



Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé
des francophones en contexte minoritaire au Canada

Institut de recherche sur la santé des populations  Institute of
Population Health

1 Stewart, Ottawa ON, Canada, K1N 6N5

RAPPORT NATIONAL DE CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE

LES REPRÉSENTATIONS DE L'AVENIR DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS EN FRANCOPHONIE MINORITAIRE

Louise Bouchard, Université d'Ottawa
Martin Desmeules, Université d'Ottawa
Isabelle Gagnon-Arpin, Université d'Ottawa

Décembre 2010



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention accordée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) pour l'étude du fait minoritaire et les interventions dans le domaine de santé à Louise Bouchard, Anne Gilbert et Maurice Lévesque et à la contribution du Réseau de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire (RISF) financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Ont contribué à cette étude :

Marcelo Keese Albertini, Sao Paulo Universidad
Émilie Boyer, Université d'Ottawa
Marie Lefebvre, Université d'Ottawa
Aubain Hilaire Nzokem, Université d'Ottawa
Anne Poisson, Université d'Ottawa

L'étude a été approuvée par le comité de déontologie de l'Université d'Ottawa.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier chaleureusement les personnes qui ont accepté de bien vouloir se prêter aux ateliers de cartographie conceptuelle dans le cadre de cette étude.

NOTE : Dans le présent document, les termes génériques sont employés pour désigner le féminin et le masculin.

Liste des acronymes et sigles

AUFC	Association des universités francophones canadiennes
CCCFSM	Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire
CLOSM	Communauté de langue officielle en situation minoritaire
CNFS	Consortium national de formation en santé
CRSH	Conseil de recherche en sciences humaines du Canada
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
IPE	Île-du-Prince-Édouard
OMS	Organisation mondiale de la santé
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
SEF	Services en français
SSF	Société santé en français
SSMEFNB	Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
TNL	Terre-Neuve-et-Labrador
TNO	Territoires du Nord-Ouest

Table des matières

Remerciements	i
Liste des acronymes et sigles	ii
Sommaire	2
1. Introduction	5
1.1 Mise en contexte	5
1.2 Présentation de l'étude	6
2. Méthodologie	8
2.1 La cartographie conceptuelle	8
2.2 Déroulement de l'étude	8
3. Résultats	11
3.1 Maritimes	11
3.2 Nord de l'Ontario : Timmins	14
3.3 Moyen-Nord de l'Ontario : Sudbury	16
3.4 Sud de l'Ontario : Toronto	18
3.5 Est de l'Ontario : Ottawa	20
3.6 Ouest canadien	22
3.7 Territoires du Nord	25
4. Analyse	28
5. Bibliographie	32
6. Annexes	33

Sommaire

L'objectif de la présente étude est d'examiner les perceptions de l'avenir des services de santé en français qu'ont différents intervenants du domaine. Couvrant l'ensemble des provinces et territoires majoritairement anglophones du Canada, les résultats de la cartographie conceptuelle ont été produits lors d'échanges survenus dans le cadre de sept ateliers distincts.

À partir d'un énoncé maître, à savoir «**Quand je pense à l'avenir des services de santé en français, je pense...**», les participants ont été invités à exprimer leurs représentations lorsqu'ils pensent à l'avenir des services de santé en français.

Les ateliers de cartographie conceptuelle ont généré sept cartographies conceptuelles de l'avenir des services de santé en français dont les grappes (ou thèmes) réunissent des énoncés produits et classifiés par les participants. Au total, 72 participants dans sept (7) ateliers ont généré 863 énoncés et les ont classés dans 61 grappes distinctes. Les résultats par régions-ateliers sont présentés dans la section 3 du rapport.

Par ailleurs, pour l'ensemble des ateliers, nous avons réuni les énoncés sans distinction de grappes pour produire une liste des thèmes les plus communément abordés. À terme, douze principaux thèmes ont été retenus :

1. les réalités géographiques propres aux communautés francophones
2. l'éducation et la formation en santé en français
3. le vécu minoritaire
4. la mobilisation et l'engagement communautaire
5. le droit à des services de santé en français
6. les besoins spécifiques des populations francophones
7. le concept d'offre active
8. le bilinguisme et la traduction
9. les ressources humaines
10. le rôle des différentes instances gouvernementales
11. la nécessité d'assurer des liens de complémentarité et de collaboration
12. le réseautage

Voici en résumé le contenu des thèmes (les analyses complètes sont présentées dans la section 4 du rapport) :

- 1) Ce premier thème réunit les considérations concernant les différentes **réalités géographiques propres aux communautés francophones**. Il s'agit en fait d'éloignement (régions, communautés rurales) et de difficultés d'accès aux services (transport, services à distance). La nécessité d'accès à l'éducation et à la formation en santé en français dans les régions est également apparue dans plusieurs ateliers. En fait, on souhaite une plus large diversité de services en français en région.
- 2) Le second thème de **l'éducation et de la formation en santé en français** regroupent des énoncés qui plaident pour le développement des services éducatifs

en santé en français : que ce soit pour l'offre de cours et de programmes, l'élargissement des possibilités de stages ou pour la formation continue. Aussi, on souligne l'intérêt du renforcement et du développement de la formation incluant les dimensions des compétences culturelles et linguistiques.

- 3) Le troisième thème, celui du **vécu minoritaire**, est présent dans tous les ateliers de même que l'isolement caractéristique qu'il provoque. Le thème regroupe des énoncés concernant les causes et les conséquences de cet isolement; au final, les intervenants en santé reconnaissent une certaine responsabilité des communautés francophones dans leur isolement et soulignent du même souffle les possibilités qu'elles portent quant à l'avenir des services en français.
- 4) La **mobilisation et l'engagement communautaire** sont réunis en un quatrième thème qui transcende les ateliers. Tous les groupes ont exposé leur enthousiasme quant aux possibilités offertes par la mobilisation communautaire. Effectivement, on insiste sur le rôle des communautés dans la planification, l'organisation et la gestion des services tout en soulignant qu'il faut trouver des moyens d'impliquer les communautés dans ces démarches.
- 5) Le cinquième thème du **droit à des services de santé en français** regroupe des énoncés relatifs aux argumentaires développés dans les différents ateliers pour soutenir le droit à des services en français, à savoir : 1) la qualité des soins; 2) les droits linguistiques et 3) les considérations financières.
- 6) Le sixième thème retenu est celui des **besoins spécifiques des populations francophones**. Tous les ateliers ont produit des énoncés concernant la nécessité d'arrimer les services aux besoins réels des communautés francophones. Le défi est de produire, de diffuser et d'intégrer les informations sur les besoins spécifiques des francophones. On souligne ainsi la nécessité d'une cueillette d'informations statistiques, d'un affichage des ressources et des services disponibles et la mise en forme de répertoires de services et de professionnels.
- 7) Le septième thème concerne le **concept d'offre active** de services en français. Ce dernier peut être conçu comme un moyen de court-circuiter les effets pervers du vécu minoritaire et ce dans le respect des droits acquis. Tous les ateliers ont mentionné la nécessité d'exiger les services en français et tous ont aussi souligné le malaise, la difficulté et l'inconfort de telles démarches dans une situation de vulnérabilité dans laquelle on se retrouve lorsqu'on a besoin de soins.
- 8) Le huitième thème abordé par l'ensemble des ateliers est celui du **bilinguisme** et de la **traduction**. De fait, l'état du bilinguisme est unanimement perçu négativement dans les différentes sessions et les critiques émises quant à l'effectivité de la politique de désignation bilingue sont également nombreuses. Quant aux traductions, on souligne la piètre qualité de certaines d'entre elles et le décalage culturel entre le français écrit et la langue parlée et comprise par la population francophone.

- 9) Le neuvième thème a trait aux **ressources humaines** et concernent plus spécifiquement le recrutement et la rétention des professionnels francophones de la santé. On plaide pour une multiplication des programmes de formation en santé, pour de meilleures conditions de travail, pour des incitatifs financiers et pour de meilleurs outils de communications et de coordination.
- 10) Le dixième thème regroupe des énoncés soulignant l'importance du **rôle des différentes instances gouvernementales** impliquées dans les services de santé. Les attentes émises aux autorités gouvernementales ont surtout trait à la reconnaissance du fait francophone, au respect des engagements (droits linguistiques) et aux moyens, surtout financiers, d'assurer les services.
- 11) Le onzième thème souligne l'importance et la **nécessité d'assurer des liens de complémentarité et de collaboration** entre les différents niveaux de services, entre les différents fournisseurs de services et avec les autres communautés, à savoir la majorité anglophone, les communautés immigrantes et les communautés autochtones.
- 12) Le dernier thème retenu est celui du **réseautage** des organismes, des services et des ressources. Le réseautage est vu dans l'ensemble des ateliers comme un moyen de choix pour atténuer certaines difficultés des services de santé en français (dédoublment des services, manque de coordination, manque d'échange) et favoriser le développement de modalités de gestion novatrices et participatives. On plaide finalement pour la reconnaissance des réseaux de santé par les autorités gouvernementales et par les communautés.

1. Introduction

1.1 Mise en contexte

Le plan d'action pour les langues officielles lancé en 2003 projetait «Un nouvel élan à la dualité linguistique canadienne». Son président Stéphane Dion voulait replacer les langues officielles parmi les priorités du Gouvernement du Canada et influencer la culture organisationnelle de la fonction publique. Cinq domaines prioritaires furent annoncés : 1) la petite enfance; 2) la santé; 3) la justice; 4) l'immigration; 5) le développement économique.

Ainsi, le domaine de la santé reçut une injection de fonds pour une première phase de cinq ans (2003-2008 et renouvelée pour 2008-2013) dans le but d'assurer la formation des professionnels de la santé pour desservir les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) et de réseauter les principaux acteurs préoccupés par la gestion, la planification et l'organisation des services dans la langue minoritaire. Du côté francophone, dix-sept réseaux ont ainsi été créés sous l'égide de la Société santé en français, qui deviendra le mouvement pour la santé en français.

Dans son rapport au ministre fédéral de la santé, le comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM, 2001) a proposé une stratégie d'intervention globale dont l'un des éléments fondamentaux repose sur le réseautage des partenaires intervenant en santé pour contrer l'isolement et l'éclatement spatial ainsi que pour favoriser une meilleure circulation de l'information. Cette stratégie fondée sur les réseaux et partenariats émane d'une déclaration de consensus établie lors de la conférence internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1999 à Phuket. Le consensus de Phuket promeut un modèle de partenariat (Boelen, 2001, *Vers l'unité pour la santé*) qui vise l'amélioration de la pertinence et de la performance des systèmes de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés. Ce modèle est également vu comme une solution aux problèmes de fragmentation du système en cherchant à établir une meilleure coordination et une meilleure intégration des activités et interventions destinées à la santé. Cinq principaux partenaires de la santé sont interpellés à réfléchir et à agir en interaction et interdépendance en vue d'un but commun d'amélioration de la santé : les décideurs politiques, les administrateurs de la santé, les professionnels, les institutions académiques et les communautés.

Le CCCFSM, informé de ce modèle, a recommandé au ministre fédéral de la santé

que Santé Canada mette en œuvre une initiative de réseautage pour permettre l'établissement d'une vingtaine de réseaux provinciaux et territoriaux et d'un secrétaire national, lesquelles entités constitueraient la base du développement de l'accès aux services de santé en français.

Ces réseaux provinciaux et territoriaux auraient pour but d'améliorer les services de santé en français, de favoriser l'engagement des communautés, de définir les besoins locaux, de promouvoir la bonne santé, les carrières et le regroupement des professionnels de la santé. Enfin, le réseautage conduirait à la création de liens durables entre les divers intervenants dans le but de «planifier, développer, renforcer ou maintenir des initiatives favorisant un meilleur accès à des services de santé en français» (CCCFSM, 2001). Le plan d'action pour les langues officielles de

2003 entérina cette recommandation en injectant un fonds destiné au domaine de la santé, spécifiquement pour la formation et le réseautage. Du côté francophone, le fonds a permis d'établir le Consortium national de formation en santé (CNFS), destiné au programme de formation professionnelle dans les universités et collèges de l'Association des universités francophones canadiennes (AUFC) et de la Société santé en français (SSF), voyant à l'établissement des réseaux pour l'accès aux services.

Dix-sept (17) réseaux ont vu le jour à travers les provinces et territoires majoritairement anglophones du Canada :

Terre-Neuve	(1)	Manitoba	(1)
Nouvelle-Écosse	(1)	Alberta	(1)
Nouveau-Brunswick	(3)	Saskatchewan	(1)
Île-du-Prince-Édouard	(1)	Colombie-Britannique	(1)
Ontario	(4)	Territoires du Nord-Ouest	(1)
		Yukon	(1)

L'appui de Santé Canada en 2005 à travers le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) a favorisé l'élaboration de plans de soins primaires pour les francophones en situation minoritaire dans chacune des provinces. Au terme de la première phase d'implantation des réseaux, le rapport du CCCFSM de 2007 mentionne que sept de ces réseaux, principalement ceux de l'Est, de l'Ontario et du Manitoba, ont obtenu une reconnaissance officielle de leur province comme acteurs importants de la planification de la santé. Par contre, plus à l'Ouest, les défis des réseaux demeurent de taille (CCCFSM, 2007).

1.2 Présentation de l'étude

Cette recherche nationale s'inscrit dans un programme de recherche plus large sur la communauté francophone canadienne vivant en situation linguistique minoritaire à l'égard du maintien et du développement des services en français. S'inscrivant dans un cadre général qui conçoit le rapport minoritaire / majoritaire comme un rapport d'inégalité pour l'accès aux ressources, cette recherche s'intéresse aux effets de la condition minoritaire sur la capacité collective de ces communautés à intervenir dans le champ de la santé.

L'objectif de la présente étude est d'examiner les perceptions de l'avenir des services de santé en français qu'ont différents intervenants du domaine. Couvrant l'ensemble des provinces et territoires majoritairement anglophones du Canada, les résultats des exercices de cartographie conceptuelle ont été produits au cours d'échanges survenus dans dix-sept (17) réseaux de santé en français, à savoir :

Dans les provinces Maritimes :

- Réseau santé en français Terre-Neuve-et-Labrador
- Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard
- Société santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB : 3 réseaux)
- Réseau-Santé – Nouvelle-Écosse

En Ontario :

- Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario (région de Timmins)
- Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario (région de Sudbury)
- Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario (région de Toronto)
- Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (région d'Ottawa)

Dans les provinces de l'Ouest :

- Conseil communauté en santé du Manitoba
- Réseau Société santé en français de la Saskatchewan
- Réseau santé albertain
- RésoSanté Colombie-Britannique

Dans les territoire du Nord :

- Réseau TNO Santé en français
- Partenariat communauté en santé (Yukon)
- Résefan (Nunavut)

Les résultats sont présentés par régions où ont eu lieu les sept exercices de cartographie conceptuelle. Suit une analyse nationale transversale à partir de tous les énoncés générés par l'ensemble des participants, qui contribuera à enrichir la compréhension de certaines dimensions-clés du développement des communautés linguistiques minoritaires et des moyens d'action qu'elles se donnent pour assurer leur survie et leur objectif de complétude institutionnelle.

2. Méthodologie

2.1 La cartographie conceptuelle

Notre équipe de recherche a utilisé la cartographie conceptuelle comme méthodologie de recherche. Cette approche s'appuie à la fois sur des données qualitatives, recueillies par le biais d'un atelier de groupe, et sur des données quantitatives (analyses statistiques multivariées). Elle permet de visualiser l'univers conceptuel que se font les acteurs sur un sujet donné. La méthode de cartographie conceptuelle a été conçue par J. D. Novak en 1972 à partir de ses travaux sur la cognition (Novak, 2007). La méthode est bien documentée dans l'ouvrage majeur *Learning how to learn* (Novak & Gowin, 1984). Les auteurs y avancent que la formation d'un concept et les relations entre les concepts et différentes propositions constituent les éléments de base de la connaissance permettant de décrire et d'expliquer divers phénomènes que l'on peut représenter sous forme de cartes de concepts.

Désirant rendre la méthode plus conviviale, W. Trochim (1989) a développé un progiciel nommé *Concept System* © permettant de créer les cartes conceptuelles. La méthode a fréquemment été utilisée en développement et évaluation de programme et en éducation et permet de soutenir l'élaboration de modèles conceptuels, les processus d'analyse et de prise de décisions, l'organisation et la définition de problématiques, la priorisation des questions, le développement d'instruments de mesure et autres (Dagenais *et. al.*, 2009). La technique permet de visualiser les relations entre les différents concepts et cerner ainsi l'univers conceptuel d'un problème avec la participation active d'acteurs intéressés. La méthode consiste à réunir un certain nombre de participants concernés par un problème spécifique à qui on demande de relever tous les énoncés possibles reliés à une question. En ce qui nous concerne, la question posée consistait à cerner les représentations de l'avenir des services de santé en français afin de mieux comprendre les enjeux auxquels font face les acteurs du mouvement de santé en français.

2.2 Déroulement de l'étude

Étape 1 : Sélection des participants

L'étude s'est déroulée en deux temps : en une première étape d'abord en Ontario en 2007-2008 et en une seconde en 2009-2010 dans le reste des provinces et territoires majoritairement anglophones du Canada.

Pour les quatre ateliers de cartographie conceptuelle ayant eu lieu en Ontario, la sélection des participants intervenants en santé s'est faite sur une base géographique correspondant aux régions des réseaux. Pour ce faire, nous avons rejoint diverses organisations francophones de santé et demander la participation de leurs membres à l'exercice.

Pour les trois ateliers ayant eu lieu dans les provinces maritimes, dans les provinces de l'Ouest et les territoires du Nord, nous avons contacter les directeurs généraux des réseaux de santé en français pour les inviter eux et d'autres membres de leur conseil d'administration; une grande

majorité d'entre eux ont pu participer à l'étude et tous ont recruté à leur tour deux ou trois participants issus de leur réseau respectif.

La distribution des participants aux sept (7) ateliers de cartographie conceptuelle se résume ainsi :

Maritimes (12 participants) :

Ont participé à l'étude, trois (3) participants de Terre-Neuve-et-Labrador, trois (3) participants de l'Île-du-Prince-Édouard, trois (3) participants du Nouveau-Brunswick et quatre (4) participants de la Nouvelle-Écosse. La majorité d'entre eux œuvrent dans le secteur de la santé et plus spécifiquement au sein des milieux suivants : communautaire (2), Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS; 8), gouvernement provincial (2) et universitaire (1).

Ontario (40 participants) :

Dans le cadre de quatre (4) ateliers de cartographie conceptuelle ayant eu lieu en Ontario, quatorze (14) participants ont été regroupés dans le Nord de l'Ontario (Timmins), sept (7) dans le Moyen-Nord (Sudbury), neuf (9) dans le Sud (Toronto) et finalement dix (10) dans l'Est (Ottawa). Au total, dix-neuf (19) participants provenant des milieux communautaires, huit (8) du milieu académique, neuf (9) des milieux professionnels, deux (2) des RLISS et finalement deux (2) du domaine de la gestion.

Ouest canadien (11 participants) :

Ont participé trois (3) participants du Manitoba, trois (3) participants de la Saskatchewan, trois (3) participants de l'Alberta et deux (2) participants de la Colombie-Britannique. Ils œuvrent tous dans le secteur de la santé au sein des milieux suivants : communautaire (8), RLISS (2) et professionnel (1).

Territoires du Nord (9 participants) :

Ont participé trois (3) participants des Territoires du Nord-Ouest, trois (3) participants du Yukon et trois (3) participants du Nunavut. La majorité d'entre eux œuvrent dans le secteur de la santé et plus spécifiquement au sein des milieux suivants : communautaire (1), RLISS (3) et professionnel (5).

Étape 2 : Séance de remue-méninges

À partir d'un énoncé maître, à savoir «**Quand je pense à l'avenir des services de santé en français, je pense...**», les participants ont été invités à exprimer leurs représentations lorsqu'ils pensent à l'avenir des services de santé en français. L'objectif était d'identifier la plus grande diversité d'énoncés possibles (généralement pour atteindre une centaine d'énoncés) qui peuvent caractériser ou définir ce que sont ou pourraient être les services de santé en français.

Règle de fonctionnement : tous ont été invités à s'exprimer et il a été permis de poser des questions afin de clarifier le sens d'un énoncé, mais non d'en discuter la valeur. Toutes les idées pouvaient être exprimées, tant qu'une seule idée était contenue dans un énoncé (1 énoncé = 1 idée).

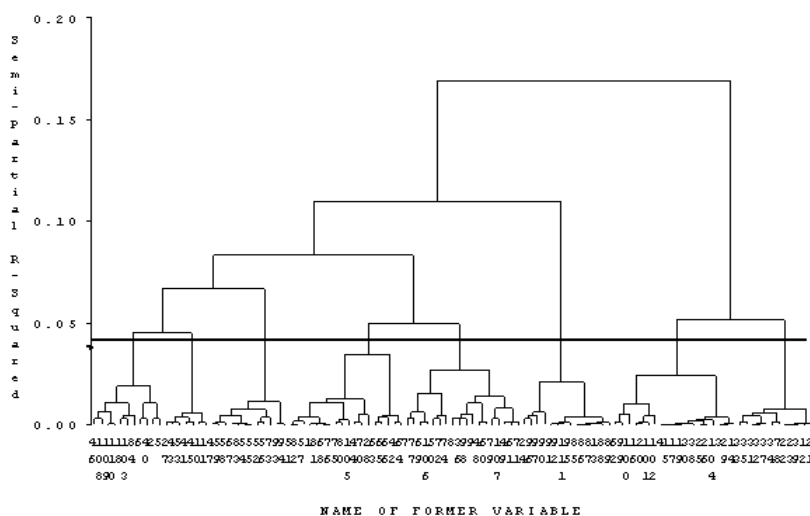
Étape 3 : Cotation et regroupement des énoncés

Les participants ont dû, individuellement, réaliser deux tâches :

- 1) classer l'ensemble des énoncés et produire une carte individuelle dans laquelle chaque ensemble, ou grappe, devait être nommé;
- 2) attribuer une cote d'importance à l'ensemble des énoncés (sur une échelle de 1 à 5, où 5 représente le score correspondant à ce qui était le plus important selon eux).

Étape 4 : Entrée des données, analyses statistiques et construction préliminaire de la carte

Cette étape consiste en un traitement statistique de l'information recueillie dans les différents ateliers. La méthode utilisée est une méthode de classification hiérarchique ascendante (ou «par agrégation») qui procède par fusions successives de regroupements déjà existants (les cartes individuelles). Au départ, chaque énoncé constitue un regroupement et, à chaque étape, les deux regroupements qui vont fusionner sont ceux dont la «distance» est la plus faible et les fusions se poursuivent jusqu'à former un seul regroupement. La procédure *SAS Cluster* et la méthode de Ward ont été utilisées pour déterminer le nombre optimal de nouveaux regroupements qui résulte de chaque exercice individuel. Le dendrogramme suivant illustre le résultat d'une classification hiérarchique que l'on compare à un arbre où l'ensemble des énoncés constituent le tronc, les regroupements sont les branches et chaque énoncé, les feuilles. Dans l'exemple suivant, le nombre optimal de regroupements (8) se situe statistiquement au-dessus de la ligne.



Étape 5 : Retour aux participants : validation des grappes et cartographie collective

À partir des résultats produits par les analyses, les participants ont été invités à valider les résultats produits. Il s'agissait de confirmer qualitativement la consistance des regroupements et de leur attribuer par consensus une étiquette. À terme, une cartographie collective est ainsi produite pour chaque atelier.

3. Résultats

Les grappes produites dans le cadre des sept (7) ateliers de cartographie conceptuelle sont présentées par régions-ateliers en ordre d'importance déterminé par la moyenne des cotes attribuées à chaque énoncé formant la grappe. La moyenne de chaque grappe se trouve entre parenthèses. Le contenu des grappes est ensuite analysé à partir d'énoncés tirés directement des regroupements établis. Certains passages des énoncés sont présentés tel quels et mis en *italique*.

Au total, 72 participants dans sept (7) ateliers ont produit 863 énoncés et les ont classés dans 61 grappes distinctes.

3.1 Maritimes

Les participants des provinces Maritimes ont produit un total de 123 énoncés regroupés en 11 grappes. Les énoncés des différentes grappes sont exposés en annexe (Annexe 1).

1. L'influence des politiques	(4.38)
2. Ouverture face aux réalités de la population	(4.35)
3. Services en français de qualité	(4.34)
4. Information et communication adaptée aux communautés	(4.31)
5. Marketing (et engagement) social du fait français	(4.26)
6. Impact positif, vitalité et continuité	(4.26)
7. Ressources humaines	(4.24)
8. Innovation et ouverture dans l'offre et l'organisation des services	(4.23)
9. Formation linguistique et culturelle	(4.19)
10. Leadership communautaire	(4.09)
11. Partenariat et collaboration	(4.06)

La première grappe se nomme ***L'influence des politiques*** et regroupe divers énoncés qui portent sur la sphère politique en lien avec les services de santé en français. Un énoncé soulève par exemple le *manque de continuité politique*, tandis qu'un autre, plus précis, dénonce le fait que *Terre-Neuve-et-Labrador n'a aucune législation sur les services en français*. Un milieu politique considéré fragile ainsi que l'absence de réglementation portant sur les services de santé en français ne favorisent guère un environnement propice à l'offre de tels services. Dans la même veine, un énoncé propose que *la composante linguistique fasse partie des critères de certification des organismes qui livrent les services de santé en français* et un autre expose *le besoin de postes désignés francophones en santé en Nouvelle-Écosse*.

La deuxième grappe en importance, ***Ouverture face aux réalités de la population***, se résume bien par l'énoncé qui avance l'importance de *mieux connaître les utilisateurs des services en français*. À titre d'exemple, un énoncé fait référence à *des services bilingues qui ne répondent pas aux besoins des francophones de Terre-Neuve-et-Labrador*. Un autre énoncé mentionne un élément pouvant faciliter une ouverture accrue aux réalités de la population, en avançant l'importance de la présence *de dirigeants sensibles à la réalité culturelle et historique des régions*.

La troisième grappe s'intitule **Services en français de qualité**. Les énoncés qui constituent cette grappe peuvent être regroupés en deux thèmes : d'abord la qualité des services puis l'offre et la demande de services de santé en français. Le premier thème est bien illustré par l'énoncé qui avance *la notion de la langue comme question de qualité et de sécurité des services* ainsi que par celui faisant référence à *un service de qualité en français*. En ce qui concerne le thème de l'offre et de la demande de services de santé en français, quelques énoncés le ciblent tout particulièrement, tels que *quand on est malade, on revient à sa langue maternelle, les gens doivent se sentir à l'aise de demander le service en français*. Sous ce même thème, on dénote une *gêne de demander des services dans la langue quand les ressources sont déjà limitées*.

La quatrième grappe regroupe des énoncés sous le libellé **Information et communication adaptée aux communautés**. Un énoncé expose le besoin d'une *adaptation linguistique et culturelle des ressources et des services aux besoins de la population* tandis qu'un autre mentionne *la nécessité d'avoir une variété de moyens d'accéder à l'information*. Certains énoncés avancent également des pistes d'action concrètes, telles que le développement *d'outils de promotion de la santé dans les deux langues simultanément et de même qualité* et l'importance *d'outiller les patients à se préparer à un rendez-vous médical*. Ainsi, l'information en santé doit être accessible en français et adaptée aux besoins de la population francophone.

La cinquième grappe, **Marketing (et engagement) social du fait français**, explore la question de la langue en lien avec l'identité et la vitalité de la population francophone. Un énoncé illustre par exemple le besoin fondamental de *se percevoir égaux et traités également*, tandis qu'un autre porte sur le fait minoritaire même en soulevant *l'isolement d'être minoritaire*. Le fait minoritaire en soi est soulevé comme étant un élément ayant un impact d'importance dans l'enjeu de l'offre et la demande des services de santé en français. Deux énoncés affichent les bienfaits de services en français en mentionnant *l'impact positif pour le maintien et la vitalité de la langue de recevoir des services en français*, ainsi que *le renforcement positif à demander des services en français*.

La sixième grappe est en quelque sorte une continuité de la cinquième et porte le titre **Impact positif, vitalité et continuité**. Un énoncé clé fait état du souhait de *la continuité des services en français pour les générations futures*. Un autre énoncé illustre l'importance d'augmenter l'efficacité et l'organisation des services en faisant référence à *des services en français possibles, faisables et moins coûteux à long terme*. Une composante préalable à l'offre continue de services de santé en français est soulevée par l'énoncé qui mentionne que *les francophones doivent s'organiser et prendre leur place*, prônant ainsi une prise en charge active du groupe concerné. La notion de vitalité est reflétée dans un énoncé qui évoque l'importance de *créer un sentiment d'appartenance* au sein de la population francophone en situation minoritaire.

La septième grappe en importance est celle des **Ressources humaines**. Cette grappe aborde des éléments fondamentaux de la question tels que le recrutement, la rétention et la formation continue des professionnels de la santé francophones, ainsi que la désignation de postes bilingues au sein d'établissements de santé. En ce qui concerne le recrutement et la rétention, un énoncé propose la création d'*une équipe de recrutement et de rétention de professionnels francophones au sein du Ministère*. Au niveau de la formation continue, un énoncé suggère la mise en place d'*une formation linguistique créditée dans le cadre de la formation continue*. Quelques énoncés laissent également entrevoir un manque de francophones oeuvrant dans les organismes tels que les Réseaux de services de santé en français. Également, la question de l'identification des

professionnels de la santé francophones au sein de répertoires est soulevée, et une suggestion concrète est véhiculée à cet égard dans l'énoncé qui prône *l'identification systématique par les ordres professionnels des compétences linguistiques*.

La huitième grappe se nomme ***Innovation et ouverture dans l'offre et l'organisation des services***. Les énoncés qui forment cette grappe portent sur des modèles innovateurs d'organisation des services et de prestation de soins de santé en français. Certains énoncés avancent des suggestions reliées à l'offre de services en français, telles qu'avoir *un centre de soins de longue durée offrant des lits désignés pour les francophones* ou d'avoir *une composante de centre de santé communautaire rattachée aux centres scolaires communautaires en milieux minoritaires* (ex. : Centre de santé de Fredericton). Un énoncé vise plus haut pourrait-on dire en proposant d'*obtenir une clinique de santé en français à Terre-Neuve-et-Labrador*, tandis que deux énoncés portent sur une meilleure utilisation de télésanté afin de desservir les régions éloignées.

La neuvième grappe, ***Formation linguistique et culturelle***, met l'accent sur l'accessibilité et la disponibilité de programmes de formation en français offerts dans les provinces maritimes. Un énoncé soulève par exemple que les jeunes s'intéressent davantage à poursuivre une formation en santé en français lorsque les programmes sont disponibles à proximité (dans leur région). Un autre énoncé dégage l'importance d'une *formation linguistique et culturelle appropriée* pour les francophones en situation minoritaire. Ceci rejoint deux énoncés qui expriment le besoin de former des professionnels de la santé sensibles à la réalité culturelle et historique des francophones. Sur un thème légèrement divergeant, bien que relié à la langue, un énoncé propose *d'inclure la composante linguistique dans les bases de données en santé*.

La dixième grappe s'intitule ***Leadership communautaire*** et fait valoir le rôle du milieu communautaire dans la lutte pour les services de santé en français. Deux énoncés font par exemple allusion au mouvement Société santé en français. Le premier mentionne que ce fut *un «maudit bon coup» d'avoir créé le mouvement Société santé en français*, tandis que l'autre propose d'*utiliser le mouvement Société santé en français comme levier d'action crédible*. En fait, l'idée d'avoir un leadership communautaire fort est mise en valeur, ainsi que l'importance d'avoir des *idées novatrices venant du milieu qui contribuent à améliorer l'accès*. Un autre énoncé va plus loin en faisant allusion à *l'expérience du fait minoritaire comme stimulant d'approches avant-gardistes et en partenariat*, tandis qu'un autre prône *une révolution au niveau des soins de santé en français*.

La onzième et dernière grappe, ***Partenariat et collaboration***, regroupe des énoncés qui mettent l'accent sur l'interdisciplinarité et les efforts collaboratifs en santé. Deux énoncés portent par exemple sur l'intégration de services de santé au sein du système scolaire. Le premier propose le développement de *programmes de santé et mieux-être au curriculum scolaire*, tandis que l'autre suggère *des services de santé en français parallèles aux services en éducation*. La question de la collaboration avec la population anglophone est également soulevée au sein d'un énoncé.

3.2 Nord de l'Ontario : Timmins

Les participants de la région de Timmins ont produit un total de 98 énoncés regroupés en 8 grappes. Les énoncés des différentes grappes sont exposés en annexe (Annexe 2).

- | | |
|--|--------|
| 1. Santé en français : éducation, pourvoyeurs, services, culture | (4.32) |
| 2. Se regrouper, se coordonner pour mettre en œuvre nos droits | (4.30) |
| 3. Communication compréhensible et accessible | (4.17) |
| 4. Solutions à l'accès en région | (4.14) |
| 5. Formation et intégration des professionnels et des services spécifiques aux communautés du Nord | (4.10) |
| 6. Financement équitable | (4.02) |
| 7. Défi d'affronter le manque de ressources | (4.01) |
| 8. Manque d'appui et ses conséquences | (3.82) |

Le thème transversal se rapporte au fait d'être minoritaire dans un contexte d'éloignement, d'isolement et d'absence de ressources financières et humaines. La première grappe en importance, celle de ***Santé en français : éducation, pourvoyeurs, services, culture***, reflète le souhait d'un avenir où les jeunes professionnels pourraient se former en français, que les francophones puissent s'exprimer en français dans leurs relations avec tous les professionnels de la santé, qu'ils n'aient pas à demander leurs services en français, ni à se justifier, et que les valeurs de fierté franco-ontarienne traversent toutes les sphères de leur vie.

En deuxième lieu vient la question du ***regroupement et de la mise en œuvre des droits***. Dans cette grappe, on mentionne l'importance du rassemblement des organisations francophones de l'Ontario pour assurer une offre intégrée de services en français, des droits de recevoir des services dans sa région sans avoir à se déplacer et des droits de recevoir les services en français sans avoir à les revendiquer (ils ne sont pas des citoyens de deuxième classe, disent-ils). L'Hôpital Montfort fait ici figure emblématique, d'objet de fierté.

En troisième lieu vient la ***communication*** et la nécessité de recevoir l'information en français, que cette information soit simple, ***accessible et compréhensible*** pour tout le monde. On insiste sur le fait *qu'il faut exiger les documents en français et que l'on doit simplifier pour les patients le niveau de langage pour qu'ils comprennent*. Comme les participants ont reconnu les *efforts de traduction, mais pas utilisés par les francophones, et que les francophones ne comprennent pas les termes (vocabulaire) en français, malgré l'offre de [services, documents en] français*, il apparaît logique *qu'il faut simplifier les termes*.

La quatrième grappe propose quelques pistes de ***solutions à l'accès en région*** via un *service de télé-médecine par Internet, la coopération entre les centres (de santé) et les communautés (villes) pour une association de services*. Les intervenants ont également indiqué *que les municipalités devraient s'impliquer davantage*.

La cinquième grappe permet de préciser l'importance de la ***formation***, de l'augmentation du nombre de spécialistes et de professionnels, de postes désignés pour répondre aux ***besoins spécifiques du Nord***. Ils ont notamment souligné *que les programmes spéciaux devraient être*

offerts à tous les professionnels de la santé, pas seulement aux médecins. La formation leur est également parue nécessaire quant aux possibilités de traduction; on propose ainsi de créer un poste d'intermédiaire entre les spécialistes et le patient (former quelqu'un pour traduire).

La sixième grappe aborde le problème **d'iniquité du financement**, du sous-financement particulièrement marqué dans des régions mal desservies, notamment en infrastructures médicales, et les conséquences pour les malades en termes de déplacement vers les centres spécialisés, et pour les professionnels en termes de rétention. Ainsi identifie-t-on la possibilité de *défrayer les transports pour atteindre les services en français*. On cible également les besoins en informations en soulignant la nécessité d'*éduquer les gens pour leur montrer où ils peuvent aller chercher les services et leur montrer ce que l'on tente de faire*.

La septième grappe adresse les **défis relatifs au manque de ressources** financières, humaines, infrastructurelles, à la lutte perpétuelle non seulement pour obtenir les services en français mais aussi pour les maintenir ; on mentionne le faux bilinguisme des professionnels à des postes désignés; on aborde la vulnérabilité du malade en attente de services, quelque soit la langue officielle : *les personnes vulnérables en situation difficile ne veulent pas déranger pour demander des services en français*.

La dernière grappe, **le manque d'appui et ses conséquence**, résume la réalité du Nord : éducation en français déficiente, pénurie de professionnels et de spécialistes, pénurie accrue en français, population vieillissante (faible mobilité des aînés) et indicateurs de santé moins bons, diminution des services en français dans les grands centres urbains (Toronto et Ottawa) où la population du Nord doit se déplacer, difficultés, voire même impossibilité de négocier les services dans la langue quand ils sont urgents et/ou inexistant.

3.3 Moyen-Nord de l'Ontario : Sudbury

Les participants de la région de Sudbury ont produit un total de 172 énoncés regroupés en 7 grappes. Les énoncés des différentes grappes sont exposés en annexe (Annexe 3).

1. Actions pour recevoir des soins de santé adéquats en français	(4.34)
2. Défis pour la formation en santé	(4.29)
3. Impacts du respect linguistique	(4.21)
4. Pistes pour réaliser les objectifs	(4.21)
5. Défis pour améliorer les services en français	(3.94)
6. Gouvernance qui ne valorise pas les services en français	(3.88)
7. Vécu minoritaire	(3.53)

Dans la région du Moyen-Nord et de Sudbury, les répondants mettent davantage l'accent sur les **actions à effectuer pour recevoir des soins de santé adéquats en français** telles que : *reconnaître l'impact positif des organismes francophones*; leur nécessité; leur *droit de se faire servir dans sa langue*; le bilinguisme obligatoire des affaires publiques, la nécessité de contrecarrer l'assimilation et finalement *l'égalité de la qualité des services*. On retrouve par ailleurs un énoncé marquant le souhait d'une *augmentation des services de santé dans les petites communautés*.

Les **défis de la formation en santé** (seconde grappe) sont particulièrement importants en matière de ressources professionnelles dans tous les secteurs de la santé, de moyens d'attrait et de rétention de celles-ci, de promotion des carrières, de formation des professionnels dans leur région spécifique et de financement et d'établissement de postes et de quotas en fonction de la population. Les défis sont ainsi multiples : *d'avoir des spécialistes en français*, *d'attirer des professionnels francophones de la santé*, *augmenter le nombre de places dans les institutions post-secondaires financées par le gouvernement*, etc. Le financement est central puisqu'*il faut avoir l'argent nécessaire pour donner la formation*.

La troisième grappe démontre des **bienfaits du respect des droits linguistiques** en termes d'une meilleure prise en charge de la santé, d'une *meilleure adhérence aux traitements* et fondamentalement de respect du malade lui-même et au nom de l'égalité. Somme toute, des énoncés comme celui-ci qui souligne *qu'avec des services en français, le client se sent mieux* ou encore celui-là : *à une meilleure prise en charge de la santé quand les services sont offerts en français*, le lien entre langue et qualité est univoque. Aussi, on souligne *que les petites communautés rurales ont besoin de services en français*.

Les **pistes pour réaliser les objectifs** (quatrième grappe) mettent de l'avant la nécessité que les gestionnaires de santé soient bilingues et francophiles, d'un financement adéquat et stable, d'un nombre plus grand de postes francophones, d'une *offre active de services en français* et de mesures d'imputabilité les garantissant, comme par exemple *qu'il y ait une vérification des organismes qui se disent bilingues pour qu'ils offrent dans la réalité des services bilingues*.

La cinquième grappe présente les **défis pour améliorer les services en français** dans un contexte où les communautés francophones sont ignorées, que les plus petites communautés très

francophones sont moins bien desservies que les anglophones, que de nombreuses personnes âgées ne comprennent pas l'anglais, que les jeunes ne comprennent pas les avantages à étudier en français, que l'assimilation a pour effet d'intérioriser l'infériorité du français comme langue et du francophone comme individu et que globalement, il faille se battre pour obtenir ce dont on a droit. On met particulièrement l'accent sur les *personnes âgées qui ne comprennent pas l'anglais et qui se retrouvent à l'hôpital et ne sont pas desservies* dans leur langue. Encore ici, on attire l'attention sur le fait que les *services sont peu disponibles et très peu présents dans les petites communautés* et sur le *manque de disponibilité des services de santé dans les petites régions, même s'il y a plus de francophones que d'anglophones*.

La sixième grappe accentue la problématique en faisant valoir des effets de la ***gouvernance qui ne valorise pas les services en français*** : *pénurie de professionnels de la santé, difficulté de recruter des professionnels de la santé, absence de promotion du fait français, sous-financement, désignation-alibi (en fait, de nombreux services désignés ne desservent pas la clientèle en français), documentation et/ou traduction en français souvent incompréhensible ou totalement absente, absence de francophones dans les postes de décision*. On souligne à nouveau le *manque de financement pour les services en français* tout en souhaitant *un meilleur financement pour les cours de base en français*.

La septième grappe, ***vécu minoritaire***, bien qu'elle obtienne le score le plus bas, regroupe à elle seule 36 énoncés. Riche de sens, cette grappe permet de comprendre, dans toutes ses finesses, la relation dominé-dominant dans le champ de la santé en Ontario. En premier vient l'idée du combat difficile, du découragement (*c'est plus compliqué d'avoir des services en français : on se décourage*) dont plusieurs énoncés viennent par la suite expliquer les sentiments qui accompagnent ce combat décourageant : le malaise (*de dire que son français n'est pas adéquat*) ou la gêne (*de s'afficher comme francophone*), la peur (de demander, d'être rejeté, exclu) et la fatigue (de se battre). Les francophones ne demandent pas toujours les services en français et très souvent en raison de l'autoévaluation négative de leur statut : *manque de fierté d'être francophone; infériorité ressentie par les jeunes francophones du Nord; perception qu'en français c'est moins bon, perception que c'est plus facile en anglais* et qu'ils souffrent d'un manque d'informations (*les services sont mal connus en français*). Par ailleurs, on insiste à nouveau sur les difficultés vécues par les *personnes âgées qui n'ont pas étudié en français et ne peuvent le lire*, d'autant plus dans le contexte où *la documentation française est écrite dans un niveau beaucoup plus élevé que la documentation anglaise*.

3.4 Sud de l'Ontario : Toronto

Les participants de la région de Toronto ont produit un total de 157 énoncés regroupés en 9 grappes. Les énoncés des différentes grappes sont exposés en annexe (Annexe 4).

- | | |
|--|--------|
| 1. Absence de perspective francophone dans la conception / organisation du système | (4.06) |
| 2. Favoriser la formation et l'expertise des intervenants et les appuyer | (3.97) |
| 3. Gestion et soutien des ressources humaines | (3.93) |
| 4. Accès équitable à un continuum de services adaptés aux besoins | (3.84) |
| 5. Pluralité culturelle francophone : maximiser les forces | (3.74) |
| 6. Leadership pour former, outiller et engager la relève | (3.63) |
| 7. Contraintes systémiques au développement des services | (3.60) |
| 8. Reconnaissance du français comme langue de service | (3.47) |
| 9. Mobilisation communautaire et citoyenne pour renforcer l'identité | (3.41) |

La cartographie conceptuelle de Toronto est, à l'image de la ville, plus cosmopolite et reflète la position de la minorité linguistique de langue officielle parmi le multiculturalisme.

On peut y lire – grappe avec la plus haute cote d'importance – ***l'absence de perspective francophone dans la conception/organisation du système*** qui regroupe des énoncés tels que : *sensibiliser les gestionnaires (mise en œuvre et planification des services); nécessité de coordonner des choses entre organismes, à tous les niveaux; nécessité d'un financement récurrent; penser en amont des services en français plutôt que d'y penser après; contradictions entre découpages administratifs et réalités communautaires «naturelles». On amène ainsi l'idée de modèles alternatifs qui pourraient être adaptables dans les communautés, laisser les communautés prendre la gouvernance (ex. coop).*

Les préoccupations concernant la ***formation et l'expertise des intervenants*** suivent. On identifie les défis de *retenir les professionnels francophones en Ontario, de la formation des gestionnaires, d'élargissement des programmes de formation en français en Ontario, etc.* On insiste aussi sur *le besoin de leadership*. Les répondants considèrent *qu'il faut se pencher sur la formation des professionnels sur les compétences interculturelles.*

La troisième grappe enchaîne sur le même type de préoccupations en pointant le problème plus spécifique de la ***gestion des ressources humaines*** et au fait d'établir une masse critique pouvant faciliter la formation de la relève, le réseautage et la formation continue. Des énoncés attirant l'attention sur *le recrutement et la rétention des jeunes professionnels, sur le recrutement de penseurs, chercheurs, planificateurs, sur l'intégration professionnelle des nouveaux arrivants et sur la nécessité de développer un mécanisme de rétention des professionnels, à un réseautage et une formation continue offerte en français dès la fin du secondaire* en font foi.

La quatrième grappe pose le problème de ***l'accès équitable à un continuum de services adaptés aux besoins***. On exprime le souhait d'un *accès aux services, d'un accès facile à des services de qualité et à un continuum de soins peu importe la région, d'un accès équitable et de qualité aux francophones* et que les services en français soient aussi prioritaires que les services en anglais, sans préjudice pour l'une ou l'autre des communautés linguistiques. Certaines énoncés attirent

l'attention sur les spécificités à la population francophone en soulignant *que là où les services en français ont le plus de chances de survie c'est au niveau des soins primaires* : il faut ainsi orienter les services vers les besoins et qu'il est possible que *des services vont manquer de diversité (spécifiques à certaines populations)*.

Suit la question de la **pluralité culturelle francophone** qui reflète une réalité de la région de Toronto où la proportion de francophones provenant de l'extérieur du Canada est bien plus élevée que dans les autres régions de l'Ontario. On fait valoir l'importance de l'accueil et de l'encadrement de nouveaux arrivants et la force d'une mobilisation «plurielle» de la francophonie. On souligne ainsi *l'importance des nouveaux arrivants dans l'évolution du système et que les nouveaux arrivants donnent une vie à la communauté francophone, tout en considérant les difficultés de développer l'appartenance pour certains nouveaux arrivants, que les immigrants n'ont pas la même vision, le même sens de la francophonie*.

La sixième grappe porte sur le **leadership pour former, outiller et engager la relève**. Il en ressort *l'importance de la relève, qu'il est important de travailler ensemble, du réseautage, de la formation au leadership, de mobiliser les anglophones sur les réalités francophones et de faire valoir l'expertise des francophones en matière d'interculturalisme, puisque les francophones ont déjà l'expertise du multi-culturel, et pourraient aider les anglophones à développer le même*.

La septième grappe adresse la question des **contraintes systémiques au développement des services** et des moyens pour les résoudre en favorisant la gouvernance francophone pour les francophones, l'alliance avec anglophones francophiles, la création de RLISS francophones. L'idée centrale est *l'utilisation optimale des ressources qui existent déjà (humaines, documentaires, Internet)*, puis vient le développement de nouvelles ressources.

La centralité de la huitième grappe pose le problème de la **reconnaissance du français comme langue de service** et du respect de la personne. Cela débute par *la reconnaissance du patient comme francophone par le professionnel, et par l'identification du patient comme étant francophone*. Somme toute, *les francophones sont contribuables; dans l'avenir nous aimerions qu'ils en aient pour leur argent*.

La dernière grappe porte sur la **question identitaire et la mobilisation communautaire et citoyenne**. Au cœur de cette grappe se pose toute l'importance que la communauté doit travailler pour elle-même, que chacun s'engage en tant que citoyen pour créer des communautés d'intérêts francophones, des communautés de vie, développer l'appartenance, se re-construire son identité. On souhaite ainsi *une mobilisation communautaire comme en éducation et l'engagement du citoyen* en soulignant *que la communauté doit travailler pour elle-même*.

3.5 Est de l'Ontario : Ottawa

Les participants de la région d'Ottawa ont produit un total de 107 énoncés regroupés en 8 grappes. Les énoncés des différentes grappes sont exposés en annexe (Annexe 5).

- | | |
|---|--------|
| 1. Assurer une offre active de services adaptés | (4.11) |
| 2. Imputabilité et automatisme à l'égard du français | (4.07) |
| 3. Favoriser le réseautage et la collaboration | (4.00) |
| 4. Promouvoir l'identité francophone et l'engagement | (3.90) |
| 5. Formation, recrutement et rétention des professionnels | (3.89) |
| 6. Saisir les opportunités de la conjoncture politique et législative et défense des intérêts | (3.89) |
| 7. Assurer l'accès à des services de qualité | (3.88) |
| 8. Développer les connaissances sur les populations à desservir | (3.69) |

À Ottawa, c'est la question de ***l'offre active de services en français adaptés*** qui est priorisée. Cette grappe regroupe des énoncés tels que : *visibilité des services de santé en français (offre active de services); impact d'une offre active bien faite; adapter les programmes à la culture francophone (pas uniquement les traduire)*. On souhaite parvenir à *une dignité et un respect dans la qualité des soins*.

En second degré d'importance suivent les questions ***d'imputabilité et d'automatisme à l'égard du français à tous les niveaux de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services***. On souhaite aussi que les postes désignés soient plus nombreux et que les compétences linguistiques de ces professionnels soient exemplaires. Par ailleurs, on souligne le fait qu'il est plus facile d'accepter les services en anglais que de les revendiquer en français.

Favoriser le réseautage et la collaboration apparaît comme une opportunité à saisir pour atteindre l'objectif d'un réseau de services de santé en français coordonné par et pour les francophones. La conjoncture semble favorable dans le contexte de la réforme du système de santé en Ontario et l'implantation des RLISS. La démarche débute par la nécessité de *travailler en partenariat avec les francophones, les regrouper car ce sont eux qui vont nous appuyer dans l'offre de services; en effet, les RLISS ont l'obligation d'engager les communautés francophones dans les processus de décision*.

La ***promotion de l'identité francophone et l'engagement*** (quatrième grappe) seront garant du succès des francophones et de leur capacité à affronter les relations de pouvoir. Il s'agit en fait de *promouvoir la fierté de vivre en français en milieu scolaire et partout*.

La cinquième grappe porte sur la ***formation, le recrutement et la rétention des professionnels***. La pénurie de professionnels est aussi importante que dans les autres régions, l'importance d'outiller adéquatement ces professionnels constitue également un enjeu pour l'atteinte d'une masse critique francophone au sein de toutes les professions de la santé. Il faut ainsi *donner les outils aux professionnels pour pratiquer en français, former plus de professionnels en français, amener les professionnels francophones à pratiquer en français et développer des stratégies ciblées de recrutement et de rétention des professionnels francophones*.

La question des ***opportunités de la conjoncture politique et législative et de la défense des intérêts*** revient en une grappe distincte (sixième grappe) pour signaler l'importance de poursuivre la *lutte pour des services en français, informer les instances gouvernementales des réalités francophones, s'impliquer dans le développement des plans régionaux de santé, définir un cadre d'imputabilité, nommer un sous-ministre responsable des services de santé en français*. Si le contexte apparaît favorable, il faut et la volonté politique et l'engagement des communautés pour réaliser la complétude institutionnelle nécessaire pour vivre en français.

Les pistes proposées pour ***assurer l'accès à des services de qualité*** (septième grappe) concernent le dépassement des limites imposées par «l'offre de service lorsque le nombre le justifie», l'information et la visibilité des services en français, la proximité des services des citoyens, la facilitation de l'accès dans les conditions d'éloignement, de handicaps et de vieillissement des populations, des mesures de compétences linguistiques réelles pour parer au «faux bilinguisme».

La huitième grappe porte sur le ***développement des connaissances sur les populations à desservir*** où il est question de mieux comprendre les communautés, leurs déterminants sociaux de santé, les approches culturelles de la santé ainsi que le niveau de connaissance des communautés de leurs droits d'exiger les services en français. On souligne ainsi l'importance de *développer un mécanisme pour recueillir les statistiques et données standardisées sur les communautés francophones, d'origine et immigrantes et de développer le réseautage entre les organismes de santé*.

3.6 Ouest canadien

Les participants des provinces de l'Ouest ont produit un total de 91 énoncés regroupés en 9 grappes. Les énoncés des différentes grappes sont exposés en annexe (Annexe 6).

- | | |
|---|--------|
| 1. Participation citoyenne et engagement de la population | (4.05) |
| 2. Accessibilité et offre active de services | (3.95) |
| 3. Engagement politique et financier pour reconnaître et développer les services en français | (3.89) |
| 4. Promotion de la santé : enfance, familles et population | (3.64) |
| 5. Partage de connaissances et d'expertises | (3.64) |
| 6. Reconnaissance officielle des réseaux dans la planification et l'organisation des services | (3.59) |
| 7. Valorisation et soutien des professionnels de la santé bilingues | (3.48) |
| 8. Recrutement, rétention et formation des professionnels de la santé bilingues | (3.46) |
| 9. Soutien aux compétences linguistiques et culturelles des professionnels de la santé | (3.30) |

La première grappe est nommée ***Participation citoyenne et engagement de la population*** et constitue l'unique regroupement d'énoncés portant sur le rôle des populations francophones de l'Ouest quant à leur implication dans le domaine de la santé. La demande de services en français est au cœur de la question, ainsi que la notion de *communautés engagées dans des stratégies de promotion de la santé*. Certains énoncés proposent des pistes d'action pour engager la population, telles que l'offre de *services qui stimulent l'autonomie et la responsabilisation du patient face à sa propre santé*, ainsi que de *doter la population francophone de moyens de participer*. Un autre énoncé va plus loin en suggérant de *bâtir sur les besoins identifiés par les communautés*. La participation des individus et des communautés francophones dans la revendication et l'organisation des services de santé en français est ainsi mise de l'avant.

Tel que l'indique son libellé, la deuxième grappe ***Accessibilité et offre active de services en français dans des lieux stratégiques*** regroupe des énoncés portant sur l'offre active de services de santé en français. Comparativement à la troisième grappe, les énoncés se concentrent en grande majorité sur la forme concrète et l'organisation de l'offre active et non sur la main-d'œuvre offrant les services. Par exemple, quelques énoncés suggèrent la création de centres de santé divers (communautaires, soins primaires, soins de longue durée, interdisciplinaires) ayant tous en commun l'offre de services de santé bilingues afin de desservir la population francophone de l'Ouest. La notion de lieu stratégique transcende également le contenu de la grappe. Un énoncé de nature plutôt quantitative aspire à des *services en nombre suffisant pour les besoins de la communauté*, tandis qu'un autre plus sociopolitique suggère *l'augmentation de l'appui aux personnes aidantes non-rémunérées*.

La troisième grappe, ***Engagement politique et financier pour reconnaître et développer les services en français***, comprend des énoncés qui prônent la reconnaissance officielle du français par les gouvernements, ainsi que l'importance d'offrir des services de santé de qualité en français. Les questions de la place du fait français dans le cadre du multiculturalisme ainsi que les besoins spécifiques en santé liés à la diversité culturelle au sein de la francophonie sont également soulevées. Le contenu de quelques énoncés va plus loin en parlant d'engagement réel

des gouvernements, autorités et établissements face aux services de santé en français. Dans cette veine, un énoncé avance la notion de *gouvernances francophones*. D'autres encore traitent du financement relié à la désignation bilingue ou d'investissement équitable en santé. Un énoncé plus pragmatique propose d'*évaluer les coûts et l'impact de l'absence de services en français pour la population francophone*. Ainsi, la reconnaissance et l'engagement de divers acteurs et à différents niveaux semble être au cœur des préoccupations quant à l'avenir des services de santé en français dans l'Ouest.

La quatrième grappe, ***Promotion de la santé : enfance, famille et population***, avance le souhait d'un accroissement des services destinés aux enfants, tels que les services à la petite enfance (incluant le dépistage précoce) et les services prénataux. Quelques énoncés traitent de la santé en tant que champ intégré au système scolaire et à l'éducation des enfants. Ceci témoigne du désir d'adopter une approche intersectorielle de la santé, et encore plus lorsque vient la question du bien-être des jeunes. Les écoles, les centres préscolaires et les centres d'appui à la famille, en tant qu'institutions, et les enseignants, les éducateurs et les parents sont tous appelés à jouer un rôle important dans la promotion de la santé chez les enfants francophones issus de milieux linguistiques minoritaires dans l'Ouest.

La cinquième grappe est intitulée ***Partage de connaissances et d'expertises***. Les énoncés qui la composent présentent différentes étapes reliées à l'information relative à la santé : l'obtenir, la vulgariser (en français), la partager et l'utiliser à des fins d'innovation. Plus précisément, certains énoncés portent sur le besoin d'information et de données probantes concernant l'offre de services, la santé en général ainsi que la santé des francophones en situation minoritaire de l'Ouest. Ensuite, il est important de *vulgariser en français la recherche sur la santé* et de favoriser un *accès facile à l'information en français pour la population*. Le besoin d'augmenter la visibilité des bonnes pratiques est également soulevé. La *transférabilité des bonnes pratiques francophones aux autres communautés* est également mentionnée comme un ajout au partage typiquement local de l'information. En terme d'innovations, un énoncé propose l'établissement de *nouveaux modèles de collaboration pour maximiser l'offre de services et optimiser les ressources disponibles*.

Le titre de la sixième grappe, ***Reconnaissance officielle des réseaux dans la planification et l'organisation des services***, résume bien le contenu des énoncés regroupés au sein de cette grappe. Cette idée principale est formulée de différentes manières : plus timidement dans l'énoncé suggérant la *participation des réseaux à la planification et l'organisation des services* ou avec plus de conviction dans l'énoncé qui avance que *les réseaux doivent être incontournables et se retrouver aux tables décisionnelles pour l'organisation des services*. Chose certaine, le désir de reconnaissance officielle des réseaux par les autorités provinciales est ressorti avec force. Deux énoncés appuient également l'accroissement de la collaboration entre les réseaux et divers partenaires, tels que les collèges et universités, les associations professionnelles et les ministères de la santé.

La septième grappe, ***Valorisation et soutien des professionnels de la santé bilingues***, présente la notion d'offre active de services de santé en français en mettant l'accent sur les actions qui concernent les professionnels de la santé. Quelques énoncés traitent par exemple du besoin d'affichage et d'identification des professionnels, spécialistes et intervenants bilingues. L'envers de la médaille est également exposé, tel que dans l'énoncé qui soulève *la difficulté de convaincre*

les professionnels de servir en français, ainsi que cet énoncé qui parle du *fardeau de s'afficher en français*. Les divers énoncés qui ont ressorti donnent un aperçu de la complexité des questions entourant l'offre active de services de santé en français. Plusieurs facteurs (psychosociaux et linguistiques, par exemple) découlent des professionnels tandis que d'autres sont d'ordre politique et institutionnel. Néanmoins, l'importance du réseautage des professionnels de la santé francophones et bilingues a été affirmée dans quelques énoncés. Le partage d'information, ainsi que le fait que les activités de réseautage *brisent l'isolement et l'essoufflement* ont été spécifiés comme bienfaits de ces pratiques.

La huitième grappe se nomme ***Recrutement, rétention et formation des professionnels de la santé bilingues***. Premièrement, l'idée de *promouvoir chez les jeunes et les enfants les carrières en santé* qui est soulevée est fondamentale dans la stratégie globale de recrutement de francophones oeuvrant en tant que professionnels dans le domaine de la santé. Quelques énoncés mettent également l'accent sur l'importance et la valeur du bilinguisme au sein de la formation des professionnels de la santé. Un autre thème émergent est celui des professionnels immigrants francophones; il est véhiculé par des énoncés qui expriment l'importance de faciliter leur intégration, de s'attarder à la question de la reconnaissance des diplômes reçus à l'étranger et de *miser sur le recrutement de professionnels de la santé immigrants*. Un énoncé traite également du besoin de favoriser la formation continue des professionnels de la santé francophones.

La neuvième et dernière grappe, ***Soutien aux compétences linguistiques et culturelles des professionnels de la santé***, regroupe les questions de langue et d'offre de services. Un premier thème qui émane des énoncés est celui du besoin d'établir des mécanismes d'évaluation des compétences langagières des professionnels de la santé, ainsi que du niveau de capacités linguistiques requis pour un poste. En lien avec ce besoin d'évaluation s'ajoute l'importance d'*améliorer les compétences linguistiques des professionnels de la santé*. Un autre thème est le besoin de modèles efficaces d'accompagnement et de navigation des francophones dans le système de santé. Par exemple, les services de traductions ainsi que la présence d'accompagnateurs sensibles aux différences culturelles sont suggérés au sein d'énoncés de la grappe.

3.7 Territoire du Nord

Les participants des territoires du Nord ont produit un total de 115 énoncés regroupés en 9 grappes. Les énoncés des différentes grappes sont exposés en annexe (Annexe 7).

1. Engagement et proactivité des gouvernements	(4.41)
2. Accessibilité et disponibilité des services	(4.35)
3. Une langue française réellement officielle pour l'équité en santé	(4.28)
4. Approches ouvertes, novatrices et multiculturelles	(4.19)
5. La santé intégrée et centrée sur les besoins et les réalités des individus et des communautés	(4.17)
6. Leadership communautaire au sein d'un réseau national fort	(4.17)
7. Promotion de la santé en partenariat	(4.13)
8. Défis du français minoritaire	(4.02)
9. Promotion des services en français par l'intermédiaire du bilinguisme?	(3.87)

La première grappe, ***Engagement et proactivité des gouvernements***, traite de la volonté politique associée aux services de santé en français, tout en mettant l'accent sur la question du financement. Les énoncés qui évoquent par exemple *l'engagement à long terme des gestionnaires des établissements de santé et la nécessité d'un financement à long terme récurrent venant du fédéral* sont à ce titre probants. Le besoin d'offrir un financement transparent et adéquat des services de santé en français, ainsi que de clarifier les sources financières de ces derniers sont également soulevés. Un énoncé propose ainsi un *cadre législatif territorial imputable qui permet le développement des services en français*.

La deuxième grappe, ***Accessibilité et disponibilité des services***, soulève l'importance de l'offre active de services de santé en français, en opposition à l'offre passive de services bilingues. Quelques énoncés traitent également du besoin d'augmenter l'identification et l'utilisation des ressources existantes en français. Une suggestion concrète à cet égard est véhiculée par un énoncé qui propose *l'accès à une liste de médecins francophones*. Un autre énoncé suggère de maximiser les nouvelles technologies telles que la télémédecine afin d'offrir des services de santé en français pour les francophones vivant en région éloignée. Un troisième énoncé propose un *réseau Internet de ressources en santé*. Quatre énoncés portent sur la possibilité d'établir des centres de santé communautaires francophones, ou du moins d'espaces francophones au sein de centres, afin de desservir les communautés de langue officielle minoritaire du Nord.

La troisième grappe regroupe des énoncés sous le libellé ***Une langue française réellement officielle pour l'équité en santé***. De fait, cette grappe contient un énoncé prônant la *reconnaissance du fait français en soi*. Ceci s'opérationnalise entre autre en assurant l'implication des francophones dans les instances décisionnelles. Par exemple, un énoncé avance le souhait *que les besoins des francophones soient portés par des francophones au niveau décisionnel*. Un autre énoncé prône *la transférabilité des services communs, standardisés et accessibles en français*. Le contenu de la grappe invoque ainsi le rôle crucial des questions d'ordre politiques dans l'existence, le développement et la pérennité des services de santé en français. Un énoncé avance également qu'il faut être *sympathique à la cause des autres*

minorités. Cette assertion évoque que la lutte pour les services en français ne doit pas se faire au détriment d'autres minorités, tels les autochtones.

La quatrième grappe se nomme ***Approches ouvertes, novatrices et multiculturelles***. Les énoncés qui forment cette grappe peuvent être regroupés en deux thèmes, soient les ressources humaines et la collaboration avec les autres groupes linguistiques et culturels. En ce qui concerne la question des ressources humaines, certains énoncés évoquent les notions de recrutement, de mobilisation, de rétention et d'intégration des professionnels de la santé francophones dans les territoires canadiens. Un énoncé suggère par exemple des *infrastructures pour retenir les professionnels de la santé et les gestionnaires francophones*. Il est donc crucial d'adopter des stratégies afin d'augmenter les effectifs francophones oeuvrant dans le domaine de la santé dans le Nord. Quelques énoncés portent également sur l'accroissement de partage, de collaboration et de dialogue avec les autres groupes linguistiques et culturels, tels que les anglophones, les autochtones et les Inuits. Un énoncé propose d'adopter une *approche multiculturelle, multilingue pour faire connaître les besoins des francophones*. En lien avec ce concept, un autre énoncé avance le *besoin de partage des savoir-faire adaptés au fait minoritaire*. C'est ainsi avec un esprit de collaboration et d'entraide que le fait français pourra prendre sa place et s'épanouir au sein des territoires.

La cinquième grappe s'intitule ***La santé intégrée et centrée sur les besoins et les réalités des individus et des communautés***. Cette grappe reflète entre autre une réalité prépondérante dans le Nord qui touche grandement le secteur de la santé, soit la présence de populations francophones «flottantes» ou transitoires. De plus, ces populations transitoires sont exposées à des conditions de travail nécessitant une attention particulière, tel que l'indique cet énoncé : *l'environnement de travail du Nord est un enjeu de santé en soi, encore plus pour les populations francophones transitoires*. L'organisation des services de santé doit ainsi prendre en compte les réalités du Nord canadien. Un participant à l'étude avance concrètement l'idée de *concevoir nos programmes pour les populations résidentes et transitoires*. Une autre notion propre à la grappe est celle d'une *communauté en santé*. Les énoncés concernant ce thème portent par exemple sur le besoin d'avoir *une communauté stable dans le temps et une communauté plus structurée et permanente pour la rétention de la population*. La maximisation de la participation communautaire ainsi qu'une ouverture aux autres cultures et minorités linguistiques (autochtones par exemple) sont également des idées soulevées.

La sixième grappe se nomme ***Promotion de la santé en partenariat***. Comme l'indique le titre, cette grappe porte fondamentalement sur le besoin d'adopter une approche intersectorielle à la santé. Un énoncé avance par exemple l'importance de *développer un partenariat entre différents secteurs (éducation, personnes âgées) pour offrir les services*. Un autre expose le besoin d'une collaboration étroite entre la communauté et les institutions sanitaires de services. L'importance de mener des *projets de promotion et de prévention en santé dans la communauté* est finalement avancée.

La septième grappe, ***Leadership communautaire au sein d'un réseau national fort***, traite de l'importance du leadership dans le milieu de la santé en français et développe de manière plus approfondie la question des droits linguistiques. Deux énoncés évoquent le rôle du milieu communautaire et des réseaux de santé en avançant l'importance d'*un leadership communautaire et professionnel fort pour porter les projets de santé en français* et du fait que *les réseaux locaux*

et regroupés sont une force importante de changement. Plusieurs énoncés portent également sur l'importance de la revendication des droits pour des services de santé en français, ainsi que la sensibilisation des gouvernements et des francophones d'ailleurs (du Québec par exemple) à la situation linguistique minoritaire canadienne. Pour ce faire, un énoncé avance le besoin de se donner les moyens de mettre en place la vision francophone, tandis qu'un autre prône la santé dans les deux langues officielles comme priorité des gouvernements.

La huitième grappe, ***Défis du français minoritaire***, laisse entrevoir trois défis majeurs de la francophonie dans les territoires : l'offre *versus* la demande de services de santé en français, la place du français au sein du bilinguisme et la vitalité de la francophonie en situation minoritaire. Le premier défi est véhiculé par l'énoncé qui affiche l'importance de *valoriser et normaliser l'offre et la demande de services en français* ainsi que celui qui expose le souhait *qu'il y ait une demande accrue des services de santé en français*. Le défi associé au bilinguisme avance d'une part la *difficulté de faire valoir le fait français dans le bilinguisme*, et d'autre part que le bilinguisme entrainerait à la longue la disparition du français dans les territoires. Le troisième défi est celui de l'importance que les francophones accordent à leur langue et de *l'impact du vécu minoritaire sur la vitalité de la francophonie*. Par exemple, un énoncé avance qu'il y a un *défi associé au fait que certains francophones ne voient pas nécessairement l'importance de défendre le fait français*. Les francophones auraient aussi de la difficulté à trouver leur place, tel que le laisse entrevoir l'énoncé suivant : *les francophones sont chez «les autres» : chez les Inuits, chez les Anglais*.

La neuvième et dernière grappe se nomme ***Promotion des services en français par l'intermédiaire du bilinguisme ?*** Ce sont ici les aspects positifs du bilinguisme qui sont présentés. Quelques énoncés abordent la question sous l'angle des ressources humaines, en prônant par exemple *la valorisation des professionnels de la santé bilingue qui offrent des services de santé en français au sein de la communauté*. En lien avec cette idée, un énoncé suggère la mise en place d'incitatifs pour soutenir le bilinguisme dans le milieu de travail. D'un point de vue plus radical, un autre énoncé propose de *viser le bilinguisme comme stratégie pour obtenir les services pour la population francophone*. D'une manière ou d'une autre, les énoncés de cette grappe transmettent l'importance de reconnaître les efforts déployés par les professionnels de la santé francophones et bilingues.

4. Analyse

L'intérêt d'un rapport national sur les perceptions des intervenants en santé en situation minoritaire réside entre autres dans la juxtaposition des résultats obtenus dans les différents exercices de cartographie conceptuelle ayant eu lieu. De fait, il est possible, à partir de l'ensemble des énoncés, de brosser le portrait des principales thématiques traitées à l'échelle nationale de même que les constats et pistes de solutions le plus communément mentionnés par les sept groupes d'intervenants dans le cadre des ateliers de cartographie conceptuelle effectués.

Un premier thème réunit les considérations concernant les différentes **réalités géographiques propres aux communautés francophones**. Il s'agit en fait d'éloignement (régions, communautés rurales) et de difficultés d'accès aux services (transport, services à distance). Que ce soit en région ou en ville, tous les ateliers ont émis des énoncés qui insistent sur la nécessité du maintien, voire du développement des services de santé en français en régions, particulièrement en milieu rural francophone. La nécessité d'accès à l'éducation et à la formation en santé en français dans les régions est également apparue dans plusieurs ateliers. Aussi, un souhait transparaît dans les différents exercices : celui d'une plus large diversité de services en français en région, dont l'accès aux médecins et spécialistes certes mais aussi pour la prévention, le soutien à domicile, les services à domicile, les foyers pour personnes âgées, etc. Les moyens mentionnés pour y parvenir sont nombreux, passant par la multiplication des services à un meilleur usage des outils existants (affichage des professionnels et des services, utilisation des nouvelles technologies de communications comme Internet, Télé-Médecine et Télé-Santé, équipes mobiles de soins) Tout en soulignant les besoins différents en situation rurale, régionale ou urbaine, les intervenants des milieux urbains reconnaissent certaines similitudes quant aux réalités vécues; à ce titre, l'énoncé suivant du groupe du Sud de l'Ontario (Toronto) l'illustre : «que les hôpitaux mobiles dans les régions éloignées pourraient être un exemple à suivre pour les villes». L'isolement des minorités francophones est un facteur récurrent considéré par les intervenants en santé, en ville comme en région. À ce titre, d'autres thèmes nous informeront des pistes de solutions mentionnées pour briser l'isolement des communautés (communications, nouvelles technologies, réseautage).

Un autre thème, celui de l'**éducation et de la formation en santé en français**, est également central dans les représentations des participants quant à l'avenir des services de santé en français. Dans chaque atelier, plusieurs énoncés plaident ainsi pour le développement des services éducatifs en santé en français : que ce soit pour l'offre de cours et de programmes (et de la documentation associée), l'élargissement des possibilités de stages (notamment en régions) ou encore pour la formation continue, les avenues relatives aux possibilités offertes par l'éducation en français sont nombreuses. Aussi, on souligne l'intérêt du renforcement et du développement des formations culturelles et linguistiques offertes aux anglophones et aux immigrants. L'usage correct du français dans le milieu de la santé y est central mais l'aspect culturel propre aux populations francophones («de souche» et immigrantes) n'en est pas moins mentionné dans chacun des ateliers.

Un autre thème récurrent dans les représentations proposées par les intervenants est celui du **vécu minoritaire**. La situation minoritaire est soulignée dans chacun des exercices, de même que l'isolement caractéristique qu'elle provoque. Les causes de l'isolement mentionnées sont l'isolement géographique, la gêne de s'afficher francophone (en tant que professionnel ou

patient), le manque de reconnaissance du fait français des autorités et de la majorité et les lacunes dans les communications. Les conséquences de cet isolement sont multiples : on parle ainsi du manque de fierté d'être francophone, des réticences des francophones, d'autant plus lorsqu'ils sont bilingues, à demander des services en français, de l'essoufflement des luttes pour l'usage du français, des démarches de revendications isolées, etc. Les intervenants en santé en français reconnaissent ainsi la responsabilité des communautés francophones dans leur isolement mais ils soulignent ainsi du même souffle les possibilités qu'elles portent quant à l'avenir des services en français.

La **mobilisation et l'engagement communautaire** sont réunis en un quatrième thème qui transcende les ateliers. Que ce soit en référence à la mobilisation du milieu de l'éducation ou encore celle ayant eu lieu pour le maintien de l'Hôpital Montfort, tous les groupes ont exposé leur enthousiasme quant aux possibilités offertes par la mobilisation communautaire. On insiste ainsi sur le rôle des communautés dans la planification, l'organisation et la gestion des services tout en soulignant qu'il faut trouver des moyens d'impliquer les communautés dans ces démarches. L'implication des communautés, notamment à travers les possibilités offertes par les réseaux de santé en français, apparaît comme une façon de rapprocher les soins des populations de même qu'une opportunité de repenser les services dans un autre mode d'organisation décentralisée et plus à l'écoute des besoins.

Le thème du **droit à des services de santé en français** regroupe des énoncés relatifs aux argumentaires développés dans les différents ateliers pour soutenir le droit à des services en français et soutenir la mobilisation et l'engagement communautaire pour le respect de ce droit. Ainsi, trois argumentaires sont émis pour soutenir les services en français, à savoir : 1) la qualité des soins; 2) les droits linguistiques et 3) les considérations financières. D'emblée, l'argumentaire le plus central est celui de la qualité des soins. Il regroupe bon nombre d'énoncés qui soulignent que la qualité des soins est compromise lorsque les interventions se déroulent dans une autre langue et que la prévention, le suivi, les consultations, l'adhérence aux traitements sont davantage garantis dans des relations qui se déroulent dans la langue du patient. Suit l'argumentaire s'appuyant sur les droits linguistiques reconnus; que ce soit pour souligner la tiédeur de l'implication des différents paliers de gouvernements ou pour chercher des pistes de solutions pour impliquer davantage la population, l'ensemble des groupes, quoique inégalement, ont souligné les pistes offertes sous ce créneau. Finalement, l'argumentaire des considérations financières, même s'il est le moins développé des trois argumentaires, soutient les deux premiers en statuant simplement qu'en assurant la qualité des soins et le respect des droits linguistiques, tous s'en sauvent à terme avec des économies (meilleure prévention, moins d'admissions et de réadmissions, etc.) en répondant mieux aux besoins des populations.

Car les **besoins spécifiques des populations francophones**, et c'est là un cinquième thème retenu, sont à plusieurs reprises mentionnés et ce dans l'ensemble des ateliers. D'abord, tous les ateliers ont produit nombre d'énoncés concernant la nécessité d'arrimer les services aux besoins réels des communautés francophones : c'est bien là un enjeu central de l'avenir des services de santé en français. Qu'on insiste sur les soins à domicile ou sur la nécessité de résidences adaptées pour personnes âgées, sur les infrastructures aidant les personnes handicapées ou les personnes âgées, ou encore sur les soins à l'enfance et les besoins particuliers des travailleurs transitoires, la nécessité de répondre aux besoins de la population est la même partout. Le défi, et il est reconnu dans l'ensemble des ateliers, est bel et bien celui de produire, de diffuser et d'intégrer les

informations sur les besoins spécifiques des francophones. La nécessité d'une cueillette d'informations statistiques sur les besoins des populations francophones apparaît ainsi dans plusieurs ateliers. Aussi, on mentionne l'intérêt d'un affichage accessible des ressources et services en français disponibles, par exemple à l'aide d'Internet. Différents moyens d'y parvenir sont mentionnés, comme la prise en compte des recherches et études en français en santé, la prise en compte de la langue dans les cueillettes statistiques, la compilation et l'affichage des professionnels, spécialistes et autres intervenants francophones. L'implication des communautés et la mise en forme de répertoires de services et de professionnels apparaissent ainsi à plusieurs reprises comme des pistes de solution pour arrimer les services aux besoins des populations francophones.

Corollaire à l'arrimage aux besoins mais également à d'autres thèmes soulevés précédemment (rapprochement des populations, droits linguistiques, vécu minoritaire, etc.), le **concept d'offre active** de services en français est particulièrement central dans l'ensemble des ateliers. Il s'agit là d'un moyen de court-circuiter les effets pervers du vécu minoritaire cité ci-haut (francophones bilingues qui acceptent les services en anglais, gêne de certains de demander ou d'exiger les services en français, etc.) et ce dans le respect des droits acquis. Notons également ici que tous les ateliers ont mentionné la nécessité d'exiger, de demander ou de militer pour le respect de ces droits et que tous les groupes ont également souligné le malaise, la difficulté et l'inconfort de telles démarches dans une situation de vulnérabilité dans laquelle on se trouve lorsqu'on a besoin de soins. L'offre active apparaît ainsi comme une solution proactive garantissant à la fois le respect des droits et la qualité des soins.

Tous les ateliers ont aussi abordé les questions du **bilinguisme** et de la **traduction**. L'état du bilinguisme est unanimement perçu négativement dans les différentes sessions ayant eu lieu. Par exemple, un énoncé souligne que le véritable bilinguisme est celui des cliniques francophones qui ont l'obligation de fournir des services en anglais, et non pas le bilinguisme affiché mais non effectif des fournisseurs «dits bilingues» mentionné dans un autre énoncé. Dans cette veine, les critiques émises quant à l'effectivité de la politique de désignation bilingue sont également nombreuses. De fait, on en vient à proposer, de manière différente dans la forme mais semblable dans le fond, que différentes mesures d'évaluation des services en français offerts par les fournisseurs bilingues soient mises sur pied de même que leur soient associées des mesures d'imputabilité effectives. Les critiques fusent également quant à la quantité (affichage unilingue) et à la qualité (niveau de langue) des traductions. S'appuyant sur les droits linguistiques et sur la prétention de bilinguisme, on décrie l'affichage unilingue dans les services publics. Concernant les traductions, on souligne d'une part la piètre qualité de certaines d'entre elles (traduction mot à mot) et d'autre part le décalage culturel important entre le français écrit et la langue parlée et comprise par la population francophone. On plaide ainsi pour des traductions prenant compte des réalités culturelles des différentes communautés francophones au pays. Certains énoncés soulignent par ailleurs le besoin de traductions dans le milieu de l'éducation et de la formation en santé.

Un autre enjeu majeur soulevé par l'ensemble des ateliers est celui des **ressources humaines**. Ce thème regroupe de nombreux énoncés qui concernent le recrutement et la rétention des professionnels francophones de la santé. Bien que plus prononcés en régions rurales et éloignées, les besoins en terme de recrutement et de rétention n'en sont pas moins présents en milieux urbains. De manière générale, les intervenants des différents ateliers plaident pour une

multiplication des programmes de formation en santé, de meilleures conditions de travail, des incitatifs financiers, de meilleurs outils de communications et de coordination, bref d'un appui aux professionnels francophones de la santé pour assurer leur intérêt à travailler en français en situation minoritaire.

Dans l'ensemble des ateliers de même que dans de nombreuses grappes produites dans ces derniers, le **rôle des différentes instances gouvernementales** dans le soutien des services de santé en français est souligné. Ne réduisant en rien le rôle de communautés, les attentes émises aux autorités gouvernementales (fédérale, provinciales, territoriales, municipales) ont surtout trait à la reconnaissance du fait francophone, au respect des engagements (respect des droits linguistiques) et aux moyens, surtout financiers, d'assurer les services. On insiste par ailleurs sur la nécessité de clarifier les modalités de financement et d'assurer l'indexation et la récurrence des fonds alloués pour favoriser une meilleure planification et une meilleure gestion.

En partie lié aux considérations quant au soutien des gouvernements, un autre thème souligne l'importance et la **nécessité d'assurer des liens de complémentarité et de collaboration** entre les différents niveaux de services (communautaire, municipal, régional, provincial, territorial, national), entre les différents fournisseurs de services et avec les autres communautés, à savoir la majorité anglophone, les communautés immigrantes et les communautés autochtones. L'importance des collaborations est centrale et vise notamment un meilleur arrimage des services aux besoins des populations, un rapprochement des services, une participation accrue des communautés, etc. Ces collaborations représentent également un moyen d'éviter le dédoublement des services et de faciliter l'identification et la gestion des ressources. Les collaborations et la coordination des services s'étendent aussi aux autres communautés, dont principalement la communauté majoritaire anglophone que plusieurs perçoivent comme incontournable pour la reconnaissance du français. Plus marqué en milieu urbain, la reconnaissance des besoins particuliers des immigrants francophones et de la nécessité de les intégrer en prenant en compte leur réalité est notable. Parallèlement, la reconnaissance des autres minorités, principalement autochtones, est mentionnée dans l'atelier des territoires du Nord. À ce titre, on souligne les possibilités qu'offrent les innovations organisationnelles et de gestion concernant le développement de services arrimés aux besoins des populations minoritaires.

Au final, un dernier thème, épars dans l'ensemble des autres thèmes, des grappes et des énoncés émis, apparaît central dans cette analyse nationale : celui du **réseautage** des organismes, des services et des ressources. Le réseautage est vu dans l'ensemble des ateliers comme un moyen de choix pour atténuer certaines difficultés des services de santé en français (dédoublement des services, manque de coordination, manque d'échange) et favoriser le développement de modalités de gestion novatrices et participatives (implication des communautés, liens de complémentarité et de collaboration). Le réseautage est aussi vu comme un moyen de favoriser le développement et la diffusion des connaissances sur les besoins des populations francophones et sur l'offre de services en français. De fait, on plaide pour la reconnaissance des réseaux de santé par les autorités gouvernementales et par les communautés tout en soulignant la nécessité de leur participation. Les réseaux apparaissent comme un lieu d'échange et de collégialité des intervenants communautaires, professionnels, gestionnaires, gouvernementaux, etc. privilégiés dans l'ensemble des ateliers de cartographie conceptuelle qui ont eu lieu.

5. Bibliographie

- Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM, 2007) *Rapport au ministre fédéral de la santé : Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*, Ottawa, Santé Canada.
- Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM, 2001) *Rapport au ministre fédéral de la santé*, Ottawa, Santé Canada.
- Boelen, Charles (2001) *Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Dagenais, Christian, Valéry Ride, Marie-Claude Laurendeau & Karine Souffez (2009) «La méthode de cartographie conceptuelle pour identifier les priorités de recherche sur le transfert des connaissances en santé des populations : quelques enjeux méthodologiques», *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23 (1) : 61-80.
- Dion, Stéphane (2003) *Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne*, Le plan d'action pour les langues officielles présidé par le Président du conseil du trésor et le ministre des affaires intergouvernementales, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- Novak, Joseph D. & D. B. Gowin (1984) *Learning how to learn*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Novak, Joseph D. & Alberto J. Canas (2006) *The theory underlying concept maps and how to construct them*, rapport technique, Florida Institute for human and machine cognition, [HYPERLINK] : <http://cmap.ihmc.us/Publications/researchPapers/>.
- Trochim, William M. K. (1989a) 'An introduction to concept mapping for planning and evaluation', *Evaluation and Program Planning*, 12 : 1-16.
- Trochim, William M. K. (1989b) 'Concept mapping : Soft science or hard art?', *Evaluation and Program Planning*, 12 : 87-110.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les Maritimes

«Quand je pense à l'avenir des services de santé en français je pense...»

Grappe 1 : L'influence des politiques

- 1 - à des centres intégrés de santé communautaires francophones
- 2 - à avoir des places dans les foyers des personnes âgées dans leur région respective
- 3 - aux besoins de postes désignés francophones NE
- 4 - au travail est de longue haleine pour continuer à influencer les politiques publiques
- 5 - à ce que la composante linguistique fasse partie des critères de certification des organismes qui livrent les services de santé en français
- 6 - à l'absence de planification à long terme
- 7 - au manque de continuité politique
- 8 - à négocier des ententes entre les provinces Labrador et Fermont Québec qui est à 27 km
- 9 - à TNL qui n'a aucune législation sur les services en français
- 10 - à l'absence de vision et de planification des besoins futurs par rapport à la population vieillissante

Grappe 2 : Ouverture face aux réalités de la population

- 1 - que ça devrait aller de soi d'avoir des services dans sa langue
- 2 - à la continuité des services en français tout au long de la vie
- 3 - au besoin de dirigeants sensibles à la réalité culturelle et historique des régions
- 4 - à mieux connaître les utilisateurs des services en français
- 5 - à des services bilingues qui ne répondent pas aux besoins des francophones TNL
- 6 - à revoir la définition du bilinguisme officiel pour garantir les compétences linguistiques réelles
- 7 - à ce que ça devienne une valeur rajoutée de travailler en français
- 8 - que devant l'absence de services, on doit en profiter pour négocier des services bilingues

Grappe 3 : Services en français de qualité

- 1 - à la notion de la langue comme question de qualité et de sécurité des services
- 2 - à un service de qualité en français
- 3 - que les gens doivent se sentir à l'aise de demander le service en français
- 4 - que lorsqu'on est malade, on revient à sa langue maternelle
- 5 - que le patient doit se sentir à l'aise de s'exprimer en français
- 6 - à respecter les populations en leur offrant les services pertinents
- 7 - à la compromission de la qualité des services lorsqu'ils ne sont pas offerts dans la langue
- 8 - à la santé comme étant aussi une question de mieux-être
- 9 - à améliorer la qualité du français dans les services et communications
- 10 - à l'évaluation auprès des clientèles francophones pour savoir si elles ont été desservies dans leur langue
- 11 - à la concentration des francophones en milieux ruraux
- 12 - à la gêne de demander des services dans la langue quand les ressources sont déjà limitées

Grappe 4 : Information et communication adaptées aux communautés

- 1 - au respect des besoins des francophones : humains, linguistiques et culturels
- 2 - à des ressources (matériel écrit) qui reflètent les besoins de la population
- 3 - à afficher la disponibilité des services en français
- 4 - à répondre à des besoins pertinents
- 5 - à avoir des services en français pour mieux desservir les populations âgées qui ne comprennent pas l'anglais TNL
- 6 - à des outils de promotion de la santé dans les deux langues simultanément et de même qualité
- 7 - à l'adaptation linguistique et culturelle des ressources et des services aux besoins de la population
- 8 - à raviver l'engagement des jeunes pour des services en français
- 9 - aux compétences linguistiques nécessaires pour tous les services de contacts directs
- 10 - à une traduction intégrale et simultanée des communications
- 11 - à outiller les patients à se préparer à un rendez-vous médical
- 12 - à la nécessité d'avoir une variété de moyens d'accéder à l'information

Grappe 5 : Marketing (et engagement) social du fait français

- 1 - à se percevoir égaux et traités également
- 2 - au réconfort de recevoir des services en français
- 3 - à la nécessité que les francophones s'identifient comme francophones lorsqu'ils demandent des services
- 4 - au renforcement positif à demander des services en français
- 5 - à l'impact positif pour le maintien et vitalité de la langue de recevoir des services en français
- 6 - au manque d'engagement de la communauté vis-à-vis les services en français
- 7 - qu'il y a beaucoup de travail à faire pour être reconnu comme francophone
- 8 - au danger de l'assimilation qui reste très fort
- 9 - à l'isolement d'être minoritaire

Grappe 6 : Impact positif, vitalité et continuité

- 1 - à la continuité des services en français pour les générations futures
- 2 - aux services en français possibles, faisables et moins coûteux à long terme
- 3 - à la nécessité de faire du marketing social pour valoriser le français
- 4 - à l'espoir que les services en français sont possibles
- 5 - aux francophones qui doivent s'organiser et prendre leur place
- 6 - au bouche à oreille comme stratégie efficace pour faire connaître les activités francophones du Réseau
- 7 - à l'expérience positive de la clinique de vaccination en français (répond à de vrais besoins)
- 8 - à l'offre de services humains à travers lesquels les gens ont du plaisir
- 9 - à créer un sentiment d'appartenance

Grappe 7 : Ressources humaines

- 1 - à avoir du personnel de santé francophone stable TNL
- 2 - à la rétention des nouveaux professionnels de la santé et de leur famille
- 3 - à l'identification systématique par les ordres professionnels des compétences linguistiques
- 4 - au besoin des postes désignés bilingues
- 5 - à sensibiliser les ordres professionnels de la nécessité d'identifier le personnel francophone
- 6 - à favoriser la rétention de professionnels TNL
- 7 - à favoriser le recrutement des professionnels TNL
- 8 - à voir une équipe de recrutement et de rétention des professionnels au sein du Ministère
- 9 - à la formation linguistique créditée dans le cadre de la formation continue
- 10 - au salariat des médecins
- 11 - au manque de ressources humaines dans les organismes (Réseaux de services de santé en français)
- 12 - à la nécessité de mettre à jour les répertoires des professionnels francophones
- 13 - aux changements nombreux des ressources humaines dans les organismes (Réseaux)
- 14 - à l'inefficacité des répertoires des professionnels francophones

Grappe 8 : Innovation et ouverture dans l'offre et l'organisation des services

- 1 - à sensibiliser les gouvernements aux besoins des francophones
- 2 - à innover en profitant de modèles qui ont du succès (Centre de santé Sacré-Cœur)
- 3 - à profiter de la construction du nouvel hôpital pour intégrer des services en français (affichage minimum) TNL
- 4 - à un centre de soins de longue durée offrant des lits désignés pour les services en français
- 5 - à un plus grand pouvoir de décision des francophones dans les structures des institutions officielles
- 6 - à travailler avec les structures déjà existantes qu'elles soient anglophones ou francophones
- 7 - à avoir une composante de santé communautaire rattachée aux centres scolaires communautaires en milieux minoritaires (Centre de santé Fredericton)
- 8 - à obtenir une clinique de santé en français TNL
- 9 - à la Nouvelle-Écosse qui est régie par la loi sur les services gouvernementaux en français mais sans obligation de les offrir
- 10 - aux résistances à intégrer le français dans les services de santé
- 11 - à l'utilisation de télésanté pour rejoindre les régions éloignées
- 12 - à obtenir l'infrastructure de services de santé en français TNL
- 13 - à une meilleure utilisation de télésanté

- 14 - à repenser le système de livraison de soins
- 15 - à la création d'une division des programmes de santé en français au Ministère de la santé IPE
- 16 - à la possibilité d'offrir les services de santé d'une façon différente en situation minoritaire

Grappe 9 : Formation linguistique et culturelle

- 1 - à inclure la composante linguistique dans les bases de données
- 2 - à une formation linguistique et culturelle appropriée
- 3 - à un meilleur accès aux programmes de formation en santé en français
- 4 - à nos jeunes qui s'intéressent davantage à la formation des soins de santé en français parce que les programmes sont disponibles
- 5 - à un médecin de famille capable de desservir les francophones TNL
- 6 - à l'accès à la formation de santé en français chez soi (dans sa région)
- 7 - à des professionnels sensibles à la réalité culturelle et historique des patients
- 8 - à la nécessité que les professionnels de la santé comprennent le vécu culturel des patients
- 9 - à l'utilisation de matériel visuel pour augmenter la compréhension entre le professionnel et le patient

Grappe 10 : Leadership communautaire

- 1 - à utiliser le mouvement Société santé en français comme levier d'action crédible
- 2 - au «maudit bon coup» d'avoir créé le mouvement Société santé en français
- 3 - à l'importance d'avoir un leadership fort au niveau de la communauté et du système
- 4 - à un leadership partagé
- 5 - à des idées novatrices venant du milieu qui contribuent à améliorer l'accès
- 6 - à mieux documenter les besoins afin de mieux planifier les services
- 7 - aux services en français comme n'étant pas un fardeau, il s'agit de faire différent
- 8 - au levier économique pour les communautés rurales (créer de l'emploi, etc.)
- 9 - à l'expérience du fait minoritaire comme stimulant d'approches avant-gardistes et en partenariat
- 10 - à l'importance de créer des espaces francophones
- 11 - à changer la perception que les services de santé en anglais sont meilleurs
- 12 - à la perception que c'est compliqué d'intégrer le français dans les services
- 13 - à une révolution au niveau des soins de santé en français
- 14 - à des lieux de service en français comme des occasions de réseautage et d'échanges
- 15 - à ne pas prendre pour acquis que les gens ne participeront pas aux activités et services en français
- 16 - à la crainte de déshumaniser les services de santé (en raison d'Internet)
- 17 - à la difficulté d'avoir des services en français quand il n'y a pas de services tout court

Grappe 11 : Partenariat et collaboration

- 1 - à un modèle de soins interdisciplinaires et collaboratifs (Équipe de santé)
- 2 - à l'offre active des services en français chez les intervenants et dans les institutions
- 3 - à travailler en partenariat avec les anglophones
- 4 - à des programmes de santé et mieux-être intégrés au curriculum scolaire
- 5 - au coût des budgets (90%) pour traiter (8%) de la population : importance
- 6 - à des services de santé en français parallèles aux services en éducation
- 7 - à une vision non globale de la santé : un problème de consultation

ANNEXE 2 : Le Nord de l'Ontario : Timmins

«Quand je pense à l'avenir des services de santé en français je pense...»

Grappe 1 : Santé en français : éducation, pourvoyeurs, services, culture

- 1 - à offrir l'éducation en français pour les jeunes francophones qui deviendront les professionnels de demain
- 2 - à avoir le choix de s'exprimer en français lorsque tu appelles à un centre professionnel
- 3 - à quelqu'un à la réception à l'urgence qui peut s'assurer de demander aux francophones s'ils veulent avoir des services en français
- 4 - que l'hôpital devrait offrir les services en français aux patients
- 5 - à l'espoir que la formation en français dans le Nord va favoriser le recrutement ou la disponibilité des professionnels francophones
- 6 - que les hôpitaux doivent comprendre qu'ils doivent s'organiser pour offrir les services en français
- 7 - à ne pas avoir besoin de demander les services en français, mais qu'ils soient offerts, disponibles
- 8 - que peut-être que la solution serait d'avoir des traducteurs comme pour d'autres groupes (autochtones)
- 9 - que le français commence à la maison
- 10 - au retour aux valeurs franco-ontariennes (fierté)
- 11 - que les spécialistes devraient être capables de parler aux gens dans leur langue, avec des mots qu'ils comprennent
- 12 - que l'on doit se justifier pour offrir les services en français
- 13 - à valoriser la langue française par les professeurs à l'école pour les enfants (Timmins)
- 14 - à imposer à la personne aspirant à un poste bilingue d'apprendre le français comme condition d'embauche

Grappe 2 : Se regrouper, se coordonner pour mettre en œuvre nos droits

- 1 - que le RLISS va demander aux hôpitaux d'améliorer l'offre de services en français (surveillance des établissements)
- 2 - qu'il est important que les organismes francophones de l'Ontario se rassemblent
- 3 - à viser une diversité de services en français en Ontario, afin que les francophones puissent recevoir les services plus au Nord sans se déplacer
- 4 - à avoir des cliniques et des centres médicaux en français
- 5 - à aller chercher des leaders pour revendiquer
- 6 - que les citoyens ont droit aux services en français, et qu'ils ne sont pas des citoyens de 2^e classe
- 7 - que les francophones devraient se mettre ensemble pour organiser l'intégration des services
- 8 - que les Centres de santé communautaires en français se sont développés
- 9 - que les Centres de santé communautaires pourraient être utilisés comme modèles
- 10 - qu'il faut revendiquer qui nous sommes, et ne pas accepter d'être deuxième
- 11 - à une amélioration des services de santé en français (pour la gestion) après les changements apportés par les RLISS
- 12 - que Montfort est un exemple de mobilisation
- 13 - au besoin de revendiquer pour être respecté
- 14 - que les francophones ne s'organisent pas assez, que les efforts sont individuels, pas en groupe

Grappe 3 : Communication compréhensible et accessible

- 1 - qu'il faut exiger les documents en français
- 2 - que l'on doit simplifier pour les patients le niveau de langage pour qu'ils comprennent
- 3 - à pouvoir m'exprimer et avoir toutes les informations médicales en français avec les professionnels
- 4 - à une faiblesse dans l'apprentissage de la langue
- 5 - à adapter les traductions au français du Nord
- 6 - que les franco. ne comprennent pas les termes (vocabulaire) en français, malgré l'offre de [services, documents en] français
- 7 - qu'il faut simplifier les termes
- 8 - aux efforts de traduction, mais pas utilisés par les francophones

Grappe 4 : Solutions à l'accès en région

- 1 - à donner un meilleur accès et à des services disponibles
- 2 - au service de télé-médecine par Internet
- 3 - à une coopération entre les centres (de santé) et les communautés (villes) pour une association de services
- 4 - que les municipalités devraient s'impliquer davantage
- 5 - que les communautés où il y a des services, c'est parce que les gens se sont mobilisés individuellement, pas en organisation
- 6 - que l'on doit se mobiliser pour forcer [le développement] des services
- 7 - à avoir une continuité, des services continus
- 8 - à la question : est-ce que les revendications pour les francophones ouvrent la porte à d'autres groupes culturels?

Grappe 5 : Formation et intégration des professionnels et des services spécifiques aux communautés du Nord

- 1 - que les programmes spéciaux devraient être offerts à tous les professionnels de la santé, pas seulement aux médecins
- 2 - à créer un poste d'intermédiaire entre le spécialiste et le patient (former quelqu'un pour traduire)
- 3 - à augmenter le nombre de spécialistes francophones en région
- 4 - à un accès à la formation universitaire en région
- 5 - que nos besoins sont plus uniques dans le Nord par rapport aux programmes spéciaux
- 6 - que la situation est la même dans tous les services que celle de l'hôpital
- 7 - que les francophones ont des besoins spécifiques, et qu'il faut que ça change
- 8 - à ce que les pourvoyeurs de services soient culturellement en mesure de desservir la population
- 9 - que les organisations francophones donnent plus d'informations sur leurs mandats et sur ce qu'elles font
- 10 - qu'il y a une concentration des services en français dans quelques communautés seulement (Hearst)
- 11 - que le soutien aux services à domicile est mal coordonné au niveau logistique

Grappe 6 : Financement équitable

- 1 - à défrayer les transports pour atteindre les services en français
- 2 - à avoir de l'argent pour offrir les services en français (manque d'argent du Gouvernement) (pas juste ici, mais aussi dans le Nord)
- 3 - que le gouvernement offre de l'argent pour les régions sous-desservies, mais il devrait y avoir des programmes spéciaux pour les franco. (pas seulement MD)
- 4 - à éduquer les gens pour leur montrer où ils peuvent aller chercher les services et leur montrer ce que l'on tente de faire
- 5 - à avoir accès aux fonds disponibles pour les équipements médicaux à travers le gouvernement (accès en français aux infos)
- 6 - à offrir une vie culturelle pour supporter les professionnels qui souhaitent s'établir : que ce soit quelque chose de positif
- 7 - à suivre le modèle de la Californie avec les hispaniques
- 8 - qu'il est difficile de combler les postes à cause de contraintes syndicales
- 9 - aux informations quant à la disponibilité de fonds pour faire de l'information
- 10 - aux fonds mis en place pour la première et la deuxième année [d'un programme], et qu'il n'y a pas d'indexation

Grappe 7 : Défi d'affronter le manque de ressources

- 1 - au manque de professionnels francophones
- 2 - à offrir des thérapies en français et la littérature en français sur place en Ontario
- 3 - que les personnes vulnérables en situation difficile ne veulent pas déranger pour demander des services en français
- 4 - à obtenir des subventions pour obtenir la littérature
- 5 - à des institutions qui offrent des programmes en français seulement
- 6 - que lorsque tu es malade, c'est plus facile de parler en anglais que demander le services en français : tu veux en finir et te faire soigner
- 7 - à la lutte continue pour conserver les acquis du français
- 8 - au faux bilinguisme des personnes occupant des postes l'exigeant, mais qui ne le sont pas

- 9 - que la littérature et la documentation est traduite en français, mais mal traduite, traduite mot à mot
- 10 - aux difficultés de parler de santé en anglais
- 11 - aux frustrations pour [pouvoir] parler quelqu'un en français

Grappe 8 : Manque d'appui et ses conséquences

- 1 - à l'autonomie dans notre région, part. les aînés francophones (n'ont pas besoin d'une autre personne lors des rendez-vous avec les professionnels)
- 2 - à avoir des subventions pour payer le salaire d'un traducteur médical professionnel
- 3 - à l'importance des postes désignés bilingues, et à la difficulté des remplir
- 4 - que lorsque les patients entrent à l'hôpital, ils ne sont pas en état de négocier, alors qu'ils doivent le faire pour obtenir l'accès aux services
- 5 - à l'état de santé général moins bon des francophones que la norme
- 6 - que les lois existent, mais il y a toujours un moyen pour ne pas offrir les services
- 7 - à un service qui n'est pas présentement disponible, que l'on doit travailler à l'obtenir
- 8 - à une pénurie pour tous les professionnels, quelle que soit la langue
- 9 - que certains services sont disponibles seulement en anglais, mais sont tellement rares qu'on les prend quand même (orthodontiste)
- 10 - à l'espérance de vie moins longue du au travail et à l'éloignement des services
- 11 - que la pénurie des professionnels francophones continuera
- 12 - aux professeurs qui s'expriment mal dans les écoles
- 13 - que l'on est tellement occupé à se battre pour obtenir les services qu'on n'a pas le temps pour s'occuper de questionner la gestion des services
- 14 - que la situation varie selon la ville et la quantité de francophones
- 15 - qu'il est difficile de se battre pour ce que l'on a (comparaison avec Québec)
- 16 - à une diminution des services en français dans les grands centres urbains (Toronto, Ottawa)
- 17 - à une diminution des services spécialisés en français
- 18 - que tant qu'à attendre vaut mieux parler en anglais
- 19 - à l'augmentation des poursuites et des primes d'assurance
- 20 - que toutes les demandes d'argent sont en anglais
- 21 - que lorsqu'on fait partie de la majorité on n'a pas besoin de comprendre
- 22 - que les professionnels francophones doivent être bilingues mais pas les professionnels anglophones

ANNEXE 3 : Le Moyen-Nord de l'Ontario : Sudbury

«Quand je pense à l'avenir des services de santé en français je pense...»

Grappe 1 : Actions pour recevoir des soins de santé adéquats en français

- 1 - à reconnaître l'impact positif des organismes francophones
- 2 - au besoin de quelqu'un qui va me parler dans ma langue, qui va me suivre dans mon langage et que je vais comprendre
- 3 - au droit de se faire servir dans sa langue
- 4 - à des personnes qualifiées qui s'expriment adéquatement en français
- 5 - à reconnaître la nécessité de l'existence des organismes francophones
- 6 - que le CNFS est en place et doit être supporté et soutenu
- 7 - que tout ce qui est du domaine public doit être bilingue
- 8 - à offrir des choses de qualité en français
- 9 - à montrer un standard de services plus élevé en français pour que les gens acceptent et veulent le français
- 10 - à une multiplication des services en français
- 11 - qu'il faut agir tout de suite pour contrecarrer l'assimilation
- 12 - que les défis de SSF sont de produire et de fournir des services en français
- 13 - à une quantité suffisante de francophones pour les desservir
- 14 - à l'augmentation des services de santé dans les petites communautés
- 15 - à l'égalité de la qualité des services
- 16 - que oui, c'est possible
- 17 - que le gouvernement arrête de se fier aux statistiques; le français existe, la masse francophone est là et les besoins aussi
- 18 - au respect dans l'interaction professionnelle
- 19 - à maximiser les services francophones pour réduire les coûts
- 20 - à donner l'exemple pour le faire en français
- 21 - qu'il faut vivre les services en français
- 22 - que si la volonté était là, ça pourrait se faire
- 23 - à motiver et à expliquer tous les avantages de servir la population francophone
- 24 - à mettre plus d'efforts sur certains problèmes de santé qui sont plus graves pour les francophones pour réduire les disparités
- 25 - à une meilleure gestion des plaintes et résultats (rétroaction)
- 26 - au désir que les gros centres, institutions, organismes encouragent le français pour que ça devienne une partie de leur culture
- 27 - qu'il y a beaucoup de dédoublement et qu'il faut préciser ce que chaque organisme fait

Grappe 2 : Défis de la formation en santé

- 1 - aux défis d'avoir des spécialistes en français
- 2 - à attirer des professionnels francophones de la santé
- 3 - qu'il faut avoir l'argent nécessaire pour donner la formation
- 4 - à la promotion des carrières en santé au niveau de nos jeunes
- 5 - à s'assurer qu'une personne est responsable de nous appuyer si on a des problèmes à obtenir des services en français
- 6 - à l'importance de former des professionnels qui vont pouvoir former les nouveaux professionnels
- 7 - à augmenter le nombre de places dans les institutions post-secondaires financées par le gouvernement
- 8 - que ce problème [recrutement] va changer s'il y a plus de formation professionnelle en français
- 9 - à l'accès à plus de professionnels de la santé formés qui peuvent desservir la population en français
- 10 - à l'importance que les professionnels parlent français
- 11 - à désigner des places pour les futurs professionnels francophones (quotas)
- 12 - qu'il faut diplômer des infirmiers
- 13 - à avoir d'autres infirmiers praticiens
- 14 - qu'il faut aller chercher les jeunes professionnels, les former et les payer
- 15 - que tu dois être qualifié à l'embauche pour les postes bilingues

- 16 - que c'est beau la formation, mais qu'on doit s'assurer que les personnes ont la cote de bilinguisme pour leur poste
- 17 - à une mesure de la désignation
- 18 - que le financement des postes de médecins doit augmenter

Grappe 3 : Impacts du respect linguistique

- 1 - à une meilleure adhérence au traitement
- 2 - qu'avec des services en français, le client se sent mieux
- 3 - à augmenter l'importance des services en français
- 4 - à une meilleure prise en charge de sa santé quand les services sont offerts en français
- 5 - que les petites communautés rurales ont besoin de services en français
- 6 - à nos malades francophones qui parlent le français
- 7 - que l'on devrait avoir accès à des documents dans la langue de notre choix
- 8 - à l'égalité des services
- 9 - à sensibiliser toute la population que c'est correct, et pas inférieur de parler en français
- 10 - qu'il y a beaucoup de chemin à faire pour la qualité des soins, et encore plus en français
- 11 - à augmenter la visibilité du français
- 12 - que s'il y a des services en français, il y a moins de réadmissions
- 13 - à l'accessibilité pour chaque individu de recevoir tous ses services en français (des premiers contacts à la fin des interventions)
- 14 - à connaître c'est quoi le respect (parler en français devant les anglophones)
- 15 - à prendre soin de la personne totale
- 16 - à l'importance de se sentir respecté (hiérarchie des professionnels)
- 17 - à l'équilibre entre le savoir-être, le savoir-faire et le savoir
- 18 - à l'importance de la sensibilisation des francophones à demander des services en français
- 19 - qu'il y a beaucoup de rattrapage à faire
- 20 - que l'on a de plus en plus de besoins diversifiés dans les organismes désignés francophones

Grappe 4 : Pistes pour réaliser les objectifs

- 1 - que les gestionnaires doivent être bilingues dans les organismes désignés
- 2 - que les gestionnaires doivent être pro-service en français et pro-francophone
- 3 - à une stabilité constante du financement
- 4 - que les gestionnaires doivent être francophiles dans les organismes désignés
- 5 - à l'imputabilité dans l'offre des services en français
- 6 - à une stabilité du financement, peu importe qui est au pouvoir
- 7 - à augmenter l'argent et les services dans les organismes bilingues
- 8 - à ouvrir des postes francophones
- 9 - à augmenter le financement aux organismes désignés francophones
- 10 - à un meilleur encadrement et une meilleure gestion des services en français dans les unités de soins
- 11 - qu'il est important que de l'argent soit mis pour promouvoir le choix de la formation en français (incitatif)
- 12 - à une offre active des services en français
- 13 - que certains organismes ont du financement mais ne se soucient pas d'organiser ni de fournir des services en français
- 14 - à convaincre le personnel de l'importance des services du CNFS
- 15 - à avoir les effectifs humains dans les organismes bilingues
- 16 - à une transparence dans l'offre des services en français
- 17 - à combler les lacunes entre l'offre et la demande
- 18 - à franciser les services des ordres professionnels
- 19 - à un meilleur partenariat entre tous les organismes
- 20 - aux ordres professionnels qui refusent d'identifier les francophones (ordre des infirmières de l'Ontario)
- 21 - à changer ses lunettes, son optique (gouvernement)
- 22 - que les défis de SSF sont le peu de financement, le peu de personnel et pas de services
- 23 - au fonctionnement des ordres professionnels pour qu'ils desservent mieux la population francophone
- 24 - à pouvoir s'afficher en français (cocarde)
- 25 - à la promotion du fait français par les ordres professionnels

- 26 - à une meilleure rémunération des services
- 27 - qu'il y ait une vérification des organismes qui se disent bilingues pour qu'ils offrent dans la réalité des services bilingues
- 28 - à un incitatif, une prime au bilinguisme
- 29 - à une meilleure rémunération

Grappe 5 : Défis pour améliorer les services en français

- 1 - aux personnes âgées qui ne comprennent pas l'anglais et qui se retrouvent à l'hôpital et ne sont pas desservies
- 2 - que l'on ne devrait pas avoir à se battre pour avoir plus
- 3 - à une traduction adaptée, un niveau de langue compréhensible
- 4 - à des communautés francophones qui sont ignorées
- 5 - aux services peu disponibles et très peu présents dans les petites communautés
- 6 - à encourager et sensibiliser les étudiants francophiles
- 7 - au manque de disponibilité des services de santé dans les petites régions, même s'il y a plus de francophones que d'anglophones
- 8 - que les jeunes ne comprennent pas les avantages qui leur sont offerts d'étudier en français
- 9 - à la qualité du bilinguisme différente selon le francophone et l'anglophone
- 10 - que les jeunes ne comprennent pas les avantages à étudier en français
- 11 - aux attentes plus exigeantes envers les francophones (obligation de faire des traductions)
- 12 - à donner la priorité aux soins, pas à la langue [le service en français doit aller de soi]
- 13 - que depuis longtemps les jeunes du Nord ne vont pas penser qu'ils peuvent devenir médecins
- 14 - que quelques institutions seulement sont vraiment francophones, comme Montfort, Hearst, Sturgeon Falls, Hawkesbury
- 15 - que parfois des cours sont offerts en français mais sont annulés
- 16 - que les francophones sont assimilés, pas besoin de la langue française
- 17 - que les francophones ne mettent pas leur pied à terre
- 18 - que les jeunes sont moins gênés que les personnes âgées, ils ont moins de misère à demander
- 19 - que les anglophones ont l'impression de perdre des postes en faveur des francophones

Grappe 6 : Gouvernance qui ne valorise pas les services en français

- 1 - à une pénurie des professionnels de la santé
- 2 - à la difficulté de recruter des professionnels de la santé
- 3 - au manque de financement pour les services en français
- 4 - au rêve que tous les professionnels qui sont engagés aient la fierté de promouvoir le français
- 5 - que la désignation bilingue fait dur, et que l'on veut des services bilingues, pas seulement une désignation
- 6 - que c'est difficile d'enseigner en français quand on a été formé en anglais et que c'est un problème
- 7 - à un meilleur financement pour les cours de base en français
- 8 - à ce que je fais comme individu ou professionnel pour demander mon service (ne pas être gêné de le faire)
- 9 - que les organismes provinciaux et fédéraux qui sont désignés bilingues ne le sont pas en réalité
- 10 - aux agences privées qui sont désignées bilingues qui ne le sont pas en réalité
- 11 - aux barrières plus grandes pour étudier en français (géographiques et monétaires)
- 12 - à la documentation tout en anglais dans le milieu hospitalier
- 13 - que c'est facile d'être désigné bilingue et de ne pas offrir les services
- 14 - que la documentation est bien plus facile à comprendre en anglais
- 15 - à la perception que la personne francophone doit toujours travailler à améliorer sa langue (professionnalisme)
- 16 - qu'une grande quantité des professionnels qui sont prêts à enseigner ont été formés en anglais
- 17 - à offrir de la formation aux anglophones
- 18 - à l'écart entre les institutions désignées et la réalité (affichage de la langue)
- 19 - à l'affichage, aux activités en anglais à l'hôpital; les services en français sont uniquement verbaux
- 20 - à la documentation en anglais qui est approuvée dans l'hôpital
- 21 - que les francophones ne sont pas assez haut placés dans les hiérarchies (infirmières-chef)
- 22 - qu'il faudrait avoir des manuels en français avec des niveaux moins élevés [difficultés de compréhension]
- 23 - que même si les francophones veulent faire quelque chose, ils ne sont pas assez haut placés

Grappe 7 : Vécu minoritaire

- 1 - que c'est plus compliqué d'avoir les services en français : on se décourage
- 2 - que les services anglophones ne réfèrent pas aux services francophones (utilisent plutôt des interprètes)
- 3 - à la perception qu'en français c'est moins bon
- 4 - que les services sont mal connus en français
- 5 - à la perception que de vouloir les services en français ça prend plus de temps
- 6 - que c'est facile de parler et de vivre en anglais
- 7 - que le bilingue anglais ne parle pas bien français
- 8 - que vouloir les services en français ça prend plus de temps
- 9 - à l'infériorité ressentie par les jeunes francophones du Nord
- 10 - à la perception que c'est plus facile en anglais
- 11 - que la documentation française est écrite dans un niveau beaucoup plus élevé que la documentation anglaise
- 12 - que c'est facile de parler anglais (aller vers la facilité)
- 13 - au manque de compréhension par la culture anglaise de la culture francophone
- 14 - à l'attente de parler en anglais [qu'il y a beaucoup d'attente pour]
- 15 - que certains [anglophones] ne se forcent pas
- 16 - qu'il faut se battre pour en avoir plus
- 17 - que certains [francophones] n'ont pas la même capacité d'écrire en français qu'en anglais
- 18 - à [la difficulté de] travailler en milieu anti-français
- 19 - que les francophones ne demandent pas, ne l'exigent pas
- 20 - au malaise de dire que mon français n'est pas adéquat
- 21 - que les personnes âgées qui n'ont pas étudié en français ne peuvent le lire
- 22 - au manque d'intérêt dans certains cas des francophones de demander en français
- 23 - au manque de fierté d'être francophone
- 24 - à la gêne de s'afficher comme francophone
- 25 - au manque d'intérêt à demander d'être servi en français
- 26 - que les francophones n'ont pas beaucoup d'autorité
- 27 - que les francophones ne veulent pas de chicane
- 28 - [que les francophones sont] tannés de se battre
- 29 - à la traduction littéraire qui n'est pas vraiment adaptée au langage
- 30 - à la peur de demander
- 31 - que les francophones peuvent vivre dans la culture anglaise, mais pas le contraire
- 32 - [que les francophones] ne veulent pas être exclus de la communauté dominante, majoritaire
- 33 - que les francophones ne veulent pas se faire stigmatiser
- 34 - que les francophones ont les mains attachées
- 35 - que les francophones ne veulent pas s'afficher comme francophones au sein de la société
- 36 - à la compétition qui existe avec l'anglais (le plus gros nombre va gagner)

ANNEXE 4 : Le Sud de l'Ontario : Toronto

«Quand je pense à l'avenir des services de santé en français je pense...»

Grappe 1 : Absence de perspective francophone dans la conception / organisation du système

- 1 - à la sensibilisation à faire pour les gestionnaires (mise en œuvre de la planification des services)
- 2 - à la nécessité de coordonner des choses entre organismes, en région et à tous les niveaux
- 3 - au besoin de financement récurrent
- 4 - au travail à faire avec les gestionnaires (services, institutions); penser en amont des services en français plutôt que d'y penser après
- 5 - aux modèles alternatifs qui pourraient être adaptables dans les communautés, les laisser prendre la gouvernance (ex. coop)
- 6 - à utiliser les nouvelles technologies pour rejoindre les personnes
- 7 - que les relations avec les institutions anglophones sont nécessaires
- 8 - à l'intégration des services [en français] dans le design des programmes politiques dès le début
- 9 - aux contradictions entre le concept de RLSS et la réalité
- 10 - à la division des découpages administratifs qui ne correspondent pas aux découpages naturels des populations
- 11 - à revoir les modèles de financement du gouvernement, problème avec le financement par projet
- 12 - à l'avenir relié à la charte d'Ottawa
- 13 - que beaucoup de ressources sont perdues à cause du découpage des régions
- 14 - à réviser toute l'approche marketing pour informer les francophones
- 15 - à la promotion des infrastructures communautaires pour des communautés en santé
- 16 - à une escouade des services en français pour évaluer la qualité des services (mesure efficace)

Grappe 2 : Favoriser la formation et l'expertise des intervenants et les appuyer

- 1 - à retenir les professionnels francophones en Ontario
- 2 - à la formation des gestionnaires francophones à créer
- 3 - au besoin de leadership
- 4 - aux avantages des collaborations entre institutions de formation
- 5 - aux professionnels de la santé autres que les médecins
- 6 - à des professionnels francophones en santé qui ne se sentent pas surchargés car ils sont appuyés
- 7 - au manque de leadership
- 8 - au besoin de programmes de formation en français pour les nouveaux arrivants
- 9 - à l'élargissement des programmes de formation en français en Ontario
- 10 - à afficher une reconnaissance des professionnels francophones
- 11 - à trouver des façons efficaces pour mobiliser l'expertise
- 12 - qu'il faut se pencher sur la formation des professionnels sur les compétences interculturelles
- 13 - que les besoins de professionnels francophones sont immergés dans l'ensemble des besoins de professionnels
- 14 - à reconnaître toutes les compétences des professionnels en médecine alternative
- 15 - que les gens veulent du concret immédiat sans prendre de recul
- 16 - aux francophones qui pratiquent en anglais
- 17 - que les règles syndicales fonctionnent en silos

Grappe 3 : Gestion et soutien des ressources humaines

- 1 - au recrutement et la rétention des jeunes professionnels
- 2 - au recrutement de penseurs, chercheurs, planificateurs
- 3 - à favoriser l'intégration professionnelle des nouveaux arrivants
- 4 - à la concentration du financement pour avoir un plus gros projet plutôt que plusieurs petits sur le même thème
- 5 - à l'identification des professionnels qui peuvent offrir les services en français nécessaire
- 6 - à développer un mécanisme de rétention des professionnels; à un réseautage et une formation continue en français dès la fin du secondaire
- 7 - à réduire les barrières à la formation (stages et régions)

- 8 - que les institutions de formation devraient identifier les personnes potentielles pour travailler en français
- 9 - à une pénurie dans la relève
- 10 - à la difficulté de recrutement des professionnels (français est une barrière supplémentaire)
- 11 - à une pénurie d'intervenants, même si le service est offert
- 12 - à utiliser le commissaire et le conseil consultatif auprès du ministre pour les services en français de l'Ontario
- 13 - à créer une masse d'expertise pour que les gens viennent chez nous
- 14 - qu'il faut revoir les mécanismes de désignation (loi 8)
- 15 - aux institutions qui donnent de la formation uniquement en anglais
- 16 - aux mécanismes de plaintes trop compliqués
- 17 - aux mesures peu coûteuses qui sont efficaces (escouade)
- 18 - que le niveau de la langue [française] des professionnels peut être faible (demande de docs dans les 2 langues pour mieux comprendre)

Grappe 4 : Accès équitable à un continuum de services adaptés aux besoins

- 1 - à l'accès facile à des services de qualité
- 2 - à l'accès aux services
- 3 - à une collaboration intersectorielle (espoir de se rendre à)
- 4 - que la santé en français inclut autant la santé mentale que physique
- 5 - à une facilité pour avoir accès aux ressources
- 6 - aux services qui partent de la prévention jusqu'au suivi (jusqu'aux groupes de soutien)
- 7 - à s'informer des ressources disponibles en français (documents)
- 8 - que là où les services en français ont le plus de chances de survie c'est au niveau des soins primaires; orienter les services vers les besoins
- 9 - à faire connaître les ressources disponibles en français
- 10 - à un accès équitable et de qualité aux francophones (pas nécessairement la même chose que les services anglophones)
- 11 - au besoin d'un service d'accompagnement et d'interprétation médicale
- 12 - à démontrer les besoins
- 13 - à d'autres modèles d'organisation des services
- 14 - que les nouveaux services seront bilingues
- 15 - à de bons services d'interprétation et non de traduction dans les hôpitaux
- 16 - à un continuum de soins peu importe la région
- 17 - à une gamme de services déjà disponibles
- 18 - à des programmes de promotion de la santé pour différentes populations
- 19 - à une identification systématique des francophones par les fournisseurs comme population prioritaire
- 20 - à des services de santé plus focalisés, à orienter la planification selon les besoins de la population
- 21 - à une difficulté d'accès, malgré le nombre élevé de francophones dans la région
- 22 - à des systèmes de santé virtuels où le patient peut cheminer d'un service à l'autre (vision d'avenir)
- 23 - que les organismes francophones vont devenir bilingues (intégration)
- 24 - à ne pas oublier la dimension sociale et les services sociaux
- 25 - à abattre les mythes contre les services francophones
- 26 - que les hôpitaux mobiles dans les régions éloignées pourraient être un exemple à suivre pour les villes
- 27 - que les services vont diminuer surtout dans les régions comme ici
- 28 - aux services qui vont manquer de diversité (spécifiques à certaines populations)

Grappe 5 : Pluralité culturelle francophone : maximiser les forces

- 1 - à l'importance des nouveaux arrivants dans l'évolution du système
- 2 - à l'encadrement des nouveaux arrivants
- 3 - à accueillir les nouveaux arrivants
- 4 - que les nouveaux arrivants donnent une vie [à la communauté francophone]
- 5 - à la pluralité des cultures francophones
- 6 - à la mobilisation des nouveaux arrivants
- 7 - aux difficultés de développer l'appartenance pour certains nouveaux arrivants
- 8 - que l'avenir dépend des nouveaux arrivants

- 9 - qu'une mobilisation est importante pour l'intégration des immigrants
- 10 - à aller chercher les éléments qui attachent la francophonie internationale [nouveaux arrivants]
- 11 - que l'ouverture face aux arrivants change selon les régions
- 12 - que les immigrants n'ont pas la même vision, le même sens de la francophonie
- 13 - que ce n'est pas tout le monde qui se reconnaît dans l'ACFO

Grappe 6 : Leadership pour former, outiller et engager la relève

- 1 - à l'importance de la relève
- 2 - qu'il est important de travailler ensemble
- 3 - aux processus de reconnaissance des acquis et d'accréditation des professionnels formés à l'étranger
- 4 - au manque de formation autour du leadership
- 5 - au réseautage
- 6 - que la communauté doit s'ouvrir aux professionnels pour éviter de les faire tomber dans l'isolement
- 7 - à la fierté de s'afficher comme professionnel francophone
- 8 - au besoin de compétences de base au niveau culturel
- 9 - que « toujours les mêmes » doivent partager leur pouvoir et leurs connaissances
- 10 - que ce sont « toujours les mêmes » et la relève doit commencer à s'intégrer
- 11 - à mobiliser les anglophones sur le fait que pour les francophones il est important d'avoir des services en français
- 12 - au travail à faire à l'extérieur de la communauté
- 13 - que les francophones ont déjà l'expertise du multiculturel et pourraient aider les anglophones à développer la même
- 14 - aux revendications auprès du gouvernement sans informer la communauté d'abord
- 15 - à l'utilisation de la recherche sur les francophones pour les actions de l'ACFO
- 16 - à une mer en tempête

Grappe 7 : Contraintes systémiques au développement des services

- 1 - à une utilisation optimale des ressources qui existent déjà (humaines, documentaires, Internet)
- 2 - à aller chercher des alliés anglophones
- 3 - à une gouvernance par les francophones, pour les francophones
- 4 - qu'il manque de coordination pour faire lever tous les ingrédients
- 5 - à une rétention de l'information sur les ressources disponibles
- 6 - à des RLISS uniquement pour les francophones
- 7 - qu'il revient aux ordres professionnels d'assurer que les personnes reçoivent des services de qualité
- 8 - que le processus de plaintes [auprès des ordres] devrait se faire en français
- 9 - que les différences économiques entre les régions influencent la disponibilité des professionnels
- 10 - que les syndicats ont peur qu'on demande des services en français

Grappe 8 : Reconnaissance du fait français comme langue de service

- 1 - à la reconnaissance du patient comme francophone par le professionnel
- 2 - à l'identification du patient comme étant francophone
- 3 - à développer un langage commun [entre francophones]
- 4 - qu'il faut bâtir sur les succès francophones dans les écoles
- 5 - qu'en santé, les gens sont vulnérables donc ils vont dans le chemin le plus court
- 6 - aux besoins particuliers pour certaines personnes, populations vulnérables
- 7 - que les francophones sont contribuables, dans l'avenir nous aimerions qu'ils en aient pour leur argent
- 8 - à une équité pour diminuer les disparités de santé
- 9 - que le niveau du langage doit être vulgarisé, adapté pour les clients, patients
- 10 - à une perte de momentum
- 11 - au sentiment d'urgence des patients
- 12 - à un champ de bataille

Grappe 9 : Mobilisation communautaire et citoyenne pour renforcer l'identité

- 1 - à une mobilisation communautaire comme en éducation
- 2 - au besoin d'une mobilisation communautaire autour des services
- 3 - que la communauté doit travailler pour elle-même
- 4 - à l'engagement du citoyen
- 5 - que la communauté doit s'ouvrir aux anglophones bilingues
- 6 - au besoin de développer une structure d'accueil pour les francophones impliqués pour qu'ils poursuivent leur engagement dans la francophonie
- 7 - à la création de communautés d'intérêts francophones
- 8 - aux communautés qui demandent les services
- 9 - que le futur des communautés passe aussi par l'affirmation francophone
- 10 - à la responsabilité de la mobilisation de la communauté
- 11 - à développer une appartenance à la francophonie
- 12 - à une construction identitaire
- 13 - que tant qu'on conserve la flamme de la fierté il y aura un maintien du français
- 14 - que l'on devrait parler des francophonies [francophonies multiples]
- 15 - à créer des communautés de vie francophone
- 16 - que la francophonie nous rassemble, mais ce n'est pas ce qui nous garde ensemble
- 17 - que les expériences multiculturelles changent selon le milieu où l'on vit
- 18 - à redonner à la francophonie
- 19 - aux stratégies et approches de construction identitaire
- 20 - que les francophones sont la minorité invisible
- 21 - au désir de développement social
- 22 - que les personnes qui viennent du Québec ont de la difficulté à s'adapter à la réalité du sud-ouest (absence de quartiers francophones)
- 23 - que les francophones se perçoivent comme n'ayant pas besoin de services en français
- 24 - à pourquoi des services en français quand tu parles anglais?
- 25 - au rôle qu'a la société pour redresser l'assimilation qu'elle a créée
- 26 - que le fait d'être parfaitement bilingue joue contre moi
- 27 - à des incertitudes

ANNEXE 5 : L'Est de l'Ontario : Ottawa

«Quand je pense à l'avenir des services de santé en français je pense...»

Grappe 1 : Assurer une offre active de services adaptés

- 1 - à une visibilité [plus grande] des services de santé en français (offre active de services)
- 2 - à une dignité et un respect dans la qualité des soins
- 3 - que l'impact d'une offre active bien faite montre que les francophones préfèrent les services en français
- 4 - à ne pas uniquement traduire les programmes à partir de l'anglais, mais à les adapter aux caractéristiques de la culture francophone
- 5 - à faciliter aux nouvelles communautés [immigrantes] le développement de leurs propres programmes adaptés à leurs besoins
- 6 - à aller chercher les autres populations que les aînés
- 7 - à utiliser les forces vives francophones en dehors de la santé, comme les groupe d'aînés et les jeunes familles
- 8 - à où sont les francophones, il y a plus de difficulté à les rejoindre que les anglophones
- 9 - que lorsque l'on est dans une situation vulnérable on n'a pas nécessairement l'énergie de se battre pour avoir des services en français

Grappe 2 : Imputabilité et automatisme à l'égard du français

- 1 - à l'automatisme du français à tous les niveaux; planification, prestation, évaluation des services
- 2 - à s'assurer de la qualité du français des personnes qui occupent des postes désignés bilingues par une évaluation formelle
- 3 - à une proportion de postes [services] bilingues par rapport à la proportion de francophones
- 4 - à l'évaluation des compétences linguistiques par une firme externe pour éviter l'auto-évaluation [du degré de bilinguisme des postulants à des postes bilingues]
- 5 - à établir des profils de meilleures pratiques des services en français
- 6 - à un accès en français aux spécialistes pour les personnes handicapées
- 7 - que garder les services en français c'est garder la confiance des enfants envers les professionnels de la santé
- 8 - que plusieurs Franco-ontariens bilingues acceptent les services en anglais
- 9 - à accepter des services en anglais par habitude
- 10 - que [nous ne sommes] pas prêt à attendre 6 mois pour voir un spécialiste francophone

Grappe 3 : Favoriser le réseautage et la collaboration

- 1 - à travailler en partenariat avec les francophones, les regrouper car c'est eux qui vont nous appuyer dans l'offre de services
- 2 - au marketing des services en français
- 3 - à utiliser les nouveaux moyens de communication pour partager l'information
- 4 - à la production de données statistiques au niveau régional
- 5 - à garder les réseaux liés par les technologies de l'information (Internet)
- 6 - à la conjoncture : les RLISS ont l'obligation d'engager les communautés francophones dans les processus de décisions
- 7 - à s'assurer d'un arrimage entre les diverses activités sous la responsabilité des RLISS et les bureaux de santé publique
- 8 - à la conjoncture : création d'entités de planification locales francophones
- 9 - que les services sont émiettés, les gens ne se connaissent pas beaucoup

Grappe 4 : Promouvoir l'identité francophone et l'engagement

- 1 - à promouvoir la fierté de vivre en français en milieu scolaire et partout
- 2 - que si on veut garder le français, il faut s'en servir
- 3 - à l'éducation à faire chez les personnes bilingues pour demander les services en français
- 4 - à l'automatisme des francophones de tout le temps parler en anglais
- 5 - aux relations de pouvoir; les institutions anglophones vont imposer l'anglais aux francophones

Grappe 5 : Formation, recrutement et rétention des professionnels

- 1 - à donner les outils aux professionnels pour pratiquer en français
- 2 - à former plus de professionnels en français
- 3 - à la pénurie de professionnels francophones
- 4 - à amener les professionnels [francophones] à pratiquer en français
- 5 - à développer des stratégies ciblées de recrutement et de rétention des professionnels francophones
- 6 - que l'organisation d'un réseau en français facilite la rétention des professionnels
- 7 - à former des gens qui vont offrir des services à domicile pour les aînés francophones
- 8 - à agir sur le milieu pour permettre aux professionnels francophones d'offrir leurs services en français
- 9 - que l'on devrait avoir un volet francophone dans toutes les associations de professionnels
- 10 - à une [plus grande] visibilité des francophones
- 11 - à une pénurie de toutes les professions, surtout des services spécialisés en français
- 12 - à appuyer les étudiants à fonctionner en français dans le milieu [de stage] où ils veulent aller
- 13 - que les étudiants ne sont pas supportés à travailler en français dans les milieux de stage
- 14 - que plus il y aura de recherches et d'outils adaptés, mieux seront les interventions en français
- 15 - à la prudence : ça commence par nous même parce qu'on utilise au travail la langue dans nos écrits (qualité de la langue au travail)
- 16 - à l'avantage d'être francophone au niveau des emplois, car il y a plus de services francophones qu'avant (renforcement)
- 17 - aux programmes d'adaptation pour les employés des établissements aux compétences linguistiques et culturelles francophones (main-d'œuvre)
- 18 - à la double identité des personnes bilingues, qui s'identifient aux deux groupes
- 19 - à la tendance pour certains Franco-ontariens de choisir des programmes de formation en anglais malgré la possibilité de le faire en français
- 20 - que le milieu académique est beaucoup en anglais (manuels, recherches); [il faut] augmenter le français pour mieux former les étudiants
- 21 - que les personnes bilingues capitulent trop rapidement
- 22 - que beaucoup de documents sont en anglais seulement
- 23 - aux perceptions et à la réalité que certains groupes de professionnels francophones sont moins bien formés

Grappe 6 : Saisir les opportunités de la conjoncture politique et législative et défense des intérêts

- 1 - à continuer la lutte pour offrir le financement des services
- 2 - à se débattre pour le maintien des services, surtout dans les milieux les plus minoritaires
- 3 - à informer les instances gouvernementales de la réalité des francophones
- 4 - à informer les instances gouvernementales des réalités rurales et urbaines différentes
- 5 - à la coupure des services et des programmes
- 6 - aux plans d'accessibilité au niveau régional
- 7 - à la conjoncture : création d'un conseil provincial sur les services en français qui va aviser le ministre de la santé
- 8 - à participer à la gouvernance pour que chaque chose qui est créée le soit aussi en français
- 9 - à la possibilité très porteuse qu'offre la conjoncture actuelle au niveau législatif
- 10 - à la maximisation de l'utilisation des nouvelles technologies pour améliorer l'accès aux services, aux niveaux régional, provincial et national, (télé-médecine, télé-santé)
- 11 - à nommer un sous-ministre au niveau du Ministère de la santé qui a la responsabilité des services en français
- 12 - à un cadre d'imputabilité, aux niveaux provincial et régional
- 13 - au manque de leadership au niveau de la désignation ailleurs que dans l'Est ontarien
- 14 - aux limites de la désignation
- 15 - à la conjoncture : la loi 8 est en préambule à la loi 36 sur la transformation des services de santé
- 16 - que la loi 36 est très porteuse, mais que tout dépend de ce que les communautés vont en faire
- 17 - que tout dépend de la volonté politique pour la loi 36

Grappe 7 : Assurer l'accès à des services de qualité

- 1 - aux ratios de francophones à atteindre pour ne pas perdre les services bilingues
- 2 - que la population puisse savoir où aller pour avoir des services en français
- 3 - à rendre les services mobiles pour les rapprocher des citoyens
- 4 - à étendre certains services sur les territoires pour rejoindre plus de personnes
- 5 - aux services offerts, mais coupés car peu de participants
- 6 - à amener les gens aux services, à offrir le transport nécessaire pour rejoindre la population francophone éloignée ou isolée
- 7 - aux activités qui ne sont pas offertes à cause du petit nombre de francophones
- 8 - que la désignation bilingue n'égalise pas qu'il y a nécessairement des services en français
- 9 - à une évaluation de l'efficacité des services qui seront offerts en français pour se renouveler
- 10 - que les vrais services bilingues sont souvent dans les services francophones
- 11 - au peu de points de services pour les francophones, donc au besoin de plus de transport
- 12 - que l'on ne croit pas dans les services bilingues, mais dans les services francophones ayant tout en français (politiques, notes, services)
- 13 - à ne pas hésiter à mettre des dérogations pour tenir compte des nombres
- 14 - à des lieux d'accès de plus grande qualité partout en province et partout en communautés francophones
- 15 - à l'accessibilité des lieux et bâtiments pour les personnes handicapées
- 16 - que malgré la mission francophone, il y a l'obligation d'offrir des services en anglais par les organismes désignés francophones
- 17 - qu'il n'y a pas vraiment de services en français offerts dans les milieux dits bilingues
- 18 - au sentiment d'isolement des francophones
- 19 - que les francophones de l'Ouest [d'Ottawa] devraient pouvoir avoir accès aux services
- 20 - au mythe que les francophones sont uniquement dans l'Est d'Ottawa

Grappe 8 : Développer les connaissances sur les populations à desservir

- 1 - que les communautés ne sont pas nécessairement au courant de ce qu'elles peuvent exiger
- 2 - à la méconnaissance des communautés quant aux opportunités
- 3 - à développer une solidarité des organismes qui offrent des SEF, pas seulement avec les services de 1^{ère} ligne, mais avec les services communautaires et de santé publique
- 4 - à une prestation de services adaptée à la culture des francophones de souche et immigrants
- 5 - à développer un mécanisme pour recueillir les statistiques et données standardisées sur les communautés francophones, d'origine et immigrantes
- 6 - à développer le réseautage entre les organismes de santé
- 7 - que les immigrants francophones augmentent le nombre de la population francophone et ont des besoins particuliers
- 8 - à se questionner sur les besoins des francophones de souche et des immigrants francophones (approches et qualité des services de santé)
- 9 - aux différences de la culture et la langue qui devraient devenir des déterminants de la santé
- 10 - à une approche des déterminants de la santé qui est importante
- 11 - que les immigrants francophones sont une ressource pour les francophones
- 12 - qu'il n'y a pas de réflexe de créer des liens avec d'autres organisations
- 13 - au besoin d'accès pour la population immigrante qui ne parle pas l'anglais et parle français comme langue seconde
- 14 - à l'intolérance de certains anglophones face à l'offre de services en français, contrairement aux francophones (réaction à entendre parler français)

ANNEXE 6 : L'Ouest canadien

«Quand je pense à l'avenir des services de santé en français je pense...»

Grappe 1 : Participation citoyenne et engagement de la population

- 1 - à des services qui stimulent l'autonomie et la responsabilisation du patient face à sa propre santé
- 2 - à des services qui donnent du pouvoir au patient
- 3 - à la population qui demande des services
- 4 - à la participation citoyenne et à l'engagement des populations
- 5 - aux communautés engagées dans des stratégies de promotion de la santé
- 6 - à doter la population francophone de moyens de participer
- 7 - à la prise en charge individuelle et collective de la santé
- 8 - à bâtir sur les besoins identifiés par les communautés

Grappe 2 : Accessibilité et offre active de services

- 1 - à des centres de santé communautaires bilingues
- 2 - à des centres de santé francophones offrant des services bilingues
- 3 - à des centres de soins de longue durée
- 4 - à des centres de santé primaire bilingues avec gouvernance francophone
- 5 - que tous les francophones doivent avoir accès à des services de santé de qualité
- 6 - à des services en nombre suffisant pour les besoins de la communauté
- 7 - à développer des modèles de services interdisciplinaires
- 8 - à des mécanismes de recommandation vers les spécialistes francophones
- 9 - à une offre active de services dans des lieux stratégiques
- 10 - à une population francophone en pleine santé
- 11 - à l'augmentation de l'appui aux personnes aidantes non-rémunérées

Grappe 3 : Engagement politique et financier pour reconnaître et développer les services en français

- 1 - à la volonté politique de servir la population francophone
- 2 - à l'engagement réel des gouvernements, autorités, établissements
- 3 - au financement relié à la désignation bilingue en général
- 4 - à un investissement équitable
- 5 - à la reconnaissance officielle du français par les autorités de santé provinciales et régionales
- 6 - à l'engagement des gouvernants à l'importance des services en français
- 7 - à dépasser les politiques conceptuelles et passer à l'offre réelle
- 8 - que la culture organisationnelle des services de santé en français soit celle d'une valeur ajoutée, essentielle
- 9 - que les services en français sont une question de soins de qualité et de sécurité pour le bénéficiaire
- 10 - à des gouvernances francophones
- 11 - à la reconnaissance du fait français parmi la diversité multiculturelle
- 12 - à la reconnaissance des besoins spécifiques en santé liés à la diversité culturelle au sein de la francophonie
- 13 - à la langue identifiée comme déterminant de la santé
- 14 - à évaluer les coûts et l'impact de l'absence de services en français pour la population francophone
- 15 - que tout le personnel des infrastructures soit responsabilisé au fait français

Grappe 4 : Promotion de la santé : enfance, familles et population

- 1 - à l'accroissement des services à la petite enfance
- 2 - plus spécifiquement aux services de périnatalité
- 3 - à une clinique de dépistage précoce à la petite enfance
- 4 - à des centres d'appui à la famille et à l'enfance avec un volet santé
- 5 - à l'augmentation de l'accès aux services reliés aux troubles de l'apprentissage
- 6 - aux écoles francophones en santé (modèle école en santé)
- 7 - à former et outiller les intervenants et les parents en promotion de la santé et en prévention
- 8 - à cibler les écoles et centres préscolaires pour rejoindre les francophones
- 9 - à la promotion des services de santé adaptés aux populations

10 - à favoriser des événements de promotion en santé, mettant en contact direct la population et les professionnels

Grappe 5 : Partage des connaissances et d'expertises

- 1 - à la transférabilité des bonnes pratiques francophones aux autres communautés
- 2 - à s'inspirer de pratiques exemplaires comme celles des cafés scientifiques
- 3 - à augmenter la visibilité des bonnes pratiques
- 4 - au besoin d'information et de données probantes
- 5 - à vulgariser en français la recherche sur la santé
- 6 - à un accès facile à l'information en français pour la population
- 7 - à un accès facile à du matériel en français de qualité
- 8 - aux nouveaux modèles de collaboration pour maximiser l'offre de services et optimiser les ressources disponibles
- 9 - à un service de veille informationnelle pour les professionnels et les gestionnaires
- 10 - à l'intégration de la variable linguistique

Grappe 6 : Reconnaissance officielle des réseaux dans la planification et l'organisation des services

- 1 - à la participation des réseaux à la planification et l'organisation des services
- 2 - que les réseaux doivent être incontournables et se trouver aux tables décisionnelles pour l'organisation des services
- 3 - que les réseaux sont les premières sources de référence aux niveaux régional et provincial
- 4 - à la reconnaissance officielle des réseaux par les autorités provinciales : planification et organisation des services
- 5 - à la collaboration et à l'implication des collèges et associations professionnelles avec les réseaux
- 6 - à une plus grande collaboration entre les réseaux et les ministères de la santé

Grappe 7 : Valorisation et soutien des professionnels de la santé bilingues

- 1 - au réseautage des professionnels pour partager de l'information
- 2 - au réseautage des professionnels pour briser l'isolement et l'essoufflement
- 3 - à la difficulté de convaincre les professionnels de servir en français
- 4 - au fardeau de s'afficher en français
- 5 - à l'identification et à la diffusion des informations sur les professionnels parlant français
- 6 - à l'identification des spécialistes
- 7 - au réseautage des intervenants et des acteurs clés
- 8 - au besoin que les professionnels bilingues s'affichent

Grappe 8 : Recrutement, rétention et formation des professionnels de la santé bilingues

- 1 - que la formation en santé doit être nécessairement bilingue
- 2 - que le bilinguisme doit être requis pour faire carrière en santé
- 3 - à faciliter l'intégration des professionnels immigrants francophones
- 4 - à la reconnaissance de l'équivalence des diplômés des professionnels immigrants
- 5 - à miser sur le recrutement de professionnels de la santé immigrants
- 6 - à l'augmentation des ressources professionnelles
- 7 - à la pénurie de professionnels par rapport à la demande
- 8 - à encourager la formation bilingue des professionnels de la santé par des incitatifs
- 9 - à soutenir l'intégration des professionnels unilingues francophones dans les systèmes de santé
- 10 - à la sensibilisation des professionnels à la diversité et à l'adaptation culturelles
- 11 - à promouvoir chez les jeunes et les enfants les carrières en santé
- 12 - que les programmes de formation en santé doivent identifier les étudiants parlant français
- 13 - que le bilinguisme doit être standardisé sur le plan national
- 14 - à démontrer la valeur ajoutée du bilinguisme des professionnels de la santé
- 15 - à favoriser la formation continue

Grappe 9 : Soutien aux compétences linguistiques et culturelles des professionnels de la santé

- 1 - à des outils pour évaluer les compétences langagières propres à un poste
- 2 - à une standardisation des niveaux de compétence langagière requise
- 3 - à un modèle d'accompagnement (navigation) dans le système
- 4 - à des modèles efficaces d'interprètes accompagnateurs, navigateurs, sensibles aux différences culturelles
- 5 - à améliorer la compétence linguistique des professionnels de la santé
- 6 - aux normes de formation aux accompagnateurs
- 7 - à des mécanismes d'évaluation de la capacité linguistique des professionnels
- 8 - à des services d'interprétation langagier

ANNEXE 7 : Les territoires du Nord

«Quand je pense à l'avenir des services de santé en français je pense...»

Grappe 1 : Engagement et proactivité des gouvernements

- 1 - à l'engagement à long terme des gestionnaires des établissements de santé
- 2 - que cela revient à la volonté politique
- 3 - à la volonté du gouvernement d'utiliser les fonds dédiés aux francophones pour les francophones
- 4 - à l'investissement des gouvernements provinciaux et territoriaux pour les réseaux
- 5 - aux fonds dédiés aux francophones qui sont détournés ou non utilisés
- 6 - à la nécessité d'un financement à long terme récurrent venant du fédéral
- 7 - à clarifier les sources financières pour que tous les fonds destinés aux services en français soient utilisés
- 8 - à des budgets adaptés à la réalité du Nord
- 9 - au manque de volonté du gouvernement d'offrir des services
- 10 - à un cadre législatif territorial imputable qui permet le développement des services en français
- 11 - au renforcement du réseau national tel qu'il existe, dans le respect des réseaux locaux
- 12 - à l'importance de tenir compte de la réalité économique du Nord (coût de la vie, poste à temps-plein, aide au logement, primes d'éloignement, etc.)
- 13 - au financement transparent et adéquat des services de santé en français
- 14 - au manque de vision francophone dans la conception, la planification et l'implantation des services
- 15 - au besoin de décideurs francophones minoritaires et pas seulement bilingues
- 16 - aux jurisprudences qui aident les communautés à faire reconnaître leurs droits
- 17 - à remettre le programme de contestation judiciaire en marche : il a permis d'obtenir des gains pour les communautés
- 18 - aux politiques de subvention qui entraînent des ségrégations culturelles.

Grappe 2 : Accessibilité et disponibilité des services

- 1 - à la disponibilité de services francophones (notamment les services pour la petite enfance)
- 2 - à l'offre active de services en santé en français en opposition à l'offre passive de services bilingues
- 3 - à l'offre active par un professionnel de santé qualifié
- 4 - que les gens se sentent à l'aise de demander des services de santé en français
- 5 - à une meilleure utilisation des ressources existantes
- 6 - à une meilleure identification des ressources existantes
- 7 - au fait de recevoir la réponse automatiquement en français
- 8 - à des communautés francophones unilingues qui se privent de services car ils ne sont pas offerts en français
- 9 - à un accès à une liste de médecins francophones
- 10 - au pouvoir de s'adresser automatiquement en français pour demander les services
- 11 - à un réseau Internet de ressources en santé
- 12 - à avoir un espace francophone dans les centres communautaires
- 13 - que chaque communauté ait accès à un centre de ressources en français
- 14 - à la création de centres de santé communautaires qui font l'offre active de services de santé en français
- 15 - à voir le côté positif des bonnes choses qui se font déjà (ligne 811, clinique H1N1 offerte selon la langue)
- 16 - à avoir un centre de santé communautaire francophone
- 17 - à maximiser les nouvelles technologies (ex. télé-médecine) pour offrir les services en français en régions éloignées

Grappe 3 : Une langue française réellement officielle pour l'équité en santé

- 1 - à un effort sans précédent de planification durable
- 2 - à la représentation d'office des franco. dans la distribution des ressources (les francophones sont souvent oubliés malgré l'obligation de les desservir)
- 3 - à la reconnaissance du fait français en soi
- 4 - à ne pas se sentir étranger quand on parle français
- 5 - à avoir l'implication des francophones dans les instances décisionnelles
- 6 - à être sympathique à la cause des autres minorités

- 7 - que l'avenir des services en français passe à travers la confiance et le dialogue entre les différents partis
- 8 - à la transférabilité des services communs, standardisés et accessibles en français (loi canadienne sur la santé)
- 9 - que les besoins des francophones doivent être portés par des francophones au niveau décisionnel
- 10 - que les tâches des professionnels de la santé doivent être bien définies, négociées, prévues

Grappe 4 : Approches ouvertes, novatrices et multiculturelles

- 1 - à la continuité des services en français
- 2 - à l'importance de l'affichage des services en français
- 3 - à l'accès à des professionnels bilingues
- 4 - à utiliser les médias francophones pour promouvoir les services en français
- 5 - à recruter et mobiliser les finissants francophones pour qu'ils travaillent dans les territoires
- 6 - à des infrastructures pour retenir les professionnels de la santé et gestionnaires francophones
- 7 - à intégrer tous les professionnels de la santé francophones à l'extérieur du réseau (médecine complémentaire, alternative)
- 8 - à offrir des services et activités en partenariat avec les anglophones et les autochtones
- 9 - à une alliance et un partenariat avec les peuples autochtones et Inuit : collaboration
- 10 - à la nécessité de plus de dialogues et de partages avec les autres groupes linguistiques et culturels
- 11 - à une approche multiculturelle, multilingue pour faire connaître les besoins des francophones
- 12 - au besoin de partage des savoir-faire adaptés au fait minoritaire
- 13 - à tenir compte de toutes les langues officielles des territoires pour que le français soit reconnu

Grappe 5 : La santé intégrée et centrée sur les besoins et les réalités des individus et des communautés

- 1 - à maximiser la participation communautaire
- 2 - à passer du quêteur à l'utilisateur
- 3 - qu'on gagne à partager notre culture
- 4 - à faciliter l'accès aux services même pour les populations francophones flottantes (ex. cartes de santé)
- 5 - à l'importance du contexte et de la réalité de chaque communauté dans l'offre active des services
- 6 - à la reconnaissance officielle du réseau SSF comme lien entre la communauté et les instances gouvernementales
- 7 - qu'il faut affirmer la place et la nécessité du français, surtout en santé en raison de la vulnérabilité des personnes
- 8 - que la santé concerne l'individu mais affecte la famille, la communauté (est plus large)
- 9 - à une communauté en santé
- 10 - à l'environnement de travail du Nord qui est un enjeu de santé en soi, encore plus pour les populations transitoires
- 11 - à une meilleure concertation entre les différents organismes pour le recours aux ressources humaines francophones
- 12 - que la santé concerne l'individu, qui est en lui-même vulnérable et qu'il faut donc en prendre soin
- 13 - à une ouverture aux autres cultures et minorités linguistiques (autochtones, par exemple)
- 14 - à une communauté plus structurée et permanente pour la rétention de la population
- 15 - à des entreprises sensibilisées à un mode de travail, un environnement sain pour les populations transitoires
- 16 - à concevoir nos programmes pour les populations résidentes et transitoires
- 17 - à une communauté stable dans le temps
- 18 - à mettre de l'importance sur les autres facteurs qui déterminent la santé (ex. santé physique)

Grappe 6 : Leadership communautaire au sein d'un réseau national fort

- 1 - à un leadership communautaire et professionnel fort pour porter les projets de santé en français
- 2 - à voir les services de santé en français comme une forme de respect et de droit envers la communauté francophone
- 3 - aux réseaux locaux et regroupés qui sont une force importante de changement
- 4 - à la santé dans les deux langues officielles comme priorités des gouvernements
- 5 - à revendiquer le droit à la francisation
- 6 - à avoir une vision de planification sensible à la langue et à la culture francophone

- 7 - que les décideurs doivent être appuyés par la communauté
- 8 - à un leadership ancré dans les besoins de la communauté, son histoire
- 9 - à l'implication de la municipalité dans l'épanouissement des francophones
- 10 - aux batailles antérieures et menées ailleurs qui aident les communautés à faire reconnaître leurs droits
- 11 - à l'éducation de l'ensemble de la population canadienne aux droits linguistiques
- 12 - à donner les moyens de mettre en place la vision francophone
- 13 - que chaque territoire devrait être sur le même niveau quant aux standards communs
- 14 - à la sensibilisation des francophones d'ailleurs (Québec et immigrants) à la situation minoritaire canadienne
- 15 - aux francophones qui sont les leaders dans les revendications des droits linguistiques; les autochtones suivent

Grappe 7 : Promotion de la santé en partenariat

- 1 - à développer un partenariat entre les différents secteurs (éducation, personnes âgées) pour offrir les services
- 2 - aux limites des individus liées aux barrières linguistiques
- 3 - à la diffusion de répertoires de services et de professionnels
- 4 - à des projets de promotion et de prévention en santé dans la communauté
- 5 - à une collaboration étroite entre la communauté et les institutions sanitaires de services
- 6 - à des organismes institutionnalisés (reconnus par le gouvernement) pour avoir un effet reconnu dans la communauté
- 7 - à l'importance d'offrir des programmes de langue en français aux anglophones

Grappe 8 : Défis du fait français minoritaire

- 1 - qu'il y aura une demande accrue des services de santé en français
- 2 - à la difficulté de faire valoir le fait français dans le bilinguisme
- 3 - à valoriser et normaliser l'offre et la demande de services en français
- 4 - à l'importance des francophones dans d'autres postes clés tels que les ressources humaines
- 5 - au bilinguisme qui à la longue entrainerait la disparition du français
- 6 - au défi associé au fait que certains francophones ne voient pas l'importance de défendre le fait français
- 7 - à la croyance au bilinguisme
- 8 - au défi associé au fait de s'afficher en tant que professionnel de la santé francophone (charge de travail accrue)
- 9 - à l'impact du vécu minoritaire sur la vitalité de la francophonie
- 10 - à utiliser les subventions pour entremêler les cultures au lieu d'une ségrégation
- 11 - aux francophones qui sont chez «les autres» : chez les Inuits, chez les Anglais

Grappe 9 : Promotion des services en français par l'intermédiaire du bilinguisme?

- 1 - à des stratégies de recrutement bilingues
- 2 - à donner la priorité aux francophones bilingues pour les postes en santé (à compétence égale)
- 3 - à la valorisation des professionnels de la santé bilingues qui offrent des services de santé en français
- 4 - à viser le bilinguisme (comme stratégie) pour obtenir les services pour la population francophone
- 5 - aux incitatifs pour soutenir le bilinguisme dans le milieu de travail
- 6 - que la communauté doit être reconnaissante des efforts déployés par les professionnels de la santé francophones et bilingues