



Association of Ontario Health Centres
Community-governed primary health care

Association des centres de santé de l'Ontario
Soins de santé primaires gérés par la communauté

Réponse des centres de santé francophones de l'Ontario au document de discussion « Priorité aux patients »

février 2016

Sommaire exécutif

Ce document présente la réponse des centres de santé communautaires (CSCs) francophones de l'Ontario suite au lancement du document de discussion « Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario » par le Ministère de la Santé et de soins de longue durée (MSSLD) en décembre 2015.

Structurée selon les volets identifiés par le MSSLD, la réponse mobilise une série d'enjeux et de recommandations pour une transformation du système qui soit basée non seulement sur des principes d'équité en santé, axée sur les besoins de la population et centrée sur le client, mais aussi sur la question de risques et sécurité à ne pas offrir des services en français. Pour cette raison, le ministère devra mettre en place des stratégies afin de mieux renseigner les intervenants à prendre conscience des risques associés à la langue.

Cette vision complète la voie déjà tracée par l'Assemblée de la Francophonie de l'Ontario concernant la nomination d'un sous-ministre adjoint responsable pour les Affaires francophones au sein du MSSLD où ce dernier joue un rôle fondamental d'intendance.

Il est important pour le ministre et le ministère de la Santé de comprendre qu'il existe beaucoup de méfiance envers le cadre législatif qui devrait assurer la prestation des services en français, incluant des services de santé, en Ontario. L'année 2016 marque le 30^e anniversaire de la « *Loi sur les services en français* ». Autrement dit, les trois dernières décennies ont témoigné l'existence d'une loi qui aurait dû encadrer le travail des ministères et des organismes gouvernementaux à ce qu'ils offrent des services en français (SEF). À cette loi, plusieurs autres lois ont été modifiées et des règlements se sont ajoutés au fil des années. Reste que la population francophone doit encore trop souvent revendiquer pour ses services à cause de nuances ou de généralités dans le cadre législatif qui ne favorisent en rien le développement des SEF.

Les Entités de planification pour les soins de santé en français devraient être interpellées à jouer un plus grand rôle dans la planification des services axés sur les besoins de la population francophone. Afin d'assurer l'efficacité des Entités de planification, elles doivent être appuyées par un cadre législatif clair et précis reconnu par le MSSLD et les Réseaux Locaux d'Intégration des services de santé (RLISS), ainsi que par les ressources nécessaires permettant d'accomplir leur mandat.

Dans tous les aspects de son développement, la communauté francophone a toujours été mieux servie par des institutions qui reflétaient la réalité de cette communauté, que ce soit en éducation avec des écoles et des conseils homogènes de langue française, en santé avec l'Hôpital Montfort ou encore avec des centres de santé travaillant uniquement en français. Le MSSLD a informé que la transformation ne mènerait pas à la création de nouvelles agences. Ceci dit, cette transformation pourrait de même s'annoncer comme une opportunité importante pour développer des équipes interprofessionnelles francophones, d'une part, à l'intérieur des CSCs (par des points de services satellites, permanents ou itinérants comme

alternative moins coûteuse et plus flexible que la création de nouvelles agences) et, d'autre part, à des équipes de santé familiale communautaire (ESFCs) qui ne possèdent pas encore la possibilité de desservir la population francophone de leur région. Chose certaine, l'accès aux services en français doit faire preuve d'une compréhension nuancée des besoins et des réalités de cette communauté.

Il importe que pour réussir cette transformation, une stratégie sur les ressources humaines en français soit développée. Ainsi, en élaborant une stratégie sur les ressources humaines, une attention particulière devrait être accordée au modèle des CSCs, qui, sans cette stratégie, manquent de compétitivité par rapport aux hôpitaux ou à d'autres modèles bénéficiant des ressources nécessaires pour la rétention et le recrutement du personnel. Avec une meilleure stratégie de ressources humaines en français, les régions rurales, ainsi que les CSCs, seraient capables d'attirer les intervenants là où le besoin existe.

La transformation qui s'annonce suite à la parution du rapport « Priorité aux Patients » doit aussi donner lieu à un cadre d'imputabilité et de reddition de compte vis-à-vis les services en français. Fini les jours où les RLISS exécuteront des contrats de services pour des soins domiciliés sans avoir fait place aux besoins de la communauté francophone. Puisque les RLISS sont et resteront imputables pour les services en français, le ministère devra assurer leur imputabilité de façon claire et précise pour l'avenir des services de santé à la population francophone.

Introduction

Suite au lancement du document de discussion « Priorité aux patients » en décembre 2015 par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), le Regroupement des centres de santé communautaires (CSCs) francophones en Ontario a eu des discussions avec la participation des Entités de planification et des Réseaux des services de santé de l'Ontario, le Regroupement des intervenants et intervenantes francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO) et de l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario (l'Assemblée). Ces dialogues ont poursuivi un double objectif :

- De réfléchir aux énoncés formulés par le MSSLD dans sa nouvelle vision pour « améliorer l'équité en termes de santé et réduire les disparités sanitaires » (Priorité aux patients, p. 12) et de réduire les « inégalités » en ce qui a trait aux « services de soins de santé fragmentés » (p. 2). Cet exercice a mené à l'identification d'une série de lacunes dans le document de discussion pour lesquelles nous proposons des solutions;
- D'esquisser la vision des CSCs francophones sur la livraison des services de santé primaires en français selon la restructuration du système de santé proposée par MSSLD, tout en bâtissant sur les pratiques exemplaires déjà existantes dans la province de l'Ontario. Ceci répond à la demande du MSSLD de présenter des « conseils sur la manière d'intégrer » les services de soins de santé en français d'autant plus que les Franco-Ontariens ont été identifiés en tant que population qui n'est pas toujours bien servie par le système de santé (p. 12), éprouvant des défis à accéder aux « services de santé en français » (p. 4).

Les intervenants qui ont participé au développement de cette réflexion souhaitent féliciter le ministre de la Santé et de longue durée de l'Ontario d'avoir reconnu que la population francophone de l'Ontario n'est pas toujours bien servie par le système de santé et qu'elle éprouve des défis à accéder aux services en français. Cependant, la question des services de santé pour la population francophone de l'Ontario va au-delà de la question d'équité en santé.

C'est aussi une question de risque et de sécurité. Le système de santé ne fait pas du tout état des risques associés à ne pas offrir de services en français. La notion de communication entre le client et l'intervenant qui parle une autre langue est trop souvent mal comprise. Ce manque, dans plusieurs cas, met à risque l'intervenant et le client lorsque la communication avec le client est limitée par la barrière linguistique. Le client ne comprend pas la limite de sa compréhension dans une autre langue, donc ne peut comprendre l'impact de ses décisions. Pour cette raison, le ministère devra mettre en place des stratégies afin de mieux renseigner les intervenants à prendre conscience des risques associés à la langue.

Au départ, les intervenants expriment leur appui envers la recommandation de l'Assemblée de la Francophonie de l'Ontario concernant la nomination d'un sous-ministre adjoint responsable pour les Affaires francophones au sein du MSSLD. Cette recommandation qui se retrouvait dans le « *Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario* », paru en octobre 2014, est une des plus pertinentes présentement face à l'envergure des modifications proposées par le

ministère afin que les attentes de la population francophone soient reconnues et respectées à chaque étape du processus.

Afin de faciliter l'alignement de la réflexion des intervenants avec le contenu du rapport « Priorité aux Patients », cette réponse est structurée selon les quatre volets décrits dans le rapport, avec un cinquième qui va tracer « La voie à suivre ». En même temps, des enjeux et des opportunités sont passés en revue dans les pages subséquentes, suivis par un résumé de recommandations.

Nous aimerions commencer par un enjeu qui est absolument critique pour l'encadrement de la santé des Franco-Ontariens, plus spécifiquement le cadre législatif.

Cadre législatif :

Le document de réflexion met en évidence que pour atteindre les modifications structurelles proposées par le ministre de la Santé, des modifications législatives s'imposent à certaines lois existantes.

Le MSSLD a indiqué qu'au moins quatre lois seront mises à jour lors de la prochaine restructuration (« *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé locale* », la « *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires* », la « *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* », la « *Loi sur la protection et la promotion de la santé* », entre autres », p. 26).

Enjeux :

Puisque les lois susmentionnées seront modifiées dans les mois à suivre, elles doivent explicitement définir les obligations de la province de l'Ontario en ce qui concerne la prestation des services de santé en français. L'expérience des dernières années nous a démontré le fait que les droits des Franco-Ontariens sont souvent éludés à cause du manque de langage qui devrait encadrer les obligations législatives des intervenants pour les services de santé en français.

Il est important pour le ministre, ainsi que pour le ministère de la Santé, de comprendre qu'il existe beaucoup de méfiance envers le cadre législatif qui devrait assurer la prestation des services en français, incluant des services de santé, en Ontario. L'année 2016 marque le 30^e anniversaire de la « *Loi sur les services en français* ». Autrement dit, les trois dernières décennies ont témoigné l'existence d'une loi qui aurait dû encadrer le travail des ministères et des organismes gouvernementaux à ce qu'ils offrent des services en français (SEF). À cette loi, plusieurs autres lois ont été modifiées et des règlements se sont ajoutés au fil des années. Reste que la population francophone doit encore trop souvent revendiquer ses services à causes de nuances ou de généralités dans le cadre législatif qui ne favorisent en rien le développement des services en français.

Néanmoins, l'ouverture de ces lois présentes une occasion unique pour le gouvernement de démontrer son engagement envers les communautés francophones en leur assurant un accès

équitable à des SEF. Afin d'accomplir cette missive, un langage clair et précis s'impose afin d'éliminer les résultats néfastes causés par l'absence de services en français.

Dans les sections suivantes, on passera en revue les éléments législatifs qui, pour nous, ont une signification majeure. Chose promise, chose due!

Loi sur la protection et la promotion de la santé

Une des lois qui s'avère importante pour la population francophone de l'Ontario est la « *Loi sur la protection et la promotion de la santé* ». Nous le savons tous, les Santé publique en Ontario se retrouvent sous la responsabilité des municipalités. Or, les municipalités ne sont pas assujetties à la « *Loi sur les services en français* ».

De plus, dans plusieurs instances, Santé publique est l'agence responsable pour la collecte d'informations sur la santé des populations. Puisque cette réforme cherche à trouver des modèles de prestation basés sur les besoins de la population, il est important pour la population francophone de l'Ontario d'assurer la collecte d'informations touchant leurs besoins et leur état de santé.

Règlement sur les tierces parties

Non seulement ces lois devront-elles être modifiées afin d'assurer que les obligations pour les services en français soient bien enchâssées dans ces projets de loi, mais il serait également important que le pouvoir réglementaire de la ministre responsable des Affaires francophones soit aussi examiné de près. Cette démarche aurait pour but d'assurer que le pouvoir désigné au ministre s'étende au contrat avec les tierces parties qui serait exécuté par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Ceci est d'autant plus important dans les instances où les RLISS pourraient hériter des contrats de service pour les soins à domicile présentement en place avec les Centres d'accès aux soins communautaires (CASCs) et dans lesquels on ne retrouve aucune obligation pour les SEF ou aucune capacité de la part des tierces parties de livrer des services en français.

Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé locale

Il importe qu'avec les changements qui seront apportés au cadre législatif, la législation et réglementation des RLISS doivent refléter leurs responsabilités uniques envers la santé des Franco-Ontariens. Un langage clair et précis par rapport aux services de santé en français doit se retrouver dans la convention de performance MSSLD-RLISS, ainsi que dans leurs protocoles d'entente.

Les Entités de planification et leur rôle pour les soins de santé en français

La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé locale est le cadre législatif qui donna le jour aux Entités de planification. En décembre 2015, le MSSLD passa en revue le modèle des Entités de planification et leur mandat fut renouvelé. Les six Entités ont été créées afin de tracer la carte pour la planification et la livraison des services de santé en français en Ontario auprès du MSSLD et des RLISS. Pourtant, leur rôle n'a pas été clairement défini dans les

législations encadrant les services de santé en Ontario en ce qui concerne les Franco-Ontariens. Les Entités de planification sont plus que des « conseillères » sur les besoins des communautés franco-ontariennes en matière de services de santé. Elles devraient être reconnues et protégées dans le cadre législatif par écrit comme des partenaires égaux des RLISS, en leur donnant les opportunités et les ressources nécessaires pour accomplir leur mandat.

Recommandations :

- 1.** Les lois qui seront modifiées dans le but de permettre la mise en place de la transformation doivent explicitement définir les obligations de la province de l'Ontario en ce qui concerne la prestation des services de santé en français.
- 2.** Le règlement sur les tierces parties doit assurer que le pouvoir réglementaire du ministre responsable des Affaires francophones s'applique aux contrats de service exécutés par les RLISS.
- 3.** Un langage clair et précis par rapport aux services de santé en français doit se retrouver dans la convention de performance MSSLD-RLISS, ainsi que dans leurs protocoles d'entente.
- 4.** Il importe que les changements qui seront apportés au cadre législatif régissant les RLISS doivent refléter leurs responsabilités uniques envers la santé des Franco-Ontariens.
- 5.** Les Entités de planification pour les soins de santé en français devraient être interpellées à jouer un plus grand rôle dans la planification des services axés sur les besoins de la population francophone.
- 6.** Afin d'assurer l'efficacité des Entités de planification, elles doivent être appuyées par un cadre législatif clair et précis reconnu par le MSSLD et les RLISS, ainsi que par les ressources nécessaires permettant d'accomplir leur mandat.

VOLET A : UNE INTÉGRATION DES SERVICES PLUS EFFICACE ET UNE PLUS GRANDE ÉQUITÉ

Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) :

Dans ce volet, le document « Priorités aux Patients » (p. 5) nous informe que les RLISS seront redevables pour les éléments suivants :

- La planification des services de santé en Ontario. La gestion des services et planification locale sera faite par des sous-régions plus petites à l'intérieur de chaque RLISS;
- Le rendement de tous les services de santé en Ontario;
- L'amélioration de l'accès à des soins adaptés et de qualité et de la bonne navigation dans le système.

Enjeux :

Selon le document de discussion proposé par le MSSLD, le rôle élargi des RLISS sera « de comprendre les besoins uniques des populations autochtones, des Franco-Ontariens, des nouveaux arrivants et des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de dépendance au sein de leurs régions et devront fournir des services accessibles et adaptés aux cultures » (p. 12). Aussi, les attributions des RLISS vont « inclure la planification et la gestion du rendement des soins primaires; la gestion et la prestation des services de soins à domicile et en milieu communautaire; et forger des liens avec la santé publique... » (p. 10).

Autrement dit, les RLISS auront la responsabilité de la mise en œuvre des SEF et en seront imputables. En fait, leur rôle ira au-delà de la compréhension passive des enjeux franco-ontariens et consistera en un positionnement de front qui va tracer la vision et son application pour les services de santé en Ontario. Selon les changements proposés, il faudra possiblement élargir le degré d'imputabilité surtout en vue des sous-régions proposées. Avec le pouvoir vient la responsabilité.

Pour cette raison, il importe que la recommandation # 4 ci-dessus soit mise en application. D'autant plus que le MSSLD devra non seulement mettre en place des indicateurs mesurables sur lesquels les RLISS devront rapporter (tel que suggéré à la page 18 : « Les RLISS recueilleront, évalueront et publieront des indicateurs de rendement... »), mais le Ministère devra responsabiliser les RLISS afin qu'ils soient imputables pour la prestation et l'accessibilité à des services équitables et de qualité en français par l'entremise des contrats de service avec les tierces parties exécutés par les RLISS.

Non seulement ces contrats avec les tierces parties doivent-ils définir les obligations pour les SEF, mais ils doivent aussi se prononcer sur les *conséquences* de ne pas offrir ces services. Le document « Priorités aux Patients » confirme bien le fait que le ministère reconnaît que les Franco-Ontariens « ne sont pas toujours bien servis par le système de santé » (p. 4). Conséquemment, le MSSLD doit assumer le leadership et démontrer son engagement à assurer que les francophones de l'Ontario ne subiront plus les effets néfastes des manques contractuels qui les privent de services dans leur langue. Les RLISS et les agences qui desservent la

population francophone doivent respecter et rencontrer les indicateurs qui seront mis en place pour les SEF.

Il est reconnu que les 14 RLISS représentent des régions différentes de l'Ontario. La répartition de la population fait en sorte que la capacité de desservir la population francophone dans sa propre langue diffère d'une région à l'autre. Or, l'offre des services devra être définie en fonction des régions. La transformation qui se propose doit faire place à une flexibilité permettant la mise en place des pratiques et procédures qui répondent aux besoins des populations de ces diverses régions. Si nous faisons reproduire des approches « bonnes pour toutes », sans égard au contexte local, on risque de créer des disparités bien plus approfondies pour ces populations qu'il existe présentement.

La planification pour les services de santé offerts aux Franco-Ontariens doit être réalisée suivant les principes d'équité en santé, axée sur les besoins de la population et centrée sur le client. Ceci est une condition sine qua non.

Sous-régions (« Recenser des sous-régions plus petites dans le cadre de chaque RLISS pour servir de référence en matière de planification locale et de gestion et prestation de services », p. 5)

La création des sous-régions souligne une responsabilité accrue des RLISS. Cette responsabilité devra être formulée attentivement et appliquée de façon systématique et exhaustive. Le but visé est que les Franco-Ontariens reçoivent des services de santé de qualité. L'expérience du passé a démontré dans bien des cas le fait que faire partie d'une sous-région est synonyme avec le fait d'être sous-desservi. Ceci doit être évité à tout prix.

Les intervenants qui ont participé à la consultation en vue du développement du présent document sont d'avis que le projet de transformation doit se faire stratégiquement en ce qui concerne les SEF; et, plus précisément, les SEF dans les sous-régions proposées par le MSSLD. On insiste sur le fait que les SEF sont une question d'équité en santé. Donc, en divisant les RLISS en sous-régions, il y a un risque accru de se retrouver avec des régions qui ne posséderont pas les masses critiques nécessaires pour justifier les SEF selon certains pourvoyeurs de services. Il ne faut pas que les sous-régions deviennent un empêchement à la prestation et à l'offre active de services en français. De là, notre énoncé ci-dessus qui stipule que la transformation devra faire place à la flexibilité afin de permettre et d'encourager les sous-régions à mettre en place des modèles de services novateurs qui répondent aux besoins des populations desservies.

Par conséquent, l'établissement des sous-régions devra se faire avec un haut degré de compréhension des géographies, des régions et des communautés qui y habitent. La province de l'Ontario comporte des différences notables entre le Nord, le Sud, l'Est et l'Ouest, ainsi qu'entre les environnements ruraux et urbains. Encore une fois, les Entités doivent être interpellées à jouer un plus grand rôle. Le processus de planification devra être appuyé par les Entités de planification qui représentent la voix des francophones. Elles pourraient aussi être capables d'assister les RLISS à déterminer la capacité des fournisseurs de services à desservir la population francophone. Un fait qu'on voudrait absolument éviter est, d'une part, que des

Franco-Ontariens soient isolés en raison du manque de communication et d'un alignement fonctionnel et uniforme à travers la province; et, d'autre part, de voir de faibles services de santé pour cette population à cause d'un manque de cohésion entre les sous-régions et les RLISS.

En outre, les régions rurales font preuve d'une grande difficulté à obtenir des services de santé. Dans les régions rurales où l'on retrouve un bon nombre de populations d'expression française, ceci représente un double défi. Ces régions ont besoin de stratégies précises qui aideraient à mieux redistribuer les services de santé primaires et l'accès à ces derniers. L'application de la phrase qui suit doit se réaliser avec un accent sur l'équité en santé : « Faire des RLISS et de leurs sous-régions des références en matière de planification des soins primaires... » (p. 17).

Recommandations :

- 7.** Le MSSLD devra définir davantage le rôle des RLISS tenant compte des sous-régions qui sont proposées. À cette fin, les Entités doivent être interpellées à jouer un plus grand rôle dans le processus de planification des services de santé pour les francophones.
- 8.** Le MSSLD devra mettre en place des indicateurs mesurables sur lesquels les RLISS devront rapporter sur les SEF (tel que suggéré à la page 18 : « Les RLISS recueilleront, évalueront et publieront des indicateurs de rendement... »).
- 9.** Le MSSLD devra définir l'imputabilité des RLISS quant aux SEF dans les contrats avec les tierces parties.
- 10.** La planification pour les services de santé offerts aux Franco-Ontariens doit être réalisée suivant les principes d'équité en santé, axée sur les besoins de la population et centrée sur le client.
- 11.** Il faudra garantir que les sous-régions des RLISS qui seront proposées assurent l'accès équitable dans l'offre des services en français et que l'offre des services soit définie en fonction des régions.
- 12.** Le MSSLD et les RLISS devront assurer que les sous-régions développent des plans de services équitables pour ces populations. Le MSSLD devra développer des principes et des indicateurs et tenir les RLISS imputables pour la mise en place de services dans ces sous-régions (tel que suggéré à la page 18 : « Les RLISS recueilleront, évalueront et publieront des indicateurs de rendement au niveau des sous-régions et partageront les renseignements avec les fournisseurs et gestionnaires de soins de santé... »).

VOLET B : ACCÈS OPPORTUN AUX SOINS PRIMAIRES ET LIENS CONTINUS ENTRE LES SOINS PRIMAIRES ET LES AUTRES SERVICES

Ce volet souligne l'étroite collaboration entre les RLISS et les fournisseurs de soins primaires dans la :

- La planification des services;
- La planification des ressources humaines;
- L'amélioration de l'accès aux équipes interprofessionnelles;
- L'avancement du lien des patients aux services de soins primaires (p. 5).

Enjeux :

La planification des services

Le MSSLD et les RLISS devront assurer l'engagement des communautés francophones qu'ils desservent dans la planification des soins de santé et interpeler les Entités pour faciliter les dialogues avec ces communautés. Nous avons déjà élaboré sur ce point dans la section précédente.

La planification des ressources humaines

Les régions rurales ont de grandes difficultés à recruter du personnel et ne peuvent faire compétition aux centres urbains. Dans d'autres régions urbaines à faible pourcentage de population francophone, il est aussi difficile de recruter des intervenants en santé qui parlent français.

Il importe que pour réussir cette transformation, une stratégie sur les ressources humaines en français soit développée. Ainsi, en élaborant une stratégie sur les ressources humaines, une attention particulière devrait être accordée au modèle des CSCs, qui, sans cette stratégie, manquent de compétitivité par rapport aux hôpitaux ou à d'autres modèles bénéficiant des ressources nécessaires pour la rétention et le recrutement du personnel. Avec une meilleure stratégie de ressources humaines en français, les régions rurales, ainsi que les CSCs, seraient capables d'attirer les intervenants là où le besoin existe.

En février 2016, un Sommet sur l'avenir des ressources humaines fut organisé par l'Hôpital Montfort, avec l'appui du MSSLD. Dès que les recommandations de cette rencontre seront partagées, le Ministère devra accorder toute l'attention nécessaire à cette stratégie pour assurer qu'elle soit appliquée et que les acteurs concernés disposent des ressources nécessaires à sa mise en œuvre. En même temps, on devra reconnaître le positionnement unique des CSCs et l'importance des ressources humaines bien qualifiées et maîtrisant le français face à l'accès aux soins de santé pour les populations marginalisées.

L'amélioration de l'accès aux équipes interprofessionnelles

Les CSCs représentent un modèle de services qui dessert bien les besoins de la population francophone là où des centres francophones ont été mis en place. Ceci dit, nous ne retrouvons

pas de CSCs francophones dans chaque région de la province. De plus, nous ne retrouvons pas de centres qui possèdent une capacité bilingue dans toutes les régions désignées de la province où se trouve une population francophone importante.

Le MSSLD a informé que la transformation ne mènerait pas à la création de nouvelles agences. Ceci dit, cette transformation pourrait de même s'annoncer comme une opportunité importante pour développer des équipes interprofessionnelles francophones à l'intérieur de CSCs (par des points de services satellites, permanents ou itinérants comme alternative moins coûteuse et plus flexible que la création de nouvelles agences) ou à des équipes de santé familiale communautaire (ESFCs) qui ne possèdent pas encore la possibilité de desservir la population francophone de leur région. L'ajout de ces équipes pourrait être accompagné d'une exigence de la part du MSSLD ou du RLISS en question que l'agence doit poursuivre sa désignation en vertu de la « *Loi sur les services en français* » comme condition de l'obtention de ces ressources. De cette façon, nous assurerons la qualité et la permanence des services dans ces centres. Une telle approche pourrait accroître l'accessibilité aux services de santé primaires en français dans plusieurs régions en très peu de temps.

Les CSCs possédant des capacités de desservir la population en français devraient être encouragées à offrir une plus grande gamme de services qui ne sont pas présentement disponibles en français dans leur région (p. ex. MPOC-COPD, clinique d'insuffisance cardiaque, coordination de soins à domicile, soins dentaires, soins de plaies, Maillons santé, etc.). Plusieurs d'entre eux sont partie prenante, mais la mise en place de ces services nécessitera des ressources additionnelles.

L'avancement du lien des clients aux services de soins primaires

Les intervenants ayant contribué à cette réflexion appuient la recommandation du Conseil de la santé primaire de l'Ontario et ses membres qui demande au gouvernement ontarien que la coordination des soins à domicile, les soins palliatifs et la santé mentale soient transférés au cadre des soins de santé primaires.

Recommandations :

- 13.** Le MSSLD et les RLISS doivent assurer l'engagement des communautés francophones dans la planification des services de santé et interpeler les Entités pour faciliter les dialogues avec ces communautés tant au niveau des RLISS, que des sous-régions proposées.
- 14.** Une stratégie sur les ressources humaines en français doit être développée afin d'aider aux régions rurales et agences régionales à développer et attirer les ressources humaines nécessaires à la prestation des services en français.
- 15.** Ajouter des équipes interprofessionnelles francophones dans les Centres de santé situés dans les régions désignées de la province et qui n'ont pas encore développé la capacité de desservir la population francophone à condition que ces centres poursuivent leurs désignations en vertu de la « *Loi sur les services en français* ».

16. Ajouter la coordination des soins à domicile, les soins palliatifs et la santé mentale au répertoire des soins de santé primaires.

VOLET C : SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE PLUS ACCESSIBLES ET HOMOGENES

Enjeux :

Dans le processus de transformation du système de santé, il a été annoncé que les employés des CASCs seraient placés sous les RLISS. Durant la transition des CASCs envers les RLISS, il sera important de protéger les acquis. Certains CASCs sont désignés, d'autres sont en voie de désignation. Certains CASCs ont des postes identifiés pour les services en français. On suggère que les coordonnateurs de soins soient concentrés dans les sous-régions et puissent être déployés en milieux communautaires tels que les CSCs ou les ESFCs.

Dans le même ordre d'idées, là où les CASCs n'ont pas développé de postes de coordonnateurs de soins capables de communiquer en français, il faut reconnaître et respecter les besoins linguistiques et de créer des postes qui répondent à cet écart.

La façon dont les postes dans les CASCs seront redistribués à travers la province doit être exécutée de manière uniforme et cohérente, suivant les principes d'équité en santé et les besoins de la population francophone. Même si 10 des 14 CASCs possèdent des conventions collectives, ceci ne doit pas être un empêchement au développement et à l'accès aux SEF. Les obligations linguistiques enchâssées dans le cadre législatif doivent primer sur les conventions collectives et le MSSLD devra s'exprimer clairement sur ce sujet.

De plus, il est suggéré que les soins à domicile continueraient d'être rendus par les fournisseurs de services actuels. Une des problématiques que nous retrouvons et qui devra être revue par le MSSLD est le fait que plusieurs fournisseurs de services sont incapables de desservir la population francophone dans sa propre langue. Qui plus est, certains fournisseurs possèdent des obligations pour les SEF et ne sont jamais tenus redevables de leur incapacité à livrer ces SEF. Une option serait d'exiger que les RLISS exécutent de nouveaux contrats de service avec des agences possédant la capacité linguistique là où le besoin existe. Les Entités pourraient être interpellées à identifier le niveau de capacité des agences à fournir ces SEF.

Recommandations :

17. Il faudra assurer que les acquis soient protégés et que nous ne voyions pas un revers de services causé par la transition. La capacité de bilinguisme ou d'offrir des services en français parmi les fournisseurs de services doit être évaluée et on doit mettre une valeur sur la capacité d'offrir des SEF.
18. Assurer que les coordonnateurs de soins qui possèdent une capacité d'offrir des SEF soient déployés dans des agences communautaires francophones.

- 19.** Assurer que les obligations législatives envers les droits linguistiques priment sur les conventions collectives en place dans 10 des 14 CASCs.
- 20.** Le MSSLD devra définir les services essentiels qu'offrent les CASCs et les fournisseurs de services, développer des indicateurs pour ces derniers et assurer que les RLISS exigent la prestation des SEF auprès des fournisseurs. Le cas échéant, le MSSLD devrait exiger que les RLISS identifient de nouvelles agences qui ont la capacité d'offrir des SEF.

VOLET D : LIENS RENFORCÉS ENTRE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES AUTRES SERVICES DE SANTÉ

Le document «Priorité aux patients » propose que les unités de santé publique travaillent en étroite collaboration avec les RLISS dans la planification et la coordination des services de santé (« Intégrer la planification de la santé de la population locale et de la santé publique à d'autres services de santé. Officialiser les liens entre les RLISS et les bureaux de santé publique », p. 6).

Enjeux:

Si les unités de santé publique sont censées collaborer avec les RLISS dans les efforts de planification de la santé primaire, alors la participation franco-ontarienne doit être engagée dès le début par les Entités de planification, qui, à notre avis, devraient être chargées de tracer la marche à suivre.

Par ailleurs, le cadre législatif qui régit les unités de santé publique devra être amendé. Or, les unités de santé publique qui tombent sous la responsabilité des municipalités n'ont jamais été assujetties à la « *Loi sur les services en français* ». Par le passé, le MSSLD transférait le financement directement aux municipalités. Il faut clarifier l'énoncé formulé par rapport à la nouvelle relation RLISS-services de santé publique, ainsi que des délimitations sur leurs responsabilités de planification:

- « Les RLISS seront chargés des accords de la responsabilisation avec les services de santé publique » (p.22);
- MSSLD « nommera également un comité d'experts destiné à donner des conseils sur les occasions d'approfondir les partenariats entre les RLISS et les services de santé publique... » (p.23).

Il importera que le MSSLD définisse certaines exigences pour les SEF dans le cadre législatif régissant les unités de santé publique. Il deviendra très important que les liens entre les unités de santé publique, les RLISS et les Entités de planification soient officialisés afin de bien informer les décideurs et les pourvoyeurs de services sur les besoins de la population francophone dans les régions respectives.

Recommandations :

- 21.** Puisque les RLISS auront une relation plus formelle avec les unités de santé publique, il est recommandé que les Entités de planification soient directement impliquées dans ces nouvelles relations de travail, avec un accent sur les « déterminants complexes » (p. 21) de la santé.
- 22.** Le MSSLD devra définir les exigences pour les SEF dans le cadre législatif régissant les unités de santé publique.

VOLET E : LA VOIE À SUIVRE

Technologies (dossiers médicaux électroniques, etc.):

On doit encourager l'utilisation de nouvelles technologies afin d'accroître l'accès aux services pour les francophones dans des régions sous-desservies de la province.

Indicateurs de rendement (aussi pour les RLISS, sous-régions, bureaux de santé publique, pour les prestataires de services de santé):

Il est grand temps qu'une relation de responsabilité significative et substantielle soit formalisée entre le MSSLD et les RLISS par des indicateurs de rendement, avec la participation des sous-régions et des unités de santé publique et la contribution stratégique des Entités de planification. Même si les capacités régionales diffèrent de façon claire et nette, ces relations ne devraient pas varier à ce que les services d'une région n'aient pas d'équivalent dans une autre.

C'est pour cela que le MSSLD devrait tenir les RLISS, sous-régions et les unités de santé publique responsables par des indicateurs de rendement. À leur tour, les RLISS, les sous-régions et les bureaux de santé publique demanderaient aux prestataires de services de conduire leur travail selon des indicateurs en accord avec les principes d'équité en santé. Le MSSLD devra être très vigilant afin de répondre à la question d'équité en matière de santé pour les francophones. Ceci veut dire que cette population a droit à des services de haute qualité et qu'il importe de définir ce qu'on comprend par la notion de « qualité » afin de mettre en place des indicateurs mesurables pour répondre à ce besoin. À cette occasion, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) pourrait jouer un rôle d'influence.

Pratiques exemplaires à suivre et le renforcement des exemples francophones

La communication partagée jusqu'à présent de la part du MSSLD et des RLISS a établi qu'il n'y aurait pas de nouveaux financements vers la création de nouvelles structures ou modèles de santé. Pour le regroupement des CSCs francophones, cette transformation présente l'opportunité de démontrer les faits suivants :

- Nous sommes prêts à élargir notre champ de services pour les populations marginalisées en Ontario. Étant enthousiastes par le fait que le MSSLD a identifié les Franco-Ontariens en tant que population prioritaire dans le document « Priorité aux patients », on reconnaît que cet acte doit être également accompagné de la confirmation qu'ils seront le mieux servis par des modèles francophones.

Plus précisément, une allocation de ressources modeste dans les CSCs francophones apportera des bénéfices incontestables dans la réduction des taux d'hospitalisation. Grâce aux Maillons Santé, on a remarqué le fait que nos clients ne s'y retrouvent pas.

- Nous sommes le mieux placés afin de servir un nombre plus élevé de populations franco-ontariennes, tout en faisant briller l'identité francophone par nos espaces et services culturellement sécuritaires;
- Nous sommes capables d'apporter des solutions créatives pour la livraison des services de santé primaires résultants dans de substantielles économies pour les RLISS et le MSSLD. L'économie de coût, c'est nous!
- Tel que suggéré dans le rapport des « RLISS - Réseaux locaux d'intégration des services de santé » par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2015), lorsqu'il y a de meilleures pratiques, « il faut cerner ces pratiques et les échanger avec les autres RLISS » (p. 373).

Par la mise en revue des exemples qui existent déjà dans les CSCs francophones à travers l'Ontario, notre but est de les faire amplifier. Mettons-nous au travail!

1. RLISS DU NORD-EST

CSC de Sudbury Est : Services de physiothérapie

Depuis plusieurs années, la région de Sudbury-Est tente de trouver des solutions locales pour pallier aux manques de services de santé dans la région. C'est ainsi que la création d'un CSC et d'une Clinique dirigée par des infirmiers praticiens (CDPIP) sont des exemples de succès pour la région.

Ce n'est que depuis l'arrivée de ces deux organismes de santé dans l'échiquier local de services de santé que les choses ont vraiment pris une tournure pour le mieux dans la région de Sudbury-Est au niveau de la santé. C'est d'ailleurs grâce au Centre de santé communautaire de Sudbury-Est (CSCSE) si la région se dote maintenant d'une Centre de physiothérapie ouverte trois jours par semaine, et qui offre des SEF à la communauté.

Le CSCSE a obtenu du financement pour offrir des services de physiothérapie en 2012. Après quelques essais infructueux d'attirer un physiothérapeute dans la région, le CSCSE a opté pour une formule de collaboration entre une massothérapeute et une physiothérapeute afin d'offrir des services de physiothérapie à la communauté. Puisque la physiothérapeute n'a pas à se déplacer chaque jour pour se rendre au Centre de physiothérapie situé à Noëlville, à environ une heure de route de Sudbury, cela fait en sorte que la physiothérapeute demeure motivée de poursuivre son implication avec le Centre de physiothérapie. Le Centre de physiothérapie est ouvert trois jours par semaine et voit plus d'une trentaine de clients chaque semaine, et cumule environ 1,800 visites chaque année. Ainsi, ce sont l'équivalent de 1,800 trajets vers Sudbury qui sont évités chaque année. De plus, le Centre de physiothérapie permet aux résidents de la région de recevoir des services de physiothérapie lorsqu'auparavant un grand pourcentage de ces personnes n'aurait pas pu se déplacer à Sudbury pour obtenir des traitements.

Voilà une raison de plus sur l'importance des organismes communautaires à ce qu'ils continuent de jouer un rôle de premier plan dans les services de santé primaire qui doivent être prodigués à une population.

2. RLISS DU CENTRE-TORONTO

Centre Francophone de Toronto : Services de santé mentale en français pour les jeunes

Le Centre francophone de Toronto (CFT) a su innover dans les dernières années au point de vue de partenariats stratégiques avec des organismes clé anglophones afin d'augmenter et de consolider l'offre de SEF à une clientèle vulnérable et sérieusement sous-desservie. En 2012, alors que le bailleur de fonds voulait diviser une enveloppe de services de santé mentale en français entre le CFT et une grosse agence anglophone, le CSC a conclu un partenariat avec cette agence, ayant soumis un projet commun. Cette entente avec le Hincks-Dellcrest Centre (HDC) a permis de maximiser l'enveloppe de SEF au lieu de la fragmenter. Depuis trois ans, trois employés francophones de HDC offrent du soutien à temps plein en santé mentale aux jeunes francophones de la région torontoise à partir des bureaux du CFT, complétant ainsi une équipe de 7 intervenants. Cela favorise le cheminement des clients à l'intérieur du programme Espace Jeunesse, et cela donne aux employés de HDC un environnement professionnel francophone qui les encadre dans leur propre développement. De plus, HDC a modifié son système téléphonique pour faire en sorte que les appelants qui désirent un SEF n'ont qu'à presser l'option « 2 » pour être transférés immédiatement au CFT. Entente gagnante pour tous.

Par ailleurs, le CFT s'est acharné à ne pas faire oublier la variable des SEF dans le déploiement de la structure des agences "lead" en santé mentale. Après avoir essuyé un refus du bailleur de fonds à sa demande de devenir l'agence lead pour les SEF à Toronto, le CFT a conclu une entente avec l'agence lead choisi, East Metro Youth Services (EMYS), pour diriger l'offre de SEF en son nom et coordonner la prestation des autres agences. Cette structure est en cours de mise en place au printemps 2016 et serait complètement opérationnelle en avril 2017. EMYS a reconnu l'expertise et la capacité du CFT en matière de SEF et a sagement convenu que bilinguifier toutes les agences n'était pas la solution idéale. Dans cette structure de livraison de services, l'offre de SEF est maximisée par une coordination des agences qui ont des SEF et par un protocole de référence obligatoire des autres agences. Ce qui ne s'est pas fait par la porte avant s'est fait par la porte arrière.

Ce qui compte pour le CFT est que le résultat est un bénéfice net pour les francophones vulnérables qui ont besoin de services.

3. RLISS DE CHAMPLAIN

CSC de l'Estrie : Vieillir chez soi

La stratégie « *Vieillir chez soi* » vise à répondre aux besoins des personnes âgées de 65 ans et plus et aux aidants naturels afin de favoriser le vieillissement à la maison. Elle permet ainsi d'éviter une perte inutile d'autonomie et de dignité causée par une admission prématurée dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée grâce à des services de soutien locaux. La stratégie « *Vieillir chez soi* » est d'une importance cruciale pour la possibilité qu'elle a d'améliorer la vie des personnes âgées de l'Ontario, et aussi parce qu'elle pourrait aider à assurer la viabilité de tout le système de santé. Depuis 2009, l'équipe interprofessionnelle

francophone du CSC dessert plus de 1,000 personnes dans ce programme qui contribue fortement à diminuer la pression sur le système local de santé.

Ceci est un exemple de services offerts gratuitement en approche intégrée au site d'Embrun:

- Évaluation des besoins en santé physique et mentale;
- Réponses aux questions sur la santé;
- Thérapie individuelle, de couple et familiale;
- Soutien aux aidants naturels;
- Activités de mise en forme;
- Conférences mensuelles sur des thématiques variées.

4. RLISS DE HAMILTON NIAGARA HALDIMAND BRANT CSC de Hamilton/ Niagara : Projet d'intervenant paramédical

Le Centre de santé communautaire Hamilton –Niagara (CSCHN) est l'agence de pointe pour le Maillon santé du Niagara Sud-Ouest. Dans le cadre de cette initiative, le Centre a piloté un projet d'Intervenant paramédical.

L'intervenant a eu l'occasion de travailler auprès de 49 clients durant la période de février à décembre 2015. Les données suivantes recueillies de ClinicalConnect (logiciel informatique en place dans la région du RLISS Hamilton Niagara Haldimand Brant) sont inclusives de données qui varient de 11 à 1 mois avant et après avoir reçu les services paramédicaux. Cette variation est causée par le fait que les clients qui ont commencé à recevoir les services en décembre 2015 ne figurent que pour un seul mois, alors que les clients qui ont commencé à recevoir les services en février 2015 figurent pour 11 mois.

L'initiative nous démontre que le taux des jours d'hospitalisation a chuté de 653 jours avant la mise en place des services à 257 jours suite à la mise en place des services. Ceci signifie une réduction de 60.6% dans ce groupe de clients. Les visites à l'urgence ont connu une chute de 397 à 263 visites, c'est-à-dire une réduction de 33.8% dans ce groupe de clients.

En l'absence de tous les coûts avant et après la mise en place du service, nous sommes tout de même capables d'extrapoler certaines sommes. La moyenne des coûts pour une visite à l'urgence dans cette région se chiffre à 273,00\$ et la moyenne d'une journée d'hospitalisation se chiffre à 1,122.00\$. En se servant de ces chiffres, les coûts hospitaliers avant la mise en place du service pour ce groupe de clients est de 749,153.00\$, alors que cette somme chutait à 254,016.00\$ (une réduction de 495,137.00\$).

De plus, les services médicaux d'urgence (SMU) de Niagara rapportent avoir connu une baisse de 40% dans les appels d'urgences par ce groupe de clients. Cette baisse, qui représente une réduction de 200 heures de services non-urgents, se traduit en une épargne de 114,251.00\$ pour SMU Niagara.

Ce document a été endossé par :

Centres de santé communautaires :

Centre de santé communautaire de l'Estrie
Centre de santé communautaire de Kapuskasing
Centre de santé communautaire de Nipissing Ouest
Centre de santé communautaire de Sudbury-Est
Centre de santé communautaire du Grand Sudbury
Centre de santé communautaire du Témiskaming
Centre de santé communautaire Hamilton/ Niagara
Centre francophone de Toronto

Entités et Réseaux de planification :

L'Entité N°4 de planification des services de santé en français
Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (RSSFE)

L'Assemblée :

L'Assemblée de la francophonie de l'Ontario

Le regroupement des intervenants en santé et en services sociaux :

Le Regroupement des intervenants et intervenantes francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)

Références

Assemblée de la francophonie de l'Ontario (2014). Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario. Ottawa.

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2015). Rapport annuel 2015. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Ministère de la Santé et de soins de longue durée (2015). *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario. Document de discussion.* Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Office des Affaires francophones (2014). *La loi sur les services en français en bref.* Page consultée le 10 février 2016 : <http://ofa.gov.on.ca/fr/loi.html>.