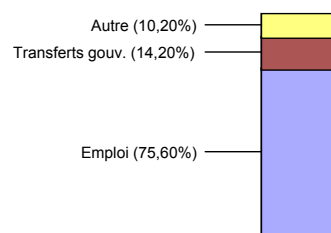
La population franco-ontarienne est aussi une population largement composée d'adultes. Les jeunes de moins de 15 ans y sont sous-représentés (14,2 %) alors qu'ils comptent pour 20,8 % de la population ontarienne. Les 30-64 ans constituent 55 % des effectifs de l'Ontario français.



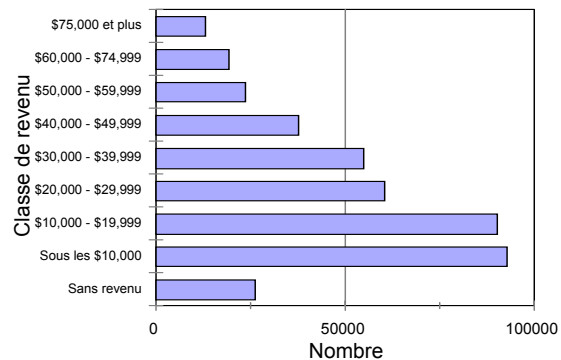
Un grand nombre de Franco-Ontariens n'ont pas terminé leur secondaire (37,6 %) mais, près d'un Franco-Ontarien sur deux a accédé à des études postsecondaires, dont 20 % à l'université. Ce dernier pourcentage est quand même plus bas que celui pour la population de la province qui se situe à 24,3 %.

Les Franco-Ontariens se retrouvent nombreux dans le secteur des services publics (plus de 40 %), dans le commerce de gros et de détail (15,6 %), dans l'industrie manufacturière (12,7 %) et dans la construction (5,9 %). Une grande partie des Franco-Ontariens (75,60 %) tirent leurs revenus de l'emploi; 14,20 % d'entre eux tirent leurs revenus de transferts gouvernementaux. Pour 10,20 % d'entre eux, leurs revenus proviennent d'autres sources, ce qui atteste de la vitalité économique en Ontario français. Le revenu moyen individuel est relativement élevé, se situant à 27 295 \$; mais par ailleurs, plus de la moitié des francophones de l'Ontario ont des revenus inférieurs à 20 000 \$ et seulement 22,2 % des revenus supérieurs à 40 000 \$. Ceci témoigne d'une grande disparité dans la répartition des revenus au sein de la communauté franco-ontarienne.

Provenance des revenus, 1996
Francophones, Ontario



Revenu total individuel, 1996
Francophones, Ontario



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DU MANITOBA

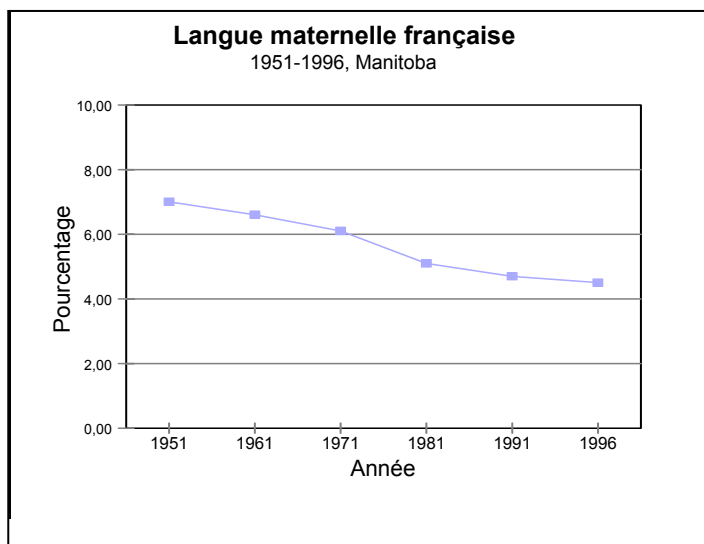
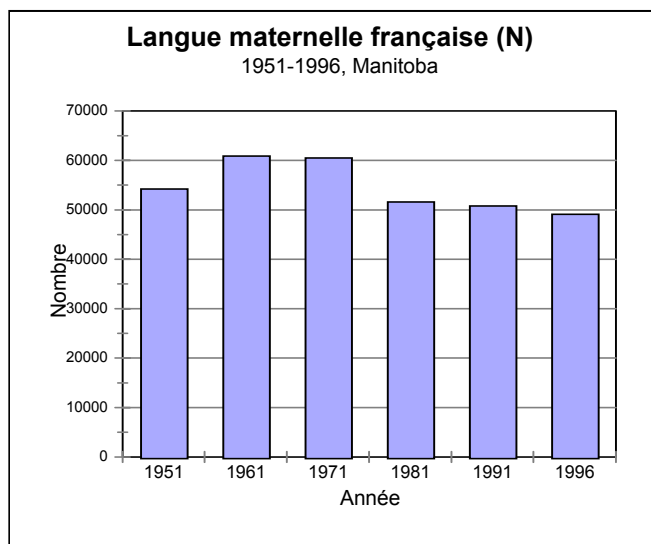
La communauté franco-manitobaine compte 49 100 personnes de langue maternelle française. Ces francophones représentent 4,5 % de la population de la province. Un seul noyau urbain trouve une

concentration de Franco-Manitobains soit Winnipeg, plus précisément le territoire de l'ancienne ville de Saint-Boniface. Les autres francophones vivent surtout le long des rivières Rouge, Seine et Assiniboine et dans la région de La Montagne, dans de petites villes et villages comme Saint-Lazare, Somerset, Notre-Dame de Lourdes, Saint-Claude, Saint-Pierre-Jolys et Sainte-Anne-des-Chênes. Ils forment des proportions importantes d'une quinzaine de localités mais leur poids est faible à l'échelle des 23 divisions de recensement.

Après avoir connu une augmentation importante dans les années cinquante et soixante, les effectifs de la communauté franco-manitobaine se sont stabilisés autour de 50 000 depuis trente ans. Mais, depuis 1951, leur poids relatif est passé de 7 % à 4,5 % et il maintient une tendance à la baisse.

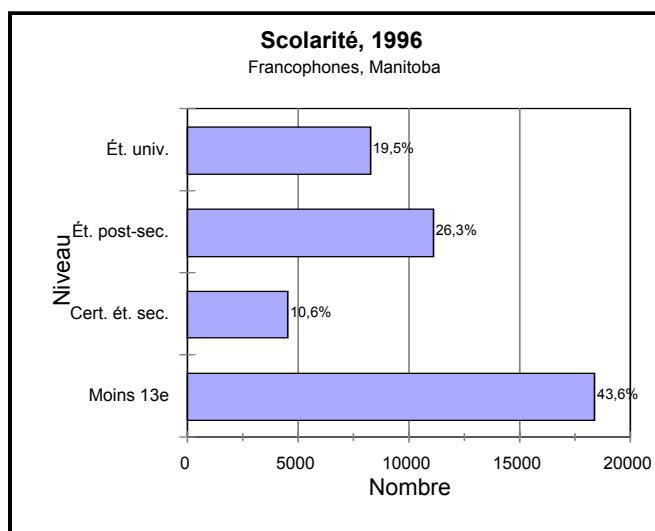
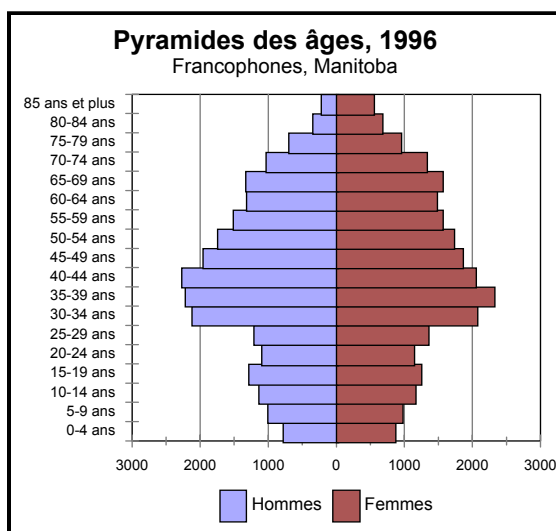
Population selon la langue maternelle Manitoba, 1996

Français	49 100
Anglais	822 258
Langues non officielles	228 940
Total	1 100 298

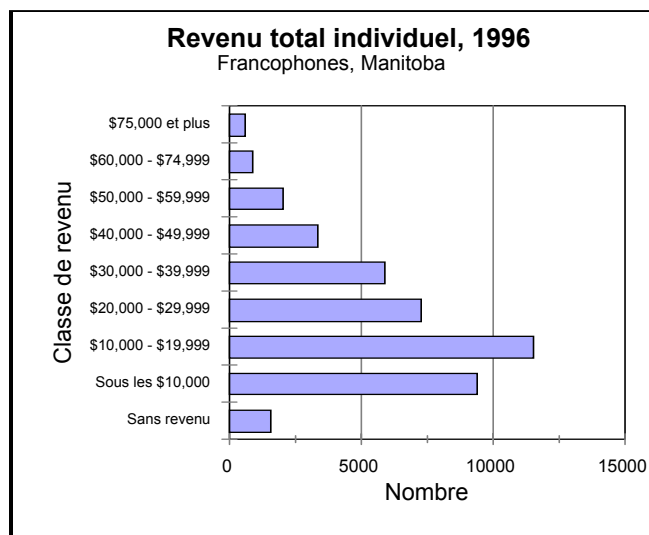
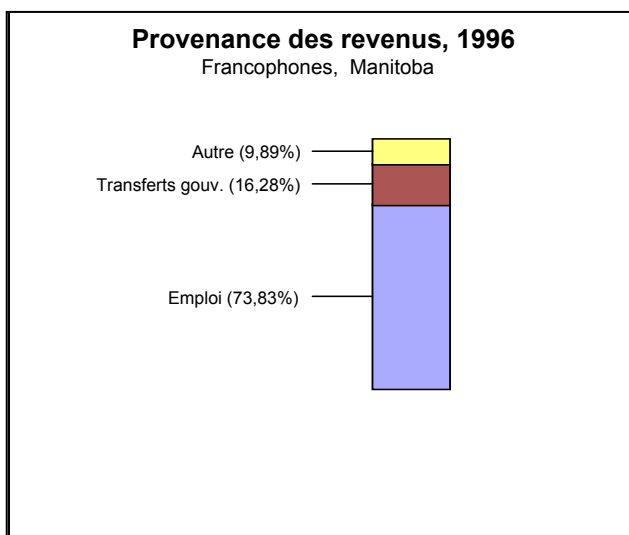


La population franco-manitobaine est aussi une population largement adulte où la proportion d'enfants de moins de 15 ans est faible (12,3 %) par rapport à la proportion dans la population totale de la province qui se situe à 22,2 %.

Un grand nombre de Franco-Manitobains n'ont pas complété leur secondaire (43,6 %) mais plus de 8200 ont une scolarité universitaire.



Les Franco-Manitobains sont particulièrement actifs dans le secteur de production de biens, notamment en agriculture (7,4 %), dans l'industrie manufacturière (8,8 %), dans le secteur de services publics (plus de 30 %) mais ils sont aussi actifs dans le commerce de gros et détail (12,6 %), les services financiers et immobiliers et les services aux entreprises. La grande majorité (73,83 %) tire ses revenus de l'emploi tandis que pour 16,28 % des Franco-Manitobains, leurs revenus proviennent de transferts gouvernementaux. Près de 10 % d'entre eux tirent leurs revenus d'autres sources. Le revenu individuel moyen se situe à 23 681 \$, dépassant le revenu moyen provincial qui se situe à 22 667 \$. Cependant, les revenus sont répartis très inégalement au sein de la communauté puisqu'un francophone sur quatre a moins de 10 000 \$ de revenu annuel.



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DE LA SASKATCHEWAN

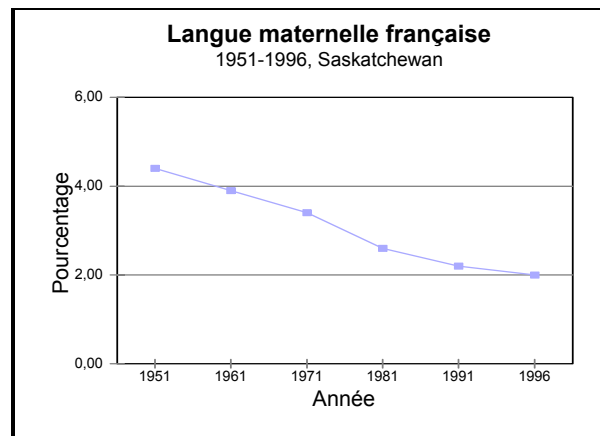
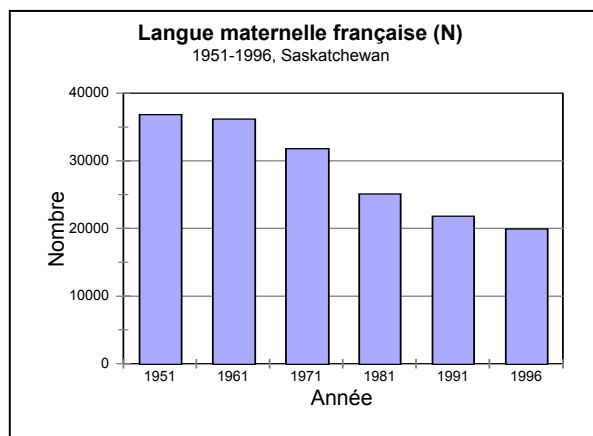
La communauté francosaskoise compte 19 901 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces francophones représentent 2 % de la population de la province. Ils sont présents sur tout le territoire de la province

Population selon la langue maternelle Saskatchewan, 1996

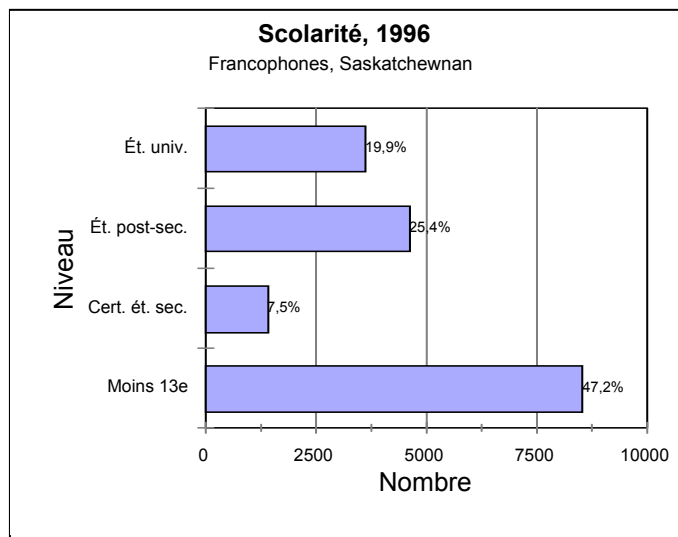
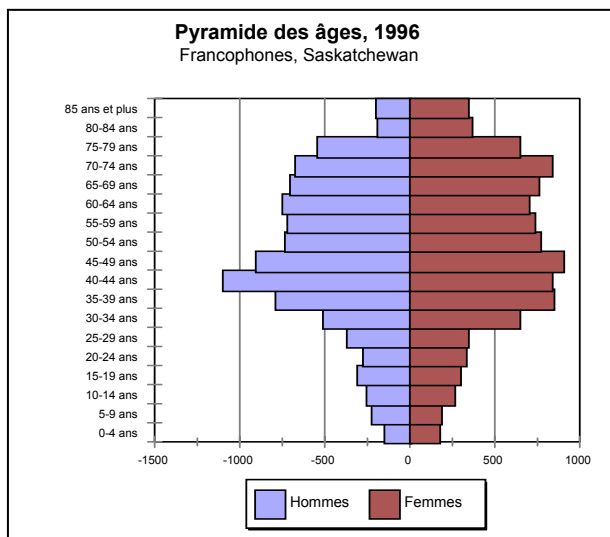
Français	19 901
Anglais	823 746
Langues non officielles	132 968
Total	976 615

mais on trouve deux régions à plus forte concentration francophone : Batoche/Prince-Albert et Gravelbourg. Une seule division de recensement compte plus de 10 % de francophones soit celle où est situé Gravelbourg. On trouve de plus en plus de Fransaskois dans les régions urbaines. Saskatoon compte aujourd'hui 3500 francophones; Régina, 2500 et Prince-Albert, 1350. Mais la communauté francosaskoise demeure avant tout rurale.

Une forte émigration caractérise la population de la Saskatchewan. Celle-ci touche aussi la communauté francosaskoise qui n'a cessé de diminuer depuis 1951. Elle est passée de 36 815 en 1951 à 19 901 en 1996. Les pourcentages aussi sont en baisse constante depuis 1951, passant de 4,4 % à 2 %.

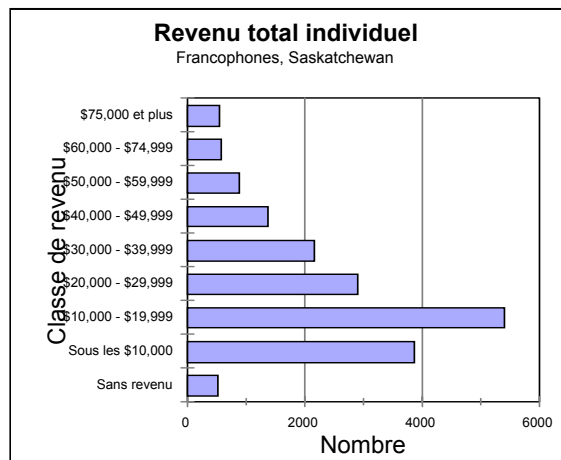
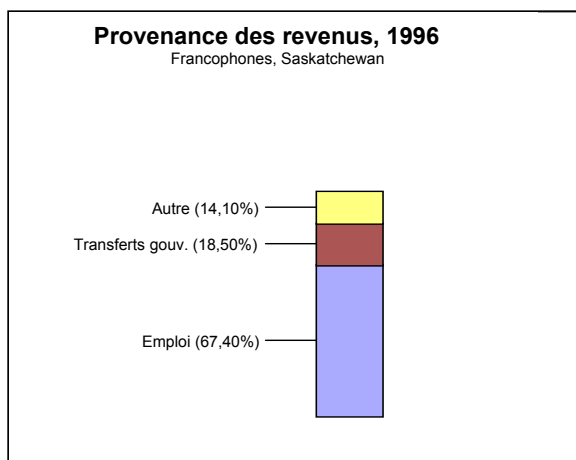


C'est la communauté francophone où les jeunes de moins de 15 ans constituent le plus faible pourcentage, à 6,4 %. C'est donc dire que c'est là une communauté largement adulte. Les 45 ans et plus forment près de 60 % des effectifs.



Près de la moitié des Fransaskois n'ont pas terminé leurs études secondaires (47,2 %). En contrepartie, plus de 3500 d'entre eux (19,9 %) ont une scolarité universitaire.

Un francophone sur cinq (19,7 %) en Saskatchewan travaille dans le secteur de l'agriculture. Ils sont aussi très présents en administration publique, en éducation et en santé (30 %). Ils occupent un grand nombre d'emplois dans le commerce de gros et de détail, les services financiers et immobiliers et les services aux entreprises. Si la majorité des Fransaskois (67,40 %) tirent leurs revenus de l'emploi, 18,50 % tirent leurs revenus de transferts gouvernementaux. À noter que pour 14,10 % d'entre eux, leurs revenus proviennent d'autres sources, ce qui est très élevé par rapport aux sources de revenus dans les autres communautés francophones. Le revenu moyen des francophones de la Saskatchewan est de 25 285 \$, ce qui dépasse légèrement le revenu moyen provincial qui se situe à 22 541 \$. Mais un quart des Fransaskois se situent sous la barre de 10 000 \$ de revenu annuel.



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DE L'ALBERTA

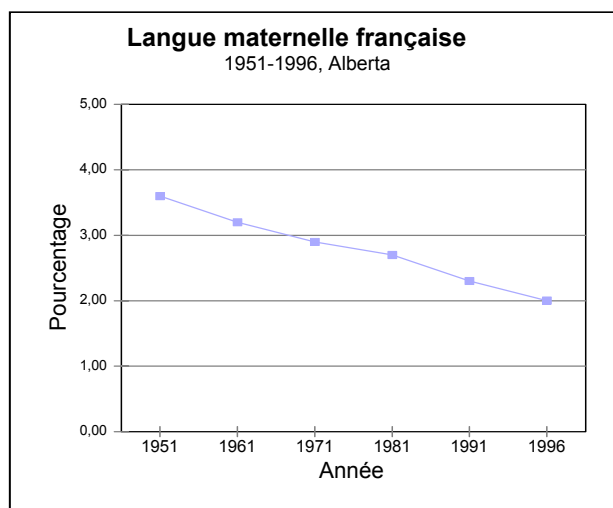
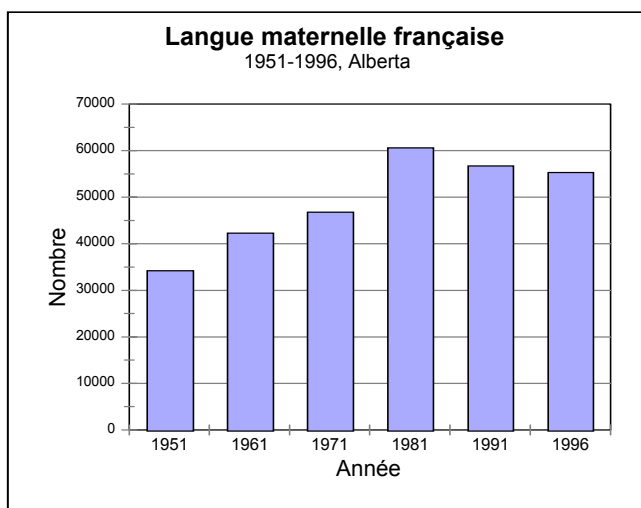
La communauté albertaine compte 55 290 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces francophones représentent 2 % de la population de la province. Les Franco-Albertains sont présents sur tout le territoire albertain

mais c'est à Edmonton et Calgary qu'ils se retrouvent plus nombreux. Plus de la moitié en effet vivent dans ces deux grandes agglomérations et à leur périphérie. On trouve aussi des concentrations de francophones à Rivière-la-Paix, Bonnyville, Saint-Paul, Plamondon, et Lac La Biche. C'est dans ces régions du nord-est et du nord-ouest de la province que leur proportion est la plus élevée. Elle y dépasse 5 % à l'échelle de la division de recensement et les 15 % dans plusieurs localités.

La population franco-albertaine a connu une forte croissance de 1951 à 1986, atteignant à cette date 60 605; elle s'est stabilisée depuis 1991 autour de 55 000 personnes. Mais le poids relatif des francophones n'a fait que chuter de 1951 à 1996, puisque la population de la province augmentait plus vite que la population franco-albertaine.

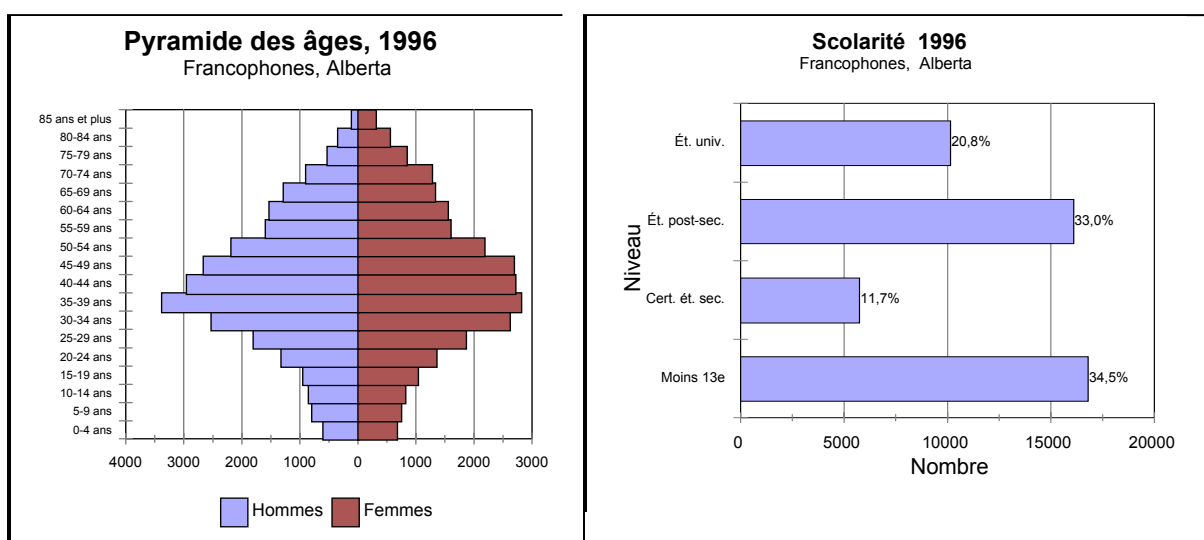
Population selon la langue maternelle Alberta, 1996

Français	55 290
Anglais	2 175 758
Langues non officielles	438 148
Total	2 669 196

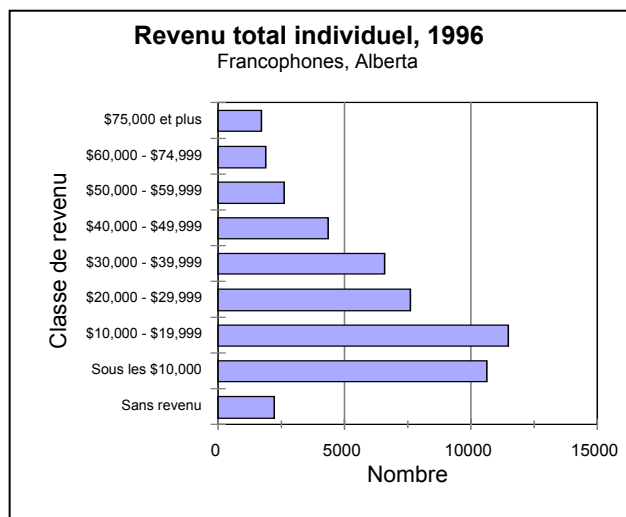
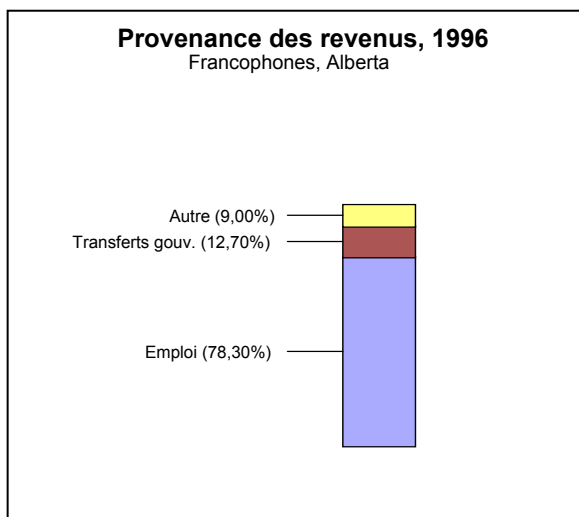


La population franco-albertaine est essentiellement une population adulte puisque les jeunes de moins de 15 ans y sont peu nombreux. Ils ne représentent que 8,4 % de la population alors qu'ils comptent pour 23 % dans la population albertaine.

Un grand nombre de Franco-Albertains n'ont pas terminé leurs études secondaires (34,5 %) mais en contrepartie, plus de 10 000 d'entre eux ont une scolarité universitaire. La proportion de francophones de l'Alberta qui est passée par l'université reste toutefois inférieure à celle de l'ensemble de la population de la province, soit 20,8 % contre 23,5 %.



Les Franco-Albertains sont actifs dans plusieurs secteurs d'activité mais ils sont très présents dans le secteur primaire, soit l'agriculture, les mines et le pétrole. Ils sont bien représentés dans le secteur des services publics, en éducation, en santé et en services sociaux où leur proportion dépasse les 25 %. Ils sont aussi très présents dans le commerce de détail et de gros (15 %) et dans l'hôtellerie et la restauration (6,1 %). La plupart des membres de la communauté franco-albertaine (78,30 %) tirent leurs revenus de l'emploi et seulement 12,70 % d'entre eux tirent leurs revenus de transferts gouvernementaux. Pour 9 % d'entre eux, leurs revenus proviennent d'autres sources. Le revenu individuel moyen des francophones de l'Alberta est de 27 100 \$, ce qui dépasse le revenu moyen provincial qui est de 26 138 \$.



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

La communauté franco-colombienne compte 56 755 personnes de langue maternelle française en 1996.

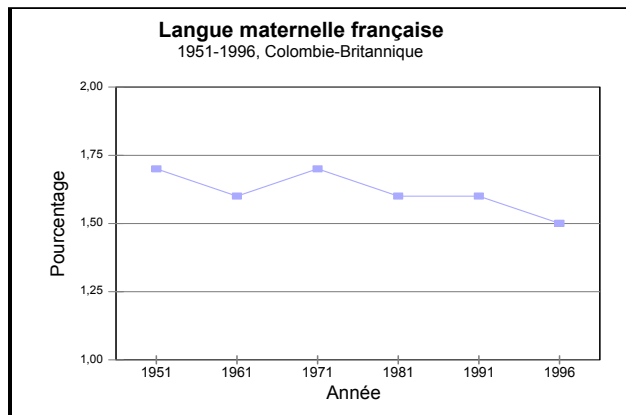
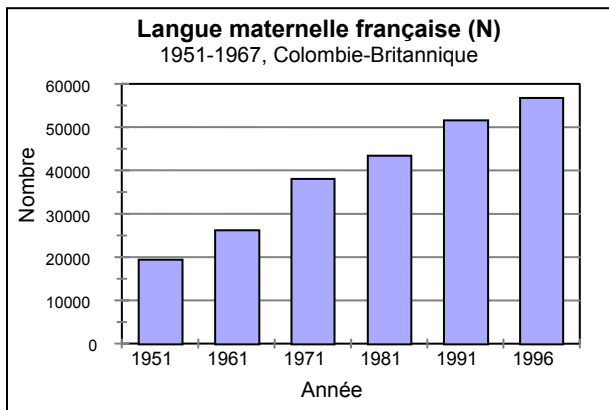
Ces francophones représentent 1,5 % de la population provinciale. On trouve une grande concentration de Franco-Colombiens, plus de

25 000, autour de l'agglomération urbaine de Vancouver. Un grand nombre se trouve aussi à Victoria. Le reste des francophones sont dispersés à travers le reste de la province sans concentration notable si ce n'est à Kelowna, Prince George, Nanaimo, Powell River et Kamloops. Les francophones de la Colombie-Britannique ne constituent nulle part un pourcentage important de la population.

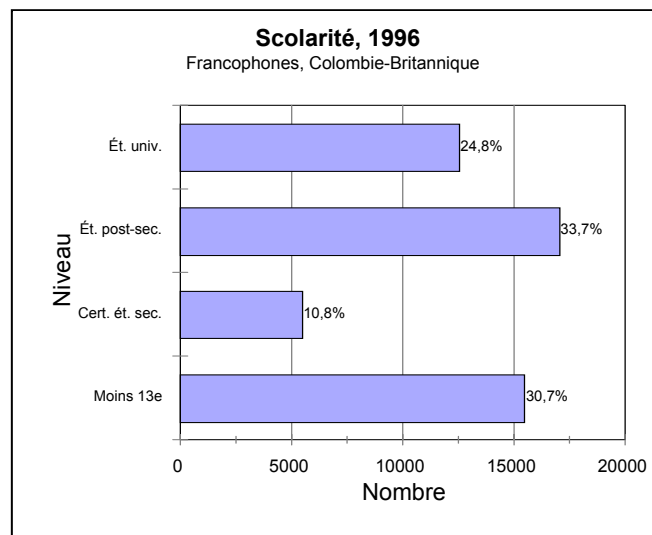
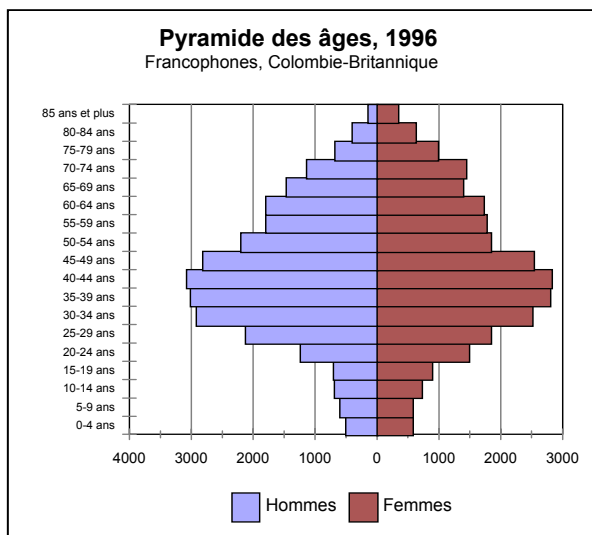
Population selon la langue maternelle Colombie-Britannique 1996

Français	56 755
Anglais	2 809 398
Langues non officielles	823 603
Total	3 689 756

La population de langue maternelle française connaît une croissance constante depuis 1951, passant de 20 000 à près de 60 000. Cependant, cette croissance ne se reflète pas dans les pourcentages qui se maintiennent entre 1,5 % et 1,7 % sur cette même période. C'est que la population de la Colombie-Britannique a connu un essor important, attirant des gens de toutes les provinces ainsi qu'un grand nombre d'immigrants.

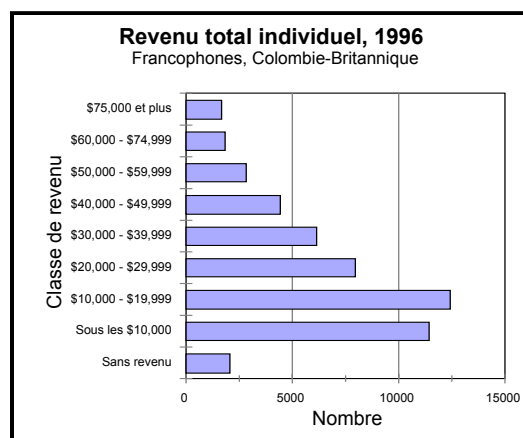
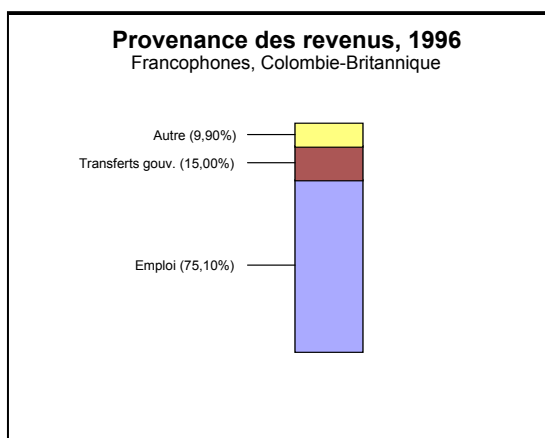


La communauté franco-colombienne est une population largement adulte, les enfants de moins de 15 ans ne constituant que 6,8 % alors que ces derniers comptent pour 19,9 % de la population de la Colombie-Britannique.



La francophonie franco-colombienne est plus scolarisée que la francophonie des autres provinces. En effet, les Franco-Colombiens qui n'ont pas terminé leur secondaire comptent pour 30,7 % de la population francophone, mais 58,5 % d'entre eux ont accédé à des études postsecondaires dont 24,8 % au niveau universitaire.

Les Franco-Colombiens sont peu actifs dans le secteur primaire. S'ils sont largement dispersés dans les autres secteurs, on les retrouve très nombreux dans le secteur des services publics, de l'éducation et de la santé (27,2 %), dans le commerce, les services aux entreprises, l'hôtellerie et la restauration. La plupart des membres de la communauté franco-colombienne (75,10 %) tirent leurs revenus de l'emploi et 15 % de la communauté tire ses revenus de transferts gouvernementaux, ce qui traduit une certaine autonomie des francophones par rapport à l'aide gouvernementale. Le revenu individuel moyen des francophones de la Colombie-Britannique est de 26 293 \$, ce qui est égal au revenu moyen de la population en général. Cependant, un francophone sur quatre a un revenu inférieur à 10 000 \$.



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DU YUKON

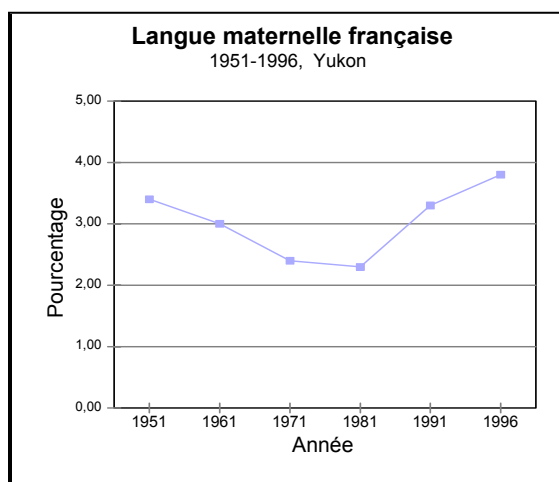
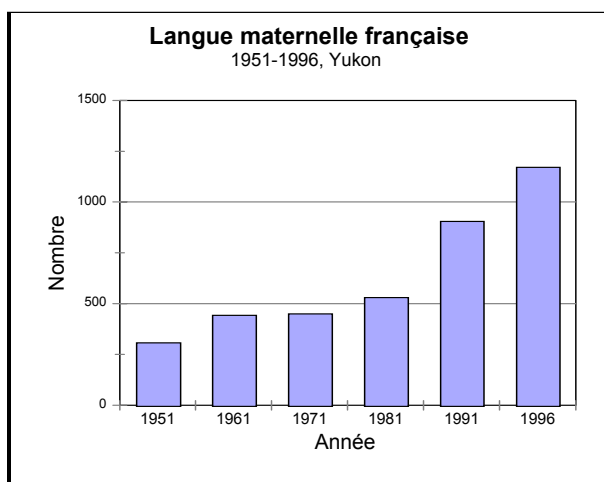
La communauté franco-yukonnaise compte 1170 personnes de langue maternelle française en 1996. Ces francophones représentent 3,8 % de la population du territoire du Yukon. C'est à Whitehorse qu'on en dénombre le plus (770), soit

68 % des Franco-Yukonnais. Les autres sont dispersés à Dawson (45), Faro (40) et dans les petites localités associées à l'exploitation minière. La francophonie yukonnaise ne constitue nulle part un pourcentage important de la population, même à Whitehorse où elle ne constitue que 4 % de la population.

S'ils sont peu élevés, les effectifs de langue maternelle française du Yukon ont plus que triplé entre 1951 et 1996 et ils ont connu une hausse constante tout au long de cette période. Leur proportion est loin d'avoir été constante sur cette même période. Leur poids relatif a diminué entre 1951 et 1971 pour connaître depuis un accroissement constant mais ne dépassant jamais le 3 %.

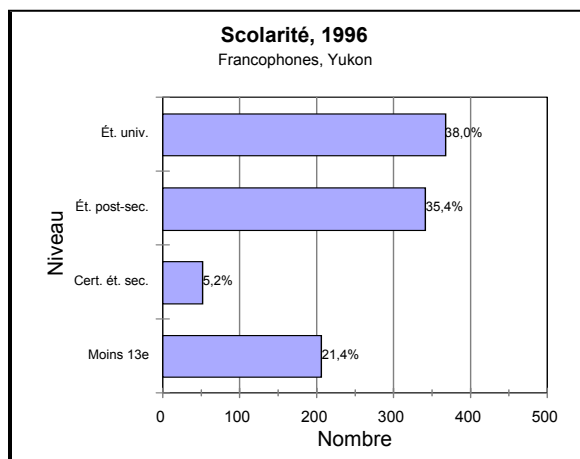
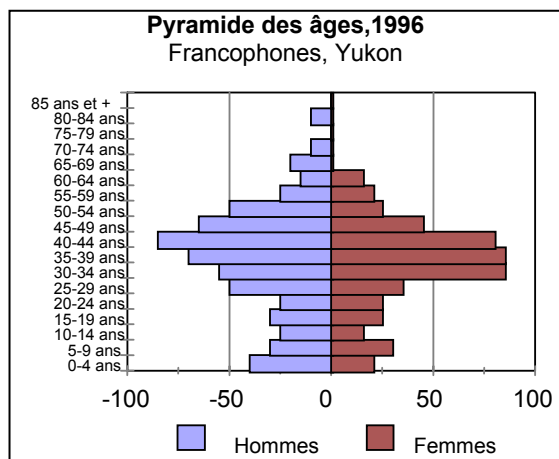
Population selon la langue maternelle Yukon, 1996

Français	1 170
Anglais	26 613
Langues non officielles	2 868
Total	30 651



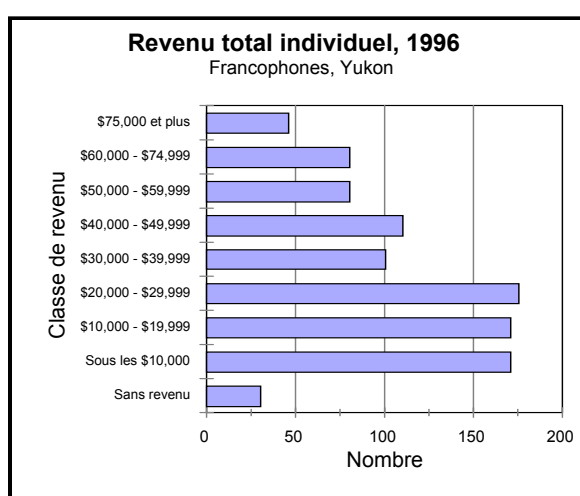
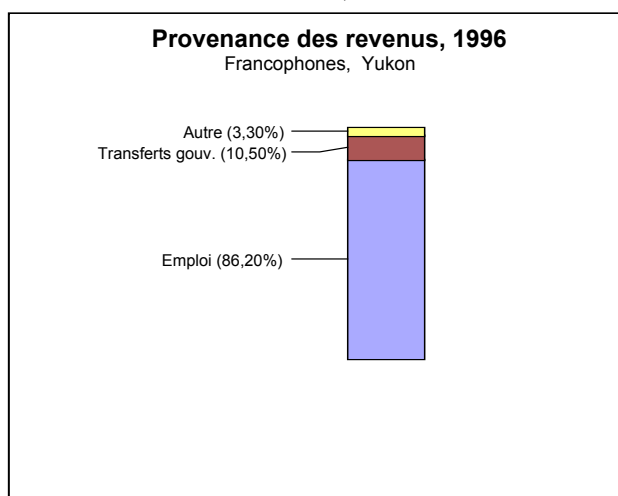
Ici aussi, la population francophone est largement adulte par rapport à la population totale même si le nombre d'enfants est plus élevé. Les enfants de moins de 15 ans constituent 14,1 % de la population francophone par rapport à 24,1 % pour la population en général. Par ailleurs, les personnes de plus de 64 ans sont peu nombreuses, reflétant l'économie particulière du Yukon,

dominée par l'exploitation des ressources. Les francophones du Yukon sont généralement nés ailleurs (81,33 %) et sont beaucoup en mouvement.



Le Yukon connaît le plus faible pourcentage de francophones n'ayant pas terminé leur secondaire (21,4 %). C'est donc une population très scolarisée puisque 73,4 % des Franco-Yukonnais ont obtenu une formation postsecondaire dont 38 % à l'université.

L'économie du Yukon dépend étroitement de l'exploitation des ressources naturelles mais les francophones s'y trouvent peu. C'est dans le secteur des services publics qu'on les retrouve massivement puisque l'administration publique, la santé et l'éducation comptent près de 50 % d'entre eux. Ils sont aussi concentrés dans le secteur de la construction (10 %) ainsi que dans le transport (6 %). La majorité des francophones du Yukon (86,20 %) tirent leurs revenus de l'emploi et seulement 10,50 % d'entre eux tirent leurs revenus de transferts gouvernementaux. Par contre, peu tirent leurs revenus d'autres sources (3,30 %). Le revenu moyen des Franco-Yukonnais est plus élevé que la moyenne territoriale, s'élevant à plus de 32 000 \$ par rapport à près de 30 000 \$ pour la population en général. Si un francophone sur quatre a des revenus inférieurs à 10 000 \$, plus du quart ont des revenus supérieurs à 40 000 \$.



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

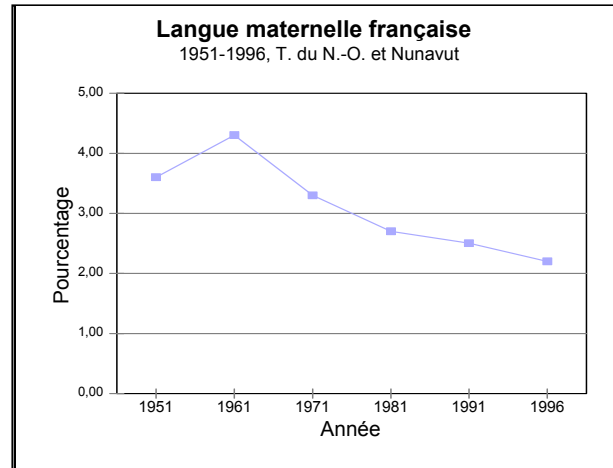
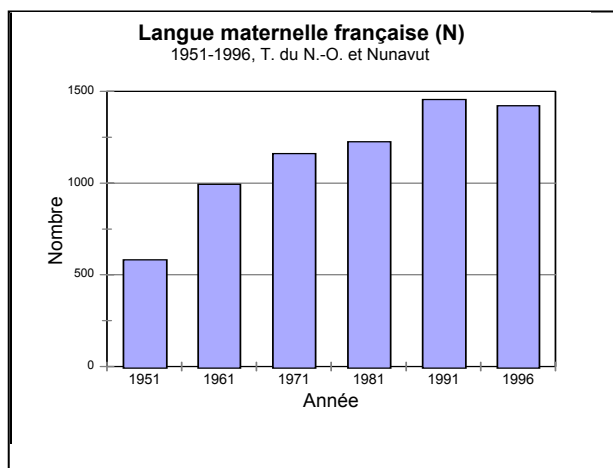
En 1996, on dénombrait 1010 personnes de langue maternelle française dans ce qui allait subsister des Territoires du Nord-Ouest après la création du Nunavut le 1^{er} avril 1999. Ces francophones représentent 2,5 % de la population totale des

Population selon la langue maternelle T.N.-O., 1996

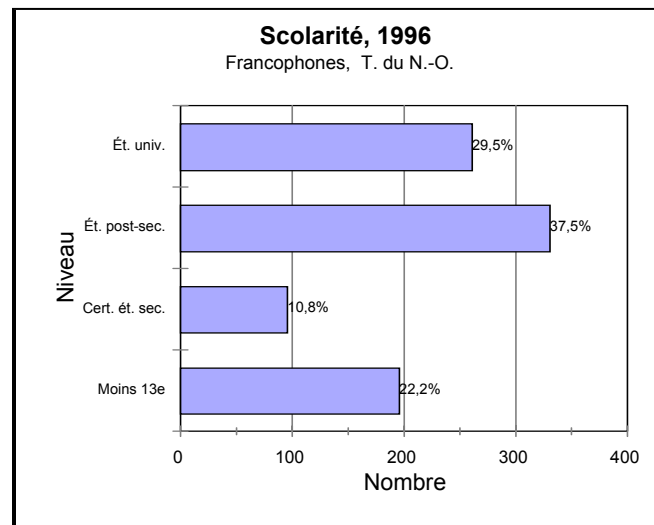
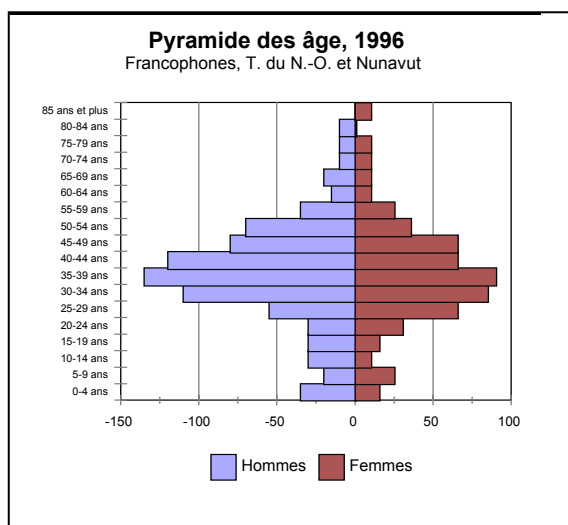
Français	1 010
Anglais	30 175
Langues non officielles	8 845
Total	40 030

deux divisions de recensement qui forment aujourd'hui les Territoires du Nord-Ouest. C'est la région de Yellowknife qui accueille le plus grand nombre de Franco-Ténois, soit 650 francophones. On en dénombre 85 à Hay River, 65 à Fort Smith, 45 à Inuvik et 30 à Norman Welles. Les autres sont dispersés dans les localités associées à l'exploitation minière et pétrolière de Fort Smith. La francophonie ténoise ne constitue nulle part un pourcentage important de la population, même à Yellowknife, où elle compte pour 3,8 % de la population totale.

Les effectifs de langue maternelle française des Territoires du Nord-Ouest ont presque triplé entre 1951 et 1996 pour se stabiliser depuis une dizaine d'années. Si leur proportion était à la hausse entre 1951 et 1961, elle n'a fait que baisser depuis, se situant juste au-dessus de 2 % en 1996.



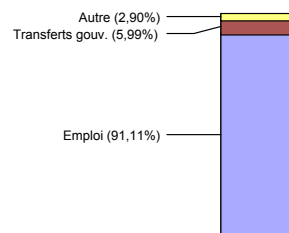
La population francophone des Territoires du Nord-Ouest est largement adulte. Les enfants de moins de 15 ans constituent 8,3 % de la population francophone alors que ce pourcentage se situe à 29 % pour la population du territoire. Cette distribution de la population reflète l'économie particulière de la région largement dominée par l'exploitation des ressources premières. Les francophones sont largement venus des provinces du Canada (84,21 %), attirés par l'emploi. Les personnes de plus de 64 ans ne constituent qu'une faible proportion de la population, chez les francophones, comme dans la population en général.



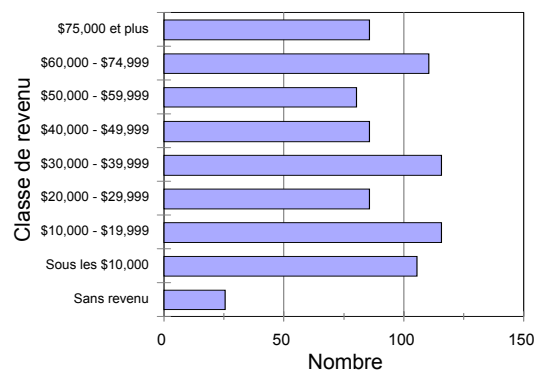
Les francophones du Territoire du Nord-Ouest sont très scolarisés, la plus grande partie d'entre eux ayant poursuivi des études postsecondaires (69 %), dont 29,5 % à l'université. Seulement 22,2 % n'ont pas complété leurs études secondaires.

Bien que l'économie des Territoires du Nord-Ouest soit étroitement dépendante de l'exploitation des ressources naturelles, peu de francophones se trouvent dans ce secteur d'emploi. Par contre, près de 40 % d'entre eux se retrouvent dans le secteur de l'administration publique, de l'éducation et de la santé. La construction et le transport en attirent plus de 15 %. La majorité des francophones (91,11 %) tirent leurs revenus de l'emploi et seulement 5,99 % sont dépendants de transferts gouvernementaux. Le revenu moyen des francophones de Fort Smith est de 41 315 \$, ce qui est nettement supérieur au revenu moyen de l'ensemble de la population qui se situe à 33 131 \$. Près du quart des francophones a des revenus supérieurs à 60 000 \$.

Provenance des revenus, 1996
Francophones, Fort Smith



Revenu total individuel, 1996
Francophones, T. du N.-O.



COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE DU NUNAVUT

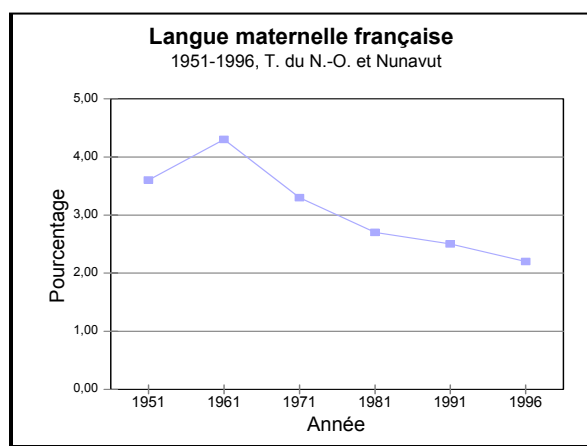
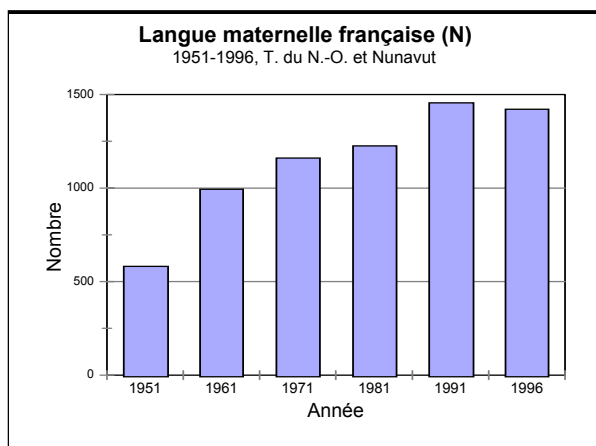
En 1996, on dénombrait 425 personnes de langue maternelle française dans ce qui allait devenir le Nunavut. Ces francophones représentent 1,7 % de la population totale des trois divisions de recensement qui forment le territoire créé le

Population selon la langue maternelle Nunavut, 1996

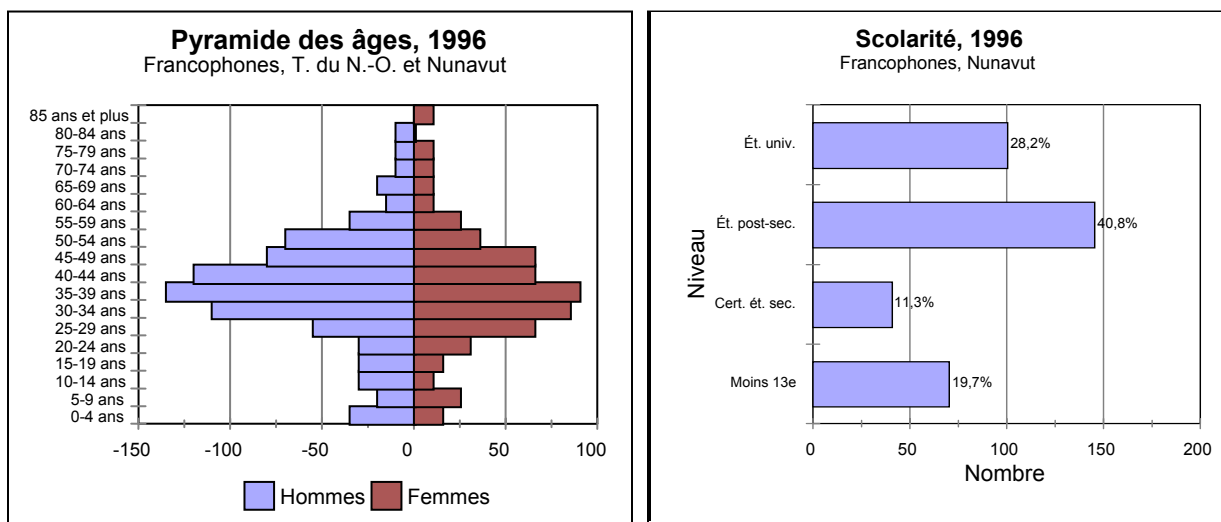
Français	425
Anglais	6 605
Langues non officielles	18 055
Total	25 085

1er avril 1999. La sous-division de recensement qui correspond à la ville d'Iqaluit en accueille de loin la plus forte concentration : plus de 250 francophones, soit près de 60 % des francophones du nouveau territoire. On en dénombre 35 à Ninasivik et 20 à Rankin Inlet. Les autres sont dispersés dans les plus gros hameaux de l'île de Baffin, des rives de la Baie d'Hudson et du Keewatin qui sont les principaux centres de services. La population francophone ne constitue nulle part une proportion importante de la population totale : 6 % à Iqaluit, 3 % dans la région de Baffin, moins de 1 % dans les autres régions.

Les effectifs de langue maternelle française ont presque triplé entre 1951 et 1996 dans le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest. La population francophone s'est stabilisée entre 1991 et 1996. Son pourcentage n'a cependant cessé de diminuer depuis 1961 parce que la croissance de la population totale a été plus grande que celui de la population francophone depuis 1961.

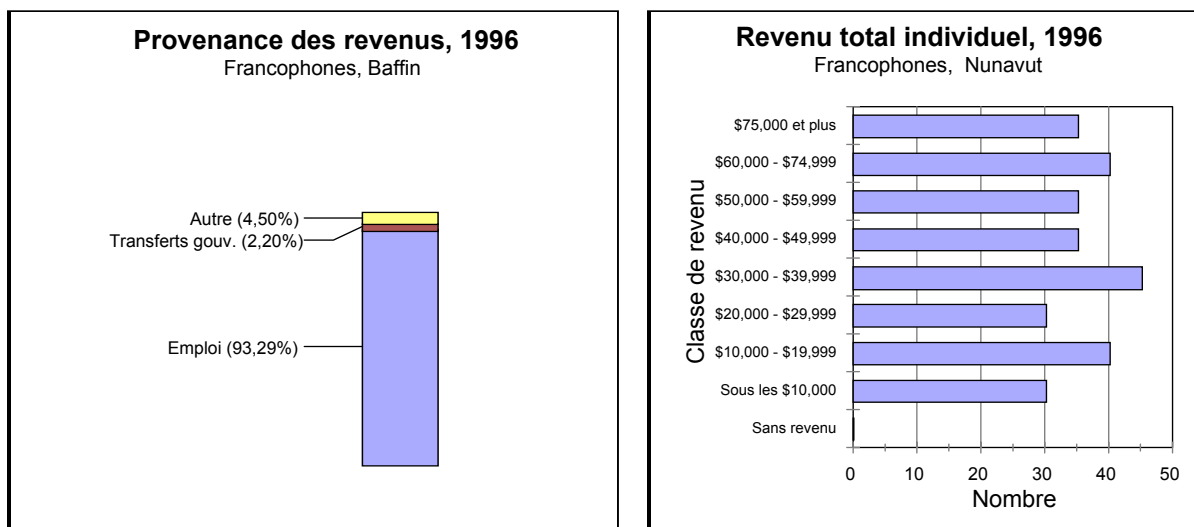


La population francophone du Nunavut est largement composée d'adultes. Les moins de 15 ans comptent pour 13,8 % de la population francophone alors qu'ils comptent pour 38,4 % de la population du territoire.



La francophonie du Nunavut est scolarisée puisque à peine 19,7 % de ses membres n'ont pas terminé leur secondaire et que 69 % ont fait des études postsecondaires, dont 28 2 % à l'université.

C'est dans le secteur des services que l'on retrouve la plupart des francophones du Nunavut. La plupart des francophones (93,29 %) tirent leurs revenus de l'emploi et peu vont chercher des transferts gouvernementaux (2,20 %). Le revenu moyen des francophones du Nunavut est élevé : 43,521 \$ pour les francophones de la région de Baffin alors que le revenu moyen supérieur pour l'ensemble de la population est inférieur à 30 000 \$. Plus du quart des francophones ont des revenus supérieurs à 60 000 \$.



Annexe D – L'importance de la langue

Obtenir des services de santé dans sa langue officielle au Canada n'est pas un souhait réservé à la communauté francophone. Une très vaste enquête-sondage, réalisée en l'an 2000 par l'Institut Missisquoi (44) avec l'aide du ministère du Patrimoine canadien, sur les communautés anglophones du Québec, nous fournit des données intéressantes en ce sens. Il en ressort que même si 70 % des anglophones confirment parler le français assez bien pour tenir une conversation, 86 % de l'ensemble des anglophones (qui dans les faits, reçoivent leurs services de santé en anglais,) jugent très important de recevoir ces services dans leur langue, contre seulement 12 % qui considèrent que le français serait acceptable pour ce faire. D'ailleurs, pour les anglophones, le sujet de préoccupation le plus important de leur collectivité est l'accès à des soins de santé et de services sociaux dans leur langue. En effet, 84 % des membres de cette communauté jugent cet enjeu très important ou extrêmement important.

Mais, l'importance accordée à cette question de la langue de communication est-elle confirmée par des études et recherches ? Oui.

La littérature scientifique des dix dernières années fait clairement ressortir que les barrières linguistiques influencent, d'une part, l'accessibilité aux services de santé (3-72-76) et, d'autre part, la qualité des services du moins tels que reçus par l'usager, sa capacité de comprendre, d'être compris, d'observance des conseils ou recommandations et les modalités de suivi clinique entraînant même une augmentation des coûts du système de santé. (2-6-27-55-72-76)

La question de l'accessibilité aux soins et aux services de santé et celle de la qualité des services en relation avec des barrières linguistiques ont surtout été abordées dans le cadre d'études portant sur l'utilisation des services de santé par différentes clientèles issues des minorités ethnoculturelles. Ces études ont surtout consisté en des enquêtes sur la satisfaction et l'utilisation des services de santé par des clientèles multiethniques où les usagers éprouvent des difficultés à s'exprimer en anglais. Elles ont, pour la plupart, été réalisées aux États-Unis auprès de la communauté hispanophone, qui regroupe plus de 30 000 000 personnes.

Certains chercheurs ont étudié les barrières linguistiques dans le cadre d'une distance culturelle. La barrière de la langue est alors considérée comme

faisant partie d'un ensemble de facteurs tels que les valeurs culturelles, l'adaptation au système de santé, la discrimination, facteurs qui interviennent dans un contexte de soins où il y a présence d'interculturalité entre les intervenants et les usagers (11-46). Selon certains, les principales barrières à l'accès aux services de santé seraient les compétences langagières, la méconnaissance des services offerts, la conception différente de la santé, les interdits culturels et la stigmatisation sociale (45).

Différents rapports, toujours publiés aux États-Unis, suggèrent que les barrières de la langue et les différences culturelles jouent un rôle primordial dans la sous-utilisation des services de santé par certains groupes de la société américaine (69). Par exemple, une étude réalisée aux États-Unis montre une sous-utilisation des services préventifs et une sur-utilisation de l'urgence hospitalière par des mères d'origine mexicaine ou sud-américaine (80); 60 % des ces mères rapportent la difficulté de s'exprimer en anglais comme une barrière importante dans l'accès aux services de santé. Une autre étude rapporte que les mères d'enfants asthmatiques identifient les barrières linguistiques comme étant la cause majeure de leur incapacité à assurer un suivi compétent de la maladie de leurs enfants (54).

D'autres auteurs américains ont regardé de plus près la relation entre la compréhension de l'anglais et l'utilisation de l'urgence pédiatrique (41). Woloshin formule l'hypothèse que l'augmentation des tests d'investigation résulte de l'incertitude entourant l'anamnèse (histoire de cas) due à ces barrières linguistiques (79). D'autres auteurs ont mis en évidence les difficultés langagières et la distance culturelle résultant en une sous-utilisation des services de santé par les personnes âgées d'origine asiatique (17). Une autre étude, réalisée cette fois en Angleterre, indique aussi une sous-utilisation des services de santé par les immigrants d'origine chinoise qui rapportent eux aussi comme l'une des principales barrières les difficultés de communication liées à la mauvaise maîtrise de l'anglais (76).

Plusieurs études américaines ont également montré une relation entre l'appartenance ethnoculturelle et la quantité et la qualité des services qui sont prodigués par les professionnels (59-61-73), ainsi que la fidélité aux traitements recommandés (7-29-35-40-49-75). Ces relations persisteraient même après un ajustement pour un ensemble de facteurs, dont le revenu, l'éducation, le niveau de maladie, l'âge et le sexe. À ce propos, une étude d'envergure portant sur l'auto-surveillance des taux de sucres sanguins chez les diabétiques a révélé une différence marquée entre ceux comprenant

l'anglais et ceux qui en avaient une compréhension limitée, et ce, malgré un accès égal aux soins (47).

Par ailleurs, ceux qui éprouvent des barrières linguistiques sont moins sujets à utiliser les services préventifs et de première ligne et se présentent plus souvent aux salles d'urgence (2-37-55-76). Chez les femmes mexico-américaines, on a observé des taux d'utilisation de mammographie, de *pap test* et d'autres services préventifs moindres lorsque leur connaissance de l'anglais était limitée (36).

Une étude réalisée auprès de 22 448 Ontariennes a démontré que les femmes dont la langue d'usage n'était pas l'anglais furent moins desservies en termes de services de santé préventifs (78). En outre, après ajustement, et comparativement aux anglophones, les femmes francophones recevaient moins de services, tels que les examens des seins et les mammographies. "Our data suggest that those who live in developed English-speaking countries and who speak a language other than English at home may not receive the same level of care as persons speaking English" affirment les auteurs de l'étude (78 – p. 476). Cette étude vient appuyer ce qui a été démontré par différents auteurs qui se sont penchés sur cette question, c'est-à-dire que les barrières de la langue pour ceux qui ne maîtrisent pas l'anglais peuvent avoir pour conséquence de diminuer l'accessibilité à des services d'ordre préventif (79).

D'autres chercheurs ont posé l'enjeu des barrières de langue dans une perspective qui met plutôt en lien les difficultés de langage dans le contexte particulier d'intervention auprès de groupes socialement vulnérables, tels que les personnes âgées ou les femmes violentées ou auprès des personnes dont les problèmes de santé exigent des interventions plus complexes telles que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de maladies chroniques. « Il peut s'avérer difficile ou impossible pour des utilisateurs de services de santé de faire part de leurs émotions et de leurs besoins dans une autre langue, particulièrement dans le cas de jeunes enfants, de personnes âgées et de personnes ayant besoin de services en santé mentale. Il peut s'avérer tout aussi difficile pour l'intervenant de soins d'offrir du counselling, des explications et des recommandations en vue d'améliorer la santé d'une personne qui ne comprend pas la langue qu'il parle (32). »

Il a été démontré qu'en matière de soins psychiatriques, les barrières linguistiques sont associées avec non seulement des difficultés à poser le bon diagnostic, mais également des probabilités plus élevées de fausser ces

derniers et les traitements conséquents (8). Les barrières dans la communication médecin-patient peuvent également poser des problèmes éthiques considérables, surtout lorsque des difficultés d'ordre psychologique interviennent dans la relation clinique (79). Une étude américaine a révélé que les patients éprouvant des problèmes d'ordre linguistique sont plus susceptibles de recevoir des soins palliatifs sous-optimaux (19).

Le recours aux interprètes professionnels ou aux interprètes issus de la communauté est une stratégie de plus en plus employée et peut constituer une solution envisageable puisqu'elle semble contribuer à la réussite des interventions en matière de soins (42). Cependant, lorsque les interventions comportent la transmission d'informations personnelles et confidentielles, le respect de la confidentialité et l'établissement du lien de confiance avec l'utilisateur de service deviennent plus difficiles en présence d'interprète (32-79).

Diverses études ont analysé l'impact d'une bonne communication intervenant-usager. En effet, il a été démontré que la fidélité au traitement est plus élevée lorsque l'utilisateur de service comprend clairement les directives de l'intervenant (29). Aussi, la barrière de la langue semble également influencer la satisfaction de l'utilisateur de service, cette dernière étant renforcée lorsque l'utilisateur de service peut communiquer directement ou indirectement, à l'aide d'un interprète, avec l'intervenant (5). Une étude réalisée au Québec portant sur la communication entre intervenants et usagers d'origine multiculturelle dans le cadre de soins de première ligne a révélé que même lorsque les intervenants sont bilingues, c'est-à-dire capables de s'exprimer à la fois en français et en anglais lors de leurs interventions, des difficultés reliées aux barrières linguistiques prévalent, et ce, dans tous les types d'intervention médicale et psychosociale (57). Par exemple, des entrevues de groupes réalisées auprès de membres de la communauté chinoise dans le cadre de la vaste enquête Santé-Québec révèlent une sous-utilisation des services préventifs ainsi qu'une préférence pour des médecins connaissant bien la langue et la culture chinoise : « Lorsqu'on est malade, comment peut-on avoir l'énergie et la patience de se concentrer pour comprendre le médecin s'il ne parle pas notre langue ? » (22)

Dans l'ensemble, les écrits recensés dans la littérature scientifique permettent de conclure que la barrière de la langue :

1. Diminuerait la probabilité que les gens recourent à des services de santé pour des motifs d'ordre préventif.

2. Influencerait peu la probabilité de recours aux services de santé pour des motifs curatifs lors de problèmes de santé aigus, mais augmenterait la durée du temps de consultation et la probabilité de recours à des tests diagnostiques, voire la probabilité d'errer dans les diagnostics et les traitements.
3. Influencerait davantage la qualité du service lorsqu'une bonne communication est essentielle (par exemple, les services de santé mentale).
4. Diminuerait la probabilité de fidélité aux traitements.
5. Aurait pour effet de réduire la satisfaction à l'égard des soins des services reçus par les utilisateurs de service;

et également, le recours aux interprètes serait utile, mais avec des limites importantes.

Annexe E – Les guides d’entrevue et de collecte

GRILLE D’ENTREVUE AVEC LES INTERVENANTS RÉGIONAUX

La Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) du Canada a entrepris un chantier important afin d’accroître l’accès aux services de santé en français. La FCFA procède actuellement à l’identification de diverses avenues de solutions et entend les présenter rapidement au comité consultatif mis sur pied par Santé Canada. Ce comité a été formé pour aviser le ministre sur les services de santé en français en milieu minoritaire. Le présent document constitue le guide d’entrevue développé à l’attention des intervenants régionaux. Il couvre les aspects clés de l’initiative entreprise. Nous vous invitons à en prendre connaissance avant la rencontre ou l’entretien avec le consultant. Nous vous remercions d’avance pour le temps que vous consacrerez à ce dossier stratégique et prioritaire pour la FCFA.

A – CONTEXTE ET SITUATION

- 1. Quelle importance accorde-t-on, selon vous, à l’accessibilité aux services de santé en français ?**

Importance accordée par la communauté

Importance accordée par les représentants politiques (régionaux, provinciaux, fédéraux)

2. Comment évaluez-vous, dans votre région, la situation quant à l'accès aux services de santé en français ?

3. Comment la situation en matière d'accès aux services de santé en français a-t-elle évoluée depuis cinq (5) ans selon vous ?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. Beaucoup mieux | ☐ |
| 2. Mieux | ☐ |
| 3. Stable | ☐ |
| 4. Pire | ☐ |
| 5. Bien pire | ☐ |

Pourquoi ?

4. Quelles sont, dans votre région, les expériences intéressantes ou encourageantes en matière d'accès aux services de santé en français ?

[illegible]

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|
| 1. Ressources humaines | ☐ | <i>Pourquoi ?</i> |
| 2. Ressources financières | ☐ | |
| 3. Ressources matérielles | ☐ | |
| 4. Volonté politique | ☐ | |
| 5. Structure inadéquate | ☐ | |
| 6. Autres (spécifiez) | ☐ | |

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

- Soins primaires du type services communautaires, services à domicile, dispensaire, clinique médicale, ... (propositions et conditions) ?**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

- 8. Y a-t-il des initiatives que vous ne croyez pas possibles ou pas utiles dans votre région mais qui seraient pertinentes ou souhaitables dans d'autres communautés francophones ?**

Des communautés plus petites ou moins denses ?

Des communautés similaires ?

Des communautés plus grandes ou plus denses ?

9. Comment réagissez-vous, plus spécifiquement à la mise en place des initiatives suivantes ?

Un plus grand effort sur des campagnes nationales ou provinciales en français de prévention/ promotion de la santé ? (opinion et conditions de succès)

La mise sur pied d'un centre d'appel en français pour le référencement et le conseil ? (opinion et conditions de succès)

La production d'une base d'information en français pour divers protocoles de soins ou d'effets secondaires, base distribuée aux institutions ou diffusée sur le WEB ? (opinion et conditions de succès)

La mise sur pied de programmes de bourse/stage d'étude/perfectionnement destinés aux professionnels de la santé acceptant de revenir travailler en milieu francophone ? (opinion et conditions de succès)

La création de réseaux formels ou de jumelage pour éviter l'isolement des professionnels de la santé en milieu francophone ? (opinion et conditions de succès)

Des ententes de transferts de patients entre institutions ? (opinion et conditions de succès)

Le développement d'outils de télémédecine pour appuyer et étendre les activités des professionnels localisés en milieu francophone ? (opinion et conditions de succès)

C – PRIORITÉS ET BESOINS

10. En tenant compte de l'ensemble de notre discussion, quelles devraient être, selon vous, les initiatives prioritaires ?

Au niveau local ?

Au niveau régional ?

Au niveau provincial ?

Au niveau national ?

- 11. Quelles devraient être, selon vous, les priorités d'action entre les soins primaires, les soins hospitaliers généraux, les soins hospitaliers spécialisés et les soins hospitaliers ultra-spécialisés ?**

- 12. Selon vous, quelle est la meilleure stratégie de réalisation à poursuivre? La séquence des initiatives? Les responsabilités des divers intervenants incluant le financement? Le rôle de la communauté ?**

La meilleure stratégie à poursuivre ?

La séquence des initiatives ? L'ordre d'implantation des mesures ? Par quoi commencer ?

Les responsabilités des divers intervenants ?

La responsabilité de la communauté ?

Le financement de la stratégie ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

GRILLE DE COLLECTE DES DONNÉES

La Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) du Canada a entrepris un chantier important afin d'accroître l'accès aux services de santé en français. La FCFA procède actuellement à l'identification de diverses avenues de solutions et entend les présenter rapidement au comité consultatif mis sur pied par Santé Canada. Ce comité a été formé pour aviser le ministre sur les services de santé en français en milieu minoritaire.

Pour appuyer les initiatives qui seront proposées, la FCFA cherche à dresser un bref portrait de la situation actuelle. Cet exercice s'avère nécessaire si l'on désire avoir une image commune, comparable et assez complète de la situation vécue en 2000 par les communautés francophones et acadiennes.

Le présent document constitue le guide de collecte des données sur l'état de la situation. La grille soumise cherche à faire un inventaire des points d'accès en santé. On y retrouve successivement les points d'accès suivants :

- (i) **le cabinet médical ou la clinique;**
- (ii) **le centre de santé communautaire;**
- (iii) **le centre hospitalier ou hôpital;**
- (iv) **les autres institutions de soins;**
- (v) **les organismes communautaires;**
- (vi) **les centres d'appel téléphonique.**

Pour chacun des points de service, l'accès en français est qualifié et comparé à l'accès en anglais. Les services de santé analysés couvrent autant :

- (i) **la santé physique;**
- (ii) **la santé publique;**
- (iii) **la santé mentale.**

Nous vous invitons à compléter ce questionnaire le plus rapidement possible et nous vous remercions d'avance pour le temps que vous consacrerez à ce dossier stratégique et prioritaire pour la FCFA.

Clinique médicale

Province : _____ Région : _____ Sous-région : _____ Répondant : _____
Votre communauté a-t-elle accès en français à des : _____

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services médicaux offerts en cabinet privé ou en clinique médicale	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐	
Services offerts en cabinet : • Services généraux sur rendez-vous • Clinique sans rendez-vous • Chirurgie mineure • Services de laboratoire • Service de radiologie • Vaccination et autres injections • Visites médicales à domicile	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE, EXPLIQUEZ? (par exemple, seulement le jour, en fonction des médecins présents...) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Centre de santé communautaire

Province: Région: Sous-région :

Répondant:

Votre communauté a-t-elle accès en français à des :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	EN Fran.
Services de soins primaires offerts en centre de santé communautaire (incluant ou non des services médicaux)	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐	
Services offerts en centre de santé communautaire	☐	☐	☐	☐	☐	SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE, EXPLIQUEZ?	
• Examens et tests diagnostiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
• Services de laboratoire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
• Soins de plaies, pansements	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
• Programmes spécifiques reliés à divers problèmes (diabète, respiratoire...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
• Vaccination et autres injections	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Programmes de santé publique	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
• Dépistage préscolaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
• Santé scolaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
• Santé au travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Centre de santé communautaire (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à des :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ?
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	
Services de planification des naissances:						
• Éducation et contraception	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Avortement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services pré et post natus	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services pour les enfants :						
• 0 à 5 ans	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• 6 à 11 ans	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• 12 à 18 ans	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Services de base en santé mentale (offerts par des psychologues, travailleurs sociaux...) :						
• Accueil, évaluation, orientation, dépistage et intervention auprès des individus et groupes à risques	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Intervention en situation de crise émotionnelle et d'urgence sociale	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Éducation à la santé et au bien-être (tabac, nutrition, stress...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autres services :						
• Physiothérapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Orthophonie	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hôpital

Province : _____ Région : _____ Sous-région : _____ Répondant : _____

Votre communauté a-t-elle accès en français à des :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services offerts en milieu hospitalier (hôpital)	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐	☐
						1 à 3 heures : ☐	☐
						3 heures et plus : ☐	☐
Services à l'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	Si PARTIELLEMENT ACCESSIBLE, EXPLIQUEZ?	
• Médecin	☐	☐	☐	☐	☐		
• Équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐		
Services et soins en cliniques externes	☐	☐	☐	☐	☐		
• Médecin	☐	☐	☐	☐	☐		
• Équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐		
Services d'obstétrique	☐	☐	☐	☐	☐		
• Médecin	☐	☐	☐	☐	☐		
• Sage-femme	☐	☐	☐	☐	☐		
• Équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐		
Services pédiatriques	☐	☐	☐	☐	☐		
• Médecin	☐	☐	☐	☐	☐		
• Équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐		

Hôpital (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à des :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ?
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	
Services de médecine	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
• Médecin						
• Équipe soignante						
Services en chirurgie	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
• Médecin						
• Équipe soignante						
Services psychiatriques	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
• Médecin						
• Équipe soignante						
Soins palliatifs	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
• Médecin						
• Équipe soignante						
Centres de cancérologie	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	
• Médecin						
• Équipe soignante						
Centre de dialyse	☐	☐	☐	☐	☐	
Services de réadaptation	☐	☐	☐	☐	☐	

Hôpital (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à des :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ?
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	
Service d'admission des patients	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Disponibilité de services de traduction/interprète	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Documentation spécifique destinée aux patients du centre hospitalier	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Autres (spécifiez) _____ _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐	_____

Autres institutions de soins

Province :

Région :

Sous-région :

Répondant :

Votre communauté a-t-elle accès en français à ce service :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services offerts en résidence pour personnes âgées	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐	
- Médecin - Équipe soignante	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ? _____ _____	

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services offerts en centre ou hôpital de longue durée	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐	
- Médecin - Équipe soignante	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ? _____ _____	

Autres institutions de soins (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à ce service :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services offerts en centre de convalescence	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : 1 à 3 heures : 3 heures et plus :	☐ ☐ ☐
- Médecin - Équipe soignante	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ? 	

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services destinés aux personnes âgées offerts sur une base ambulatoire (soit en hôpital de jour ou en centre de jour)	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : 1 à 3 heures : 3 heures et plus :	☐ ☐ ☐
- Équipe thérapeutique - Équipe soignante	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ? 	

Autres institutions de soins (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à ce service :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services offerts en centre de réadaptation pour déficience physique	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐
						1 à 3 heures :	☐
						3 heures et plus :	☐
Services offerts en centre de réadaptation pour déficience intellectuelle	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐
						1 à 3 heures :	☐
						3 heures et plus :	☐

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services de réadaptation pour alcooliques	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐
						1 à 3 heures :	☐
						3 heures et plus :	☐
Services de réadaptation pour toxicomanes	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐
						1 à 3 heures :	☐
						3 heures et plus :	☐

Autres institutions de soins (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à ce service :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :		
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.	
Hôpital psychiatrique d'hospitalisation à long terme	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐	☐	☐
						1 à 3 heures : ☐	☐	☐
						3 heures et plus : ☐	☐	☐
- Médecin - Équipe soignante	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	SI PARTIELLEMENT ACCESSIBLE EXPLIQUEZ ? 		

Organismes communautaires

Votre communauté a-t-elle accès en français à des organismes communautaires :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	
Ouvrant auprès des familles (entraide, aide alimentaire, services de répit, accompagnement, médiation, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	
Ouvrant auprès de la petite enfance (stimulation précocce, service post- natal, joujouthèque...)	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐

Organismes communautaires (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à des organismes communautaires :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Ouvrant auprès des jeunes (maison de jeunes, travail de rue, ateliers, soutien, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐	

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Ouvrant auprès personnes âgées (aide alimentaire, accompagnement, soutien aux aidants naturels, visite d'amitié, loisirs, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure : ☐ 1 à 3 heures : ☐ 3 heures et plus : ☐	

Organismes communautaires (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à des organismes communautaires :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Ouvrant dans le domaine de la santé mentale (thérapies alternatives, centres de prévention de suicide, défense des droits, accompagnement, soutien, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐
						1 à 3 heures :	☐
						3 heures et plus :	☐

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :	
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)	En Ang.	En Fran.
Services d'hébergement pour :	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐
➤ Situation de crise						1 à 3 heures :	☐
						3 heures et plus :	☐

Organismes communautaires (suite)

Votre communauté a-t-elle accès en français à des organismes communautaires :

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS			SI DISPONIBLE L'ACCESSIBILITÉ SE SITUE À :		
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)		En Ang.	En Fran.
Services d'hébergement pour :								
➤ Violence familiale	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐	☐
						1 à 3 heures :	☐	☐
						3 heures et plus :	☐	☐
➤ Sans abris	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐	☐
						1 à 3 heures :	☐	☐
						3 heures et plus :	☐	☐
➤ Autres (spécifiez) _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐	À l'intérieur d'une heure :	☐	☐
						1 à 3 heures :	☐	☐
						3 heures et plus :	☐	☐

Centre d'appel

Province : _____ Région : _____ Sous-région : _____ Répondant : _____
 Votre communauté a-t-elle accès en français à ce service : _____

	SERVICE INEXISTANT DANS MA RÉGION	DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT	ACCESSIBILITÉ EN FRANÇAIS		
			RAREMENT (dans 10 % à 30 % des situations)	PARTIELLEMENT (dans 30 % à 90 % des situations)	TOTALEMENT (dans plus de 90 % des situations)
Service d'appel d'urgence (# 911)	☐	☐	☐	☐	☐
Centre d'appel de santé (pas le # 911) dont la fonction consiste à recevoir des demandes de renseignements ou de services, d'évaluer et de déterminer le degré d'urgence, de conseiller et d'orienter vers les services de santé les plus pertinents	☐	☐	☐	☐	☐
Centre d'appel pour détresse (suicide, violence conjugale, détresse psychologique...)	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe F – La distribution des régions retenues

TERRE-NEUVE ET LABRADOR	▪ St-John's (incluant péninsule Avalon) ▪ Côte Ouest ▪ Labrador
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	▪ Queen's ▪ Prince Ouest ▪ Prince Est
NOUVELLE-ÉCOSSE	▪ Clare ▪ Argyle ▪ Vallée Annapolis ▪ Sydney ▪ Pomuet ▪ Halifax/Dartmouth ▪ Chéticamp ▪ Ile Madame
NOUVEAU-BRUNSWICK	▪ Beauséjour ▪ Saint-John ▪ Frédéricton ▪ Nord-Ouest ▪ Restigouche ▪ Nord-Est ▪ Miramichi
ONTARIO (89 %)	▪ Prescott/Russell ▪ Stormont/Dundas/Glengary ▪ Ottawa – Carleton ▪ Renfrew ▪ Toronto ▪ Hamilton/Wentworth ▪ Niagara ▪ Peel ▪ Simcoe ▪ Middlesex ▪ Essex/Kent ▪ Cochrane (Hearst/Kapuskasing) ▪ Cochrane (Timmins) ▪ Nipissing/Temiskaming ▪ Sudbury ▪ Algoma ▪ Thunder Bay ▪ Reste de la province*

MANITOBA	▪ Winnipeg ▪ Sud-Est ▪ Centrale ▪ Entre-les-Lacs ▪ Parkland ▪ Marquette ▪ Nord-Est
SASKATCHEWAN (78 %)	▪ Regina ▪ Saskatoon ▪ South Central ▪ Moose Mountain ▪ Parkland ▪ North East ▪ North Battleford ▪ Gabriel Springs ▪ Prince Albert ▪ Reste de la province*
ALBERTA (82 %)	▪ Capital ▪ Calgary ▪ Lakeland ▪ Peace River ▪ Mistahia ▪ Reste de la province*
COLOMBIE-BRITANNIQUE (67 %)	▪ Capital ▪ Vancouver ▪ Burnaby ▪ South Fraser ▪ Richmond ▪ South Okanagan ▪ Northern Interior ▪ Central Vancouver ▪ Coast Garibaldi ▪ Thompson ▪ Reste de la province*
YUKON (71 %)	▪ Whitehorse ▪ Reste du territoire*
NUNAVUT (76 %)	▪ Iqaluit ▪ Reste du territoire*

(%) : pourcentage des francophones localisés dans les régions analysées.

* : Région non analysée dans le cadre de l'étude terrain.