

**Mémoire de l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario**  
**présenté dans le cadre de l'étude du projet de loi 41, *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients donnant priorité aux patients***

Novembre 2016

Le mercredi 23 novembre 2016

M. Monte McNaughton  
Président, Comité permanent de l'Assemblée législative  
Édifice de l'Assemblée législative, aile Nord, bur. 202  
Queen's Park  
Toronto (Ontario) M7A 1A8

**Objet:** Mémoire de l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario pour l'étude du projet de loi 41, *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients donnant priorité aux patients*

Monsieur le président,

Au nom de l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario (l'Assemblée) et des 611 500 Franco-Ontariennes et Franco-Ontariens qu'elle représente, je tiens à vous remercier de l'occasion qui nous est donnée de participer à l'étude du Comité permanent de l'Assemblée législative sur le projet de loi 41, *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients donnant priorité aux patients*, en acceptant notre mémoire. Et nous sommes particulièrement encouragés de voir Qualité des services de santé Ontario inclure un volet sur l'équité dans leurs plans d'amélioration de la qualité.

La communauté francophone de l'Ontario a donné à notre organisme un mandat clair de faire connaître ses recommandations et ses préoccupations au cours de l'étude en comité de ce projet de loi lors de la dernière assemblée générale annuelle, tenue le 30 octobre 2016. À ce moment, les délégués ont adopté à l'unanimité la motion « *Projet de loi 41 du gouvernement de l'Ontario, Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients donnant priorité aux patients.* » (Annexe A)

L'offre de services de santé en français est une grande préoccupation chez les Franco-Ontariennes et les Franco-Ontariens. D'ailleurs, le vieillissement de la population a été identifié comme le troisième plus grand défi de la communauté francophone au cours des dix prochaines années lors d'un sondage auquel plus de 2 500 francophones de l'Ontario ont répondu pour élaborer le *Plan stratégique communautaire de l'Ontario français: Vision 2025.*

## Du *Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario* au projet de loi 41

En 2013, plusieurs membres de l'Assemblée ont demandé à l'Assemblée de se doter d'un livre blanc afin de faire un état des lieux et de proposer des pistes de solution afin d'améliorer la livraison de services en français dans le milieu de la santé. L'Assemblée a réalisé plusieurs entrevues individuelles avec des experts et a tenu une journée de travail avec une quarantaine d'acteurs impliqués en santé. Quelques mois plus tard, en octobre 2014, les membres de l'Assemblée adoptaient à l'unanimité le *Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario* (Annexe B) lors de son assemblée générale annuelle.

En mai 2015, le gouvernement de l'Ontario a lancé *Priorité aux patients: Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*, le plan triennal du gouvernement visant à améliorer et à accroître les soins à domicile et en milieu communautaire. À la suite de la publication du rapport *Priorité aux patients*, le Regroupement des Entités de planification des services de santé en français de l'Ontario (Regroupement) a publié des recommandations (Annexe C) suggérant plusieurs changements à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* en février 2016. Quatre mois plus tard, le gouvernement de l'Ontario a introduit le projet de loi 210, *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients*. À la suite de la prorogation, ce projet de loi est mort au *Feuilleton* et le gouvernement a déposé en Chambre le projet de loi 41 le 6 octobre 2016. Malheureusement, une seule des suggestions du Regroupement a été incorporée dans le projet de loi 41, soit dans l'article 5(e.1) mentionnant que les RLISS ont la mission de « respecter... la *Loi sur les services en français*. »

Les recommandations faites par l'Assemblée et les joueurs francophones du milieu de la santé ne sont pas faites par « simple » revendication identitaire. De façon plus fondamentale, ces demandes s'attaquent à l'impact direct que les variables « barrière linguistique » et « fait minoritaire » ont sur la performance globale du système de santé. C'est aussi une question d'équité de qualité de soins et de sécurité. « Le système de santé ne fait pas du tout état des risques associés à ne pas offrir de services en français (SEF). La notion de communication entre le client et l'intervenant qui parle une autre langue est trop souvent mal comprise. (...) Le client ne comprend pas la limite de sa compréhension dans une autre langue, donc ne peut comprendre l'impact de ses décisions. » (Réponse des centres de santé francophones de l'Ontario au document de discussion *Priorité aux patients*, p. 4)

Le *Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario* indique que « la barrière culturo-linguistique a un impact sur la qualité des services à **toutes** les étapes du continuum de la santé - accès aux services, réduction de la capacité à formuler/obtenir un diagnostic bien établi, manquement dans les suivis, manque d'adhésion aux programmes de traitement, non-disposition à recourir aux services de santé de façon préventive - avec, bien évidemment,

des conséquences importantes tant sur l'efficacité du système (erreur de diagnostic, inefficacité des traitements, risque d'aggravation de l'état de santé, complications, etc.) que sur son efficacité (recours plus élevé à des services spécialisés et risque de multiplications de consultations médicales prolongées, augmentation des fréquences et durées de séjour à l'hôpital, recours plus fréquents aux services d'urgence, etc.) »

## Des avancées et des disparités

L'Assemblée croit que le gouvernement de l'Ontario va dans la bonne direction en matière de SEF en santé. Au cours des dix dernières années, le gouvernement s'est engagé à offrir des services de santé en français. Un poste de coordonnateur des services en français au sein de chacun des RLISS a été créé. Six entités de planification ont été créées afin de conseiller les RLISS quant à l'engagement des francophones et à la planification des SEF. Les centres de santé communautaires désignés bilingues se sont multipliés.

Malgré ces avancées, le bilan global masque de sérieuses disparités sur les plans local et régional – dans certaines communautés, on peut même parler d'absence d'offre de SEF – et certains services spécifiques, dont ceux touchant la maladie mentale, souffrent d'un manque criant de ressources.

Avec le projet de loi 41, le gouvernement de l'Ontario a une occasion unique d'assurer une équité d'accès aux soins de santé de qualité pour tous, ce qui inclut la population francophone de l'Ontario, surtout dans la clarification et le renforcement des rôles et responsabilités des différents acteurs en matière de planification de services en français et d'engagement des francophones.

## Recommandations de l'Assemblée

1. Établir clairement que les tierces parties mandatées par les RLISS pour l'offre de services de santé sont assujetties aux dispositions de la *Loi sur les services en français (LSF)*

En prenant en considération tous les changements qui surviendront dans le système de santé si les parlementaires adoptent le projet de loi 41, il est primordial que la législation mette en place certaines mesures pour préserver les acquis. Le *Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario* ainsi que les documents de rétroaction du Regroupement et *Réponse des centres de santé francophones de l'Ontario au document de discussion « Priorité aux patients »* (Annexe D) insistent sur le fait que le projet de loi 41 doit assurer que les intervenants assujettis aux obligations de SEF ne se désistent pas de leurs responsabilités et que les prestataires du secteur privé soient sujets aux mêmes obligations.

« Non seulement ces lois devront-elles être modifiées afin d’assurer que les obligations pour les services en français soient bien enchâssées dans ces projets de loi, mais il serait également important que le pouvoir réglementaire de la ministre responsable (sic) des Affaires francophones soit aussi examiné de près. Cette démarche aurait pour but d’assurer que le pouvoir désigné au ministre s’étende au contrat avec les tierces parties qui serait exécuté par les Réseaux locaux d’intégration des services de santé (RLISS). Ceci est d’autant plus important dans les instances où les RLISS pourraient hériter des contrats de service pour les soins à domicile présentement en place avec les Centres d’accès aux soins communautaires (CASCs) » (Réponse des centres de santé francophone, p. 6). À l’échelle de la province, on retrouve peu de capacité et d’imputabilité de la part des tierces parties pour livrer des services en français.

Le projet de loi 41 devrait être aussi explicite sur ses obligations vis-à-vis de la *Loi sur les services en français* que la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée*. Ceci pourrait faire l’objet d’un article au même titre que:

Application de la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée

(9) La Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée s’applique à un dossier qui est transféré d’une société d’accès aux soins communautaires à un réseau local d’intégration des services de santé, sauf si la société avait la garde ou le contrôle du dossier avant le 1er janvier 2007.

2. Assurer une représentation francophone engagée proportionnelle à la population francophone desservie avec un minimum de deux postes au sein de la gouvernance de chacun des RLISS

Le renforcement de la participation des intervenants francophones à la prise de décision sur les politiques publiques et sur le cadre d’imputabilité est essentiel à l’intégration de la lentille francophone dans le cadre de toutes décisions ayant un impact sur le système de santé.

Actuellement, le projet de loi 41 prévoit que les conseils d’administration des RLISS passeront de neuf à douze membres, mais il demeure silencieux sur les mécanismes d’inclusion de la francophonie. Le projet de loi est une occasion en or pour le gouvernement de s’assurer que les conseils d’administration des RLISS aient toujours le réflexe de réfléchir à leurs investissements, leurs politiques et leurs procédures sous la lentille francophone. Cette mesure aiderait grandement les RLISS à être proactif, et non réactif, en matière de SEF.

En exigeant une représentation francophone engagée proportionnelle à la population francophone desservie avec un minimum de deux postes au sein de la gouvernance de chacun des RLISS, le gouvernement pourrait s'assurer que les SEF ne soient pas la grande oubliée dans la gestion quotidienne des Réseaux. Il est essentiel d'avoir au moins deux représentants francophones engagés au sein de la gouvernance de chacun des RLISS. Les expériences du passé nous démontrent qu'outre l'aspect symbolique, un francophone nommé seul au sein d'un conseil d'administration peinera à accomplir son mandat. En décidant de nommer au moins deux francophones engagés par conseil d'administration, les membres francophones des conseils d'administration pourront effectuer un travail plus efficace.

De plus, comme le projet de loi 41 crée de nouvelles sous-régions pour les RLISS, il y a une opportunité d'inclure des mécanismes de représentation francophone au niveau décisionnel des sous-régions. Celles-ci devront cependant monter à la représentation de la grande région du RLISS.

3. Renforcer le mandat des entités de planification au-delà de l'engagement communautaire afin de leur conférer un rôle décisionnel dans la planification des services de santé en français pour l'ensemble du mandat des RLISS

Le concept des Entités de planification des services de santé en français (EPSSF) a été introduit dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Cependant, elles ont été nommées qu'en 2010 afin de conseiller les RLISS sur toutes les questions qui touchent les francophones. À ce jour, l'influence des entités dans la planification des services de santé en français varie grandement d'une région à l'autre. Le projet de loi 41 offre une opportunité de clarifier le rôle des entités ainsi que leur relation avec les RLISS et le ministère de la Santé.

L'article 16 de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* précise que « les réseaux locaux d'intégration des services de santé de concert avec les EPSSF engagent de façon soutenue la collectivité des diverses personnes et entités qui oeuvrent au sein du système de santé local (...) ». Le concept « d'engagement » est flou et peut porter à différentes interprétations. Les Entités de planification sont plus que des conseillères sur les besoins des communautés francophones de l'Ontario. Elles devraient être reconnues et protégées dans le cadre législatif comme des partenaires égaux des RLISS.

À ce jour, l'Assemblée constate une grande disparité régionale de l'influence des entités de planification des services de santé en français. De plus, certains termes utilisés dans la loi sont flous. Notre mémoire va un peu plus en profondeur sur ce sujet.

La relation entre les RLISS et les entités doit être modifiée de sorte que ces dernières collaborent tout au long du processus de planification. Les entités doivent faire partie intégrante de tous les processus décisionnels, et ce, dès le départ. Ainsi, par exemple, si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario octroie aux RLISS des nouveaux fonds destinés aux soins à domicile, la planification des services à la population francophone serait supérieure puisque les entités seraient incluses dès le début de l'allocation de deniers publics.

En demandant un éclaircissement des rôles des EPSSF et des RLISS, l'Assemblée souhaite que les Entités fassent partie de tous les processus décisionnels ayant un impact sur les SEF. Par exemple, si le MSSLD octroie de nouveaux fonds destinés aux soins à domicile aux RLISS, la planification des services à la population francophone serait supérieure puisque les EPSSF seraient incluses dès le début de l'allocation des deniers publics.

4. Inclure spécifiquement dans la notion d'intérêt public une référence aux obligations envers les communautés francophones, soit l'équité en matière d'offre et de prestation de services de santé

Encore aujourd'hui, les Franco-Ontariennes et les Franco-Ontariens doivent trop souvent revendiquer pour obtenir des SEF à cause de nuances ou de généralités se retrouvant dans le cadre législatif.

La définition d'intérêt public est très générique dans sa définition de la diversité. Le gouvernement, avec le projet de loi 41, a une occasion à saisir en incluant dans la notion d'intérêt public, se retrouvant dans le préambule, alinéa i) de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, une référence aux obligations envers les communautés francophones.

5. Maintenir et bonifier les acquis linguistiques francophones des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) lors de leur intégration dans les RLISS

Le projet de loi 41 prévoit que les employés des CASCs seront intégrés au sein des RLISS. La majorité des CASCs sont désignés sous la *LSF*, d'autres sont en voie de l'être. Il est primordial que les acquis en matière de services en français soient protégés et même bonifiés lors de l'intégration.

Les quatre recommandations à cet effet du document Réponse des centres de santé francophones de l'Ontario au document de discussion « Priorité aux patients », publiées en février 2016, sont toujours pertinentes. Dans ce document, les centres de santé francophones de l'Ontario proposent:

- que la capacité de bilinguisme ou d'offrir des services en français parmi les fournisseurs de services doit être évaluée et on doit mettre une valeur sur la capacité d'offrir des SEF;
- d'assurer que les coordonnateurs de soins qui possèdent une capacité d'offrir des SEF soient déployés dans des agences communautaires francophones;
- d'assurer que les obligations législatives envers les droits linguistiques priment sur les conventions collectives en place dans 10 des 14 CASCs.
- Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) définisse les services essentiels qu'offrent les CASCs et les fournisseurs de services, développe des indicateurs pour ces derniers et assure que les RLISS exigent la prestation de SEF auprès des fournisseurs. Le cas échéant, le MSSLD devrait exiger que les RLISS identifient de nouvelles agences qui ont la capacité d'offrir des SEF.

En plus de ces cinq recommandations mises de l'avant par l'Assemblée dans le cadre de ce mémoire, vous pourrez en consulter d'autres dans les documents mis en annexe, dont le *Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario*, document phare de notre organisme donnant plusieurs pistes de solutions afin d'améliorer la desserte de services en français en Ontario.

## Conclusion

Le projet de loi 41 est une occasion en or pour le gouvernement de l'Ontario d'accorder la priorité aux patients en offrant à la population francophone une équité dans la livraison de services. L'Assemblée souhaite ardemment que le Comité permanent de l'Assemblée législative prenne bonne note de ses recommandations visant à ce que la lentille francophone soit intégrée à toutes les étapes du processus décisionnel lié au système de santé. L'offre et l'accès à des services de santé en français sont un élément fondamental de notre système de santé ayant des répercussions directes sur l'efficacité et l'efficience du système dans son ensemble.

L'Assemblée vous remercie grandement toute l'attention que votre comité a portée à ce mémoire. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements ou si vous avez des questions ou des commentaires, n'hésitez pas à contacter l'analyste politique de l'Assemblée, Bryan Michaud, au 613-744-6649 ou à [bmichaud@monassemblee.ca](mailto:bmichaud@monassemblee.ca).

Veillez agréer, Monsieur le président, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le président,

Carol Jolin



# Annexe A

Motion « Projet de loi 41 du gouvernement de l'Ontario, *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients donnant priorité aux patients* »

Onzième (11<sup>e</sup>) assemblée générale annuelle de  
l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario  
à Sudbury  
Le dimanche 30 octobre 2016, de 9 h à 12 h

## FORMULAIRE DE PRÉSENTATION DE PROPOSITIONS OU DE VOEUX

Sujet : Projet de loi 41 du gouvernement de l'Ontario, *Loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients donnant priorité aux patients* les priorités et recommandations du *Livre blanc sur la Santé*

**Attendu que** le projet de loi 41 représente une opportunité pour le gouvernement de l'Ontario de consolider l'offre de services en français dans le réseau de la santé;

**Attendu qu'à** l'exception de la mention de la *loi sur les services en français* toutes les recommandations formulées dans les documents *Rétroaction du Regroupement des Entités de planification des services de santé en français de l'Ontario* et *Réponse des centres de santé francophone de l'Ontario au document de discussion Priorité aux patients*, ne se retrouvent pas dans le projet de loi 41 ;

**Attendu que,** même si la *Loi sur les services en français* (LSF) a pour but d'assurer un accès équitable aux services en français, y compris en santé, certaines régions peinent encore à avoir accès à des services de santé en français;

**Attendu qu'il** est primordial que la lentille francophone soit toujours prise en considération dans la transformation, la planification et la livraison des services;

**Attendu que** le projet de loi 41 a été adopté en deuxième lecture le 27 octobre 2016 et est présentement à l'étude au Comité permanent de l'Assemblée législative;

1. Il est proposé que l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario (l'Assemblée) compare devant le Comité permanent de l'Assemblée législative afin de proposer les amendements suivants au projet de loi:
  - a. Établir clairement que les tierces parties mandatées par les RLISS pour l'offre de services de santé sont assujetties aux dispositions de la LSF;

- b. Inclure spécifiquement dans la notion d'intérêt publique une référence aux obligations envers les communautés francophones, soit l'équité en matière d'offre et de prestation de service en santé.
  - c. Renforcer le mandat des entités de planification au-delà de l'engagement communautaire afin de leur conférer un rôle décisionnel dans la planification des services de santé en français pour l'ensemble du mandat des RLISS.
  - d. Assurer une représentation francophone engagée proportionnelle à la population francophone desservie avec un minimum de deux postes au sein de la gouvernance de chacun des RLISS.
2. Il est proposé que l'Assemblée demande au gouvernement d'assurer le maintien des acquis linguistiques francophones des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) lors de leur intégration dans les RLISS.
  3. Il est proposé que l'Assemblée suive le développement des règlements découlant du projet de loi de façon prioritaire afin de s'assurer que la perspective francophone s'y retrouve.

Proposée par

Nom du délégué mandataire : Bernard Leduc

Nom de l'organisme : Hôpital Montfort

Appuyée par

Nom du délégué mandataire : Danny Purcell

Nom de l'organisme : Fondation Franco-Ontarienne

# Annexe B

*Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario*

Version française:

<https://monassemblee.ca/wp-content/uploads/2016/01/livre-blanc-sante-fr.pdf>

English version:

<https://monassemblee.ca/wp-content/uploads/2016/04/livre-blanc-sante-enFINAL2.pdf>

# Annexe C

Rétroaction du Regroupement des Entités de planification des services de santé en français de l'Ontario à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, le règlement de l'Ontario 515/09: Engagement de la collectivité francophone en application de l'article de la loi et l'entente de financement et de responsabilisation entre les Entités de planification des services de santé en français et les RLISS

# **Rétroaction du Regroupement des Entités de planification des services de santé en français de l'Ontario**

**à**

**La loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local**

**Le règlement de l'Ontario 515/09 : Engagement de la collectivité francophone  
en application de l'article de la loi**

**L'entente de financement et de responsabilisation entre les Entités de  
planification des services de santé en français et les RLISS**

**Préparé pour Nancy Naylor, sous-ministre associée  
Prestation et mise en œuvre**

**Le 18 février 2016**

## Table des matières

Sommaire exécutif.....	3
Rétroaction et suggestions :	
Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local.....	4
Règlement de l'Ontario 515/09 : Engagement de la collectivité francophone en application de l'article 16 de la loi.....	12
Entente de financement et de responsabilisation entre les Entités de planification des services de santé en français et les RLISS.....	16
Conclusion.....	17

## Sommaire exécutif

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du système de santé esquisé dans le [document de discussion Priorité aux patients](#), le gouvernement de l'Ontario va être amené à modifier différentes lois et règlements, notamment la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local et son règlement d'application 515/09. Ces modifications législatives présentent une occasion unique pour le gouvernement de l'Ontario d'assurer une équité d'accès à des soins de santé de qualité pour tout ce qui inclut les Franco-ontariens.

Au même moment, le ministère de la Santé vient de compléter une évaluation du modèle Entités-RLISS qui dévoile que des améliorations au modèle sont de mise. Entre autres, l'évaluation démontre le besoin de clarifier et renforcer les rôles et responsabilités des différents acteurs (ministère, RLISS, Entités de planification) en matière de planification des services de santé en français et d'engagement des francophones.

Cette rétroaction, produite à la demande explicite de Nancy Naylor, sous-ministre associée, prestation et mise en œuvre, par les six directions générales des Entités de planification des services de santé en français de l'Ontario (Entités) suggère des modifications qui vont en ce sens.

Essentiellement nos suggestions à chaque niveau du cadre législatif visent à :

La loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

- Préciser les obligations des RLISS en matière de service en français;
- Clarifier le rôle des Entités comme partenaire dans la planification et l'engagement communautaire des francophones;
- Définir un rôle provincial pour le Regroupement des Entités auprès du ministère;
- Assurer une imputabilité claire pour les services en français à même le système de santé, c'est-à-dire du ministère jusqu'aux fournisseurs de service de santé, et ce en passant par les RLISS;
- Assurer une représentation francophone au conseil d'administration des RLISS et autres structures de gouvernance.

Le règlement d'application 515/09

- Clarifier la relation de collaboration entre les RLISS et les Entités à chaque étape de la planification des services de santé en français;
- Spécifier les responsabilités des RLISS, des Entités ainsi que les responsabilités conjointes en matière de service en français;
- Refléter le mandat élargi des RLISS et des Entités suite à la transformation du système selon Priorité aux patients;
- Spécifier le rôle provincial du regroupement des Entités auprès du ministère.



## L'entente entre les RLISS et les Entités

- Développer et signer une entente de collaboration RLISS-Entité;
- Préciser davantage les responsabilités et les modalités de collaboration en lien avec les mandats élargis;
- Ajuster le niveau de financement afin que celui-ci reflète le mandat élargi des Entités;
- Clarifier que le niveau et les modalités de financement sont établis par le ministère.

Nous reconnaissons que ces suggestions devront être analysées sous un angle juridique afin de déterminer la meilleure façon de les inclure à la législation. Nous avons toutefois émis des suggestions concrètes dans les pages qui suivent afin d'alimenter votre réflexion. Nous souhaitons ardemment que ce document soit que le début d'une conversation.

# Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

Dans cette section, la rétroaction est directement associée au texte de la loi. Dans un premier temps la référence précise à la section de la loi est identifiée, suivi de constats, de suggestions et d'un encadré proposant du nouveau texte dans la loi. Tel que mentionné précédemment, nous sommes conscients que ces suggestions devront faire l'objet d'une revue légale. Notre objectif étant d'exprimer nos réflexions de la façon la plus explicite possible.

## PRÉAMBULE

### Constat:

Dans l'alinéa f) du préambule :

- le verbe « croire » pourrait être interprété comme ayant une portée interprétative sur le verbe « respecter » ;
- le respect de la *Loi sur les services en français* semble plutôt être une aspiration qu'une obligation.

### Suggestion :

Pour remédier à ces préoccupations, nous suggérons de :

- diviser l'alinéa f) en deux parties;
- changer le verbe « respecter » pour « se conformer à ».

### Préambule

La population de l'Ontario et son gouvernement :

- a) réaffirment leur fidélité aux principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité, d'accessibilité et de responsabilisation que prévoient la *Loi canadienne sur la santé* (Canada) et la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*;
- b) s'engagent à favoriser la prestation des services de santé publics par des organismes sans but lucratif;
- c) reconnaissent que ce sont la collectivité, les fournisseurs de soins de santé et la population qu'ils desservent qui sont le mieux en mesure d'établir les besoins et les priorités sanitaires de la collectivité;
- d) créent des réseaux locaux d'intégration des services de santé dans le but de réaliser un système de santé intégré et de permettre aux collectivités locales de prendre des décisions au sujet de leur système de santé local;
- e) reconnaissent le besoin qu'ont les collectivités, les fournisseurs de services de santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et le gouvernement de travailler ensemble dans le but de réduire le double emploi et de mieux coordonner la prestation des services de santé de sorte qu'il soit plus facile pour la population d'accéder aux soins;
- f) croient que le système de santé devrait être guidé par un engagement à l'égard de l'équité et un respect de la diversité des collectivités lorsqu'il dessert la population de l'Ontario ;
- g) se conforment aux exigences de la *Loi sur les services en français* lorsqu'il dessert les collectivités francophones;
- h) reconnaissent le rôle des Premières Nations et des peuples autochtones dans la planification et la prestation de services de santé au sein de leurs collectivités;
- i) croient en la responsabilisation et la transparence des pouvoirs publics comme moyen de démontrer que la gouvernance et la gestion du système de santé permettent de favoriser l'intérêt public et de promouvoir une amélioration constante de la qualité des services de santé de grande qualité pour tous les Ontariens et Ontariennes et une prestation efficiente de ces services;
- j) confirment que l'accès aux services de santé ne sera pas limité à la zone géographique que sert le réseau local d'intégration des services de santé dans laquelle réside une personne;
- k) conçoivent un système de santé intégré qui réponde aux besoins actuels et futurs de la population en matière de services de santé.

## Preamble

The people of Ontario and their government,

- (a) confirm their enduring commitment to the principles of public administration, comprehensiveness, universality, portability, accessibility and accountability as provided in the *Canada Health Act* (Canada) and the *Commitment to the Future of Medicare Act, 2004*;
- (b) are committed to the promotion of the delivery of public health services by not-for-profit organizations;
- (c) acknowledge that a community's health needs and priorities are best developed by the community, health care providers and the people they serve;
- (d) are establishing local health integration networks to achieve an integrated health system and enable local communities to make decisions about their local health systems;
- (e) recognize the need for communities, health service providers, local health integration networks and the government to work together to reduce duplication and better co-ordinate health service delivery to make it easier for people to access health care;
- (f) believe that the health system should be guided by a commitment to equity and respect for diversity in communities in serving the people of Ontario;
- (g) conforms to the requirements of the *French Language Services Act* in serving Ontario's French-speaking community;
- (h) recognize the role of First Nations and Aboriginal peoples in the planning and delivery of health services in their communities;
- (i) believe in public accountability and transparency to demonstrate that the health system is governed and managed in a way that reflects the public interest and that promotes continuous quality improvement and efficient delivery of high quality health services to all Ontarians;
- (j) confirm that access to health services will not be limited to the geographic area of the local health integration network in which an Ontarian lives; and
- (k) envision an integrated health system that delivers the health services that people need, now and in the future.

## **PARTIE II – RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ – LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORKS**

### **Constat général de cette partie:**

La Partie II de la Loi consacrée aux RLISS :

- ne comporte aucune mention explicite de leurs rôles et responsabilités en matière de planification des services de santé en français;
- ne définit pas clairement la façon dont les RLISS doivent collaborer avec les Entités, non seulement pour l'engagement de la communauté francophone, mais dans la planification des services de santé en français.

### **5. Mission - Object**

#### **Suggestion :**

Cette section devrait :

- comporter une mention explicite de la responsabilité des RLISS d'assurer sur leur territoire une équité d'accès aux soins notamment en matière de services de santé en français;
- clarifier la relation de partenaire de premier plan entre les RLISS et les Entités pour la planification des services de santé en français et articuler l'obligation des RLISS de collaborer avec les Entités à chaque étape a) à n).

## Mission

5. La mission de chaque réseau local d'intégration des services de santé consiste à planifier, à financer et à intégrer le système de santé local, *en collaboration avec l'Entité de planification des services de santé en français lorsqu'il s'agit de services de santé en français*, de façon à réaliser l'objet de la présente loi et, notamment, à faire ce qui suit :

- a) promouvoir l'intégration du système de santé local afin de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficaces;
- b) déterminer les besoins du système de santé local en matière de services de santé et prendre des dispositions à leur égard conformément aux plans et priorités provinciaux et faire des recommandations au ministre au sujet du système, y compris ses besoins en matière de financement d'immobilisations;
- c) engager la collectivité de personnes et d'entités qui œuvrent au sein du système de santé local dans la planification du système et l'établissement des priorités de celui-ci, y compris l'établissement de mécanismes formels pour la participation et la consultation de la collectivité;
- d) veiller à ce que le système de santé local soit doté de processus appropriés pour répondre aux préoccupations de la population au sujet des services qu'elle reçoit;
- e) évaluer et surveiller le rendement du système de santé local et de ses services de santé, y compris l'accès à ces services et leur utilisation, leur coordination, leur intégration et leur rentabilité, et faire rapport à ce sujet au ministre et en assumer la responsabilité devant lui;
- f) participer et collaborer à l'élaboration, par le ministre, du plan stratégique provincial ainsi qu'à l'établissement et à la mise en œuvre de la planification à l'échelle provinciale, de la gestion de systèmes et des priorités, des programmes et des services en matière de soins de santé à l'échelle provinciale;
- g) élaborer des stratégies et collaborer avec les fournisseurs de services de santé, y compris les centres universitaires des sciences de la santé, les autres réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services à l'échelle provinciale, entre autres, afin d'améliorer l'intégration des systèmes de santé provincial et locaux et la coordination des services de santé;
- h) mettre en œuvre des stratégies mixtes avec d'autres réseaux locaux d'intégration des services de santé afin d'améliorer les soins aux malades et l'accès à des services de santé de grande qualité et de promouvoir la continuité des soins de santé entre les systèmes de santé locaux et partout dans la province, et participer à ces stratégies;
- i) diffuser de l'information sur les meilleures pratiques et favoriser le transfert des connaissances entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services de santé;
- j) rehausser l'efficacité économique de la prestation de services de santé et la durabilité du système de santé;
- k) accorder un financement aux fournisseurs de services de santé, conformément aux priorités provinciales, de sorte qu'ils puissent fournir des services de santé et du matériel sanitaire;
- l) conclure des ententes visant l'établissement de normes de rendement, *incluant des normes de rendement pour les services de santé en français* et faire en sorte que les fournisseurs de services de santé qui reçoivent un financement du réseau se conforment à ces normes;
- m) faire en sorte que les ressources humaines, matérielles et financières du réseau soient gérées de façon efficace et efficiente et répondre de leur utilisation devant le ministre;
- n) réaliser les autres objets que précise le ministre par règlement pris en application de la présente loi. 2006, chap. 4, art. 5

## Objects

5. *The objects of a local health integration network are to plan, fund and integrate the local health system, in collaboration with the French Language Health Planning Entities regarding French language health services, to achieve the purpose of this Act, including,*

- (a) *to promote the integration of the local health system to provide appropriate, co-ordinated, effective and efficient health services;*
- (b) *to identify and plan for the health service needs of the local health system in accordance with provincial plans and priorities and to make recommendations to the Minister about that system, including capital funding needs for it;*
- (c) *to engage the community of persons and entities involved with the local health system in planning and setting priorities for that system, including establishing formal channels for community input and consultation;*
- (d) *to ensure that there are appropriate processes within the local health system to respond to concerns that people raise about the services that they receive;*
- (e) *to evaluate, monitor and report on and be accountable to the Minister for the performance of the local health system and its health services, including access to services and the utilization, co-ordination, integration and cost-effectiveness of services;*

- (f) to participate and co-operate in the development by the Minister of the provincial strategic plan and in the development and implementation of provincial planning, system management and provincial health care priorities, programs and services;
- (g) to develop strategies and to co-operate with health service providers, including academic health science centres, other local health integration networks, providers of provincial services and others to improve the integration of the provincial and local health systems and the co-ordination of health services;
- (h) to undertake and participate in joint strategies with other local health integration networks to improve patient care and access to high quality health services and to enhance continuity of health care across local health systems and across the province;
- (i) to disseminate information on best practices and to promote knowledge transfer among local health integration networks and health service providers;
- (j) to bring economic efficiencies to the delivery of health services and to make the health system more sustainable;
- (k) to allocate and provide funding to health service providers, in accordance with provincial priorities, so that they can provide health services and equipment;
- (l) to enter into agreements to establish performance standards, including performance standards for French language health services and to ensure the achievement of performance standards by health service providers that receive funding from the network;
- (m) to ensure the effective and efficient management of the human, material and financial resources of the network and to account to the Minister for the use of the resources; and
- (n) to carry out the other objects that the Minister specifies by regulation made under this Act. 2006, c. 4, s. 5.

## 7. Conseil d'administration - *Board of directors*

### Constat :

- Aucune mention n'est faite de la représentation francophone au sein des structures de gouvernance des RLISS. Aucun mécanisme ne garantit une représentation francophone.
- Assurer une représentation des populations dans la gouvernance des RLISS est crucial pour faire en sorte que la planification du système de santé local se fasse selon un principe d'équité.

### Suggestion :

- Garantir dans la composition de la gouvernance des RLISS et des autres structures de gouvernance locales une représentation francophone reflétant la proportion de la communauté francophone au sein de la population desservie.
- S'arrimer aux exigences de représentation francophone des critères de désignation.
  - o Si la communauté desservie par l'organisme représente une population francophone supérieure à 10% : Le nombre de francophones au conseil d'administration et les comités du conseil d'administration doit refléter la proportion de la communauté desservie
  - o Si la communauté desservie par l'organisme représente une population francophone inférieure à 10 % et le conseil d'administration a moins de 10 membres : Le conseil d'administration et les comités du conseil d'administration doivent avoir au moins un membre francophone
  - o Si la communauté desservie par l'organisme représente une population francophone inférieure à 10 % et le conseil d'administration a 10 membres ou plus : Le conseil d'administration et les comités du conseil d'administration doivent avoir au moins deux membres francophones

### Conseil d'administration

7. (1) Sous réserve du paragraphe (10), chaque réseau local d'intégration des services de santé se compose d'au plus neuf membres, **incluant une représentation francophone reflétant la proportion de la communauté francophone tel que défini dans les critères de désignation**, que nomme le lieutenant-gouverneur en conseil et qui en constituent le conseil d'administration. 2006, chap. 4, par. 7 (1).

### *Board of directors*

*7. (1) Subject to subsection (10), each local health integration network shall consist of no more than nine members, including Francophone representation that reflects the proportion of the Francophone community as set out in the Designation criteria, appointed by the Lieutenant Governor in Council who shall form the board of directors of the network. 2006, c. 4, s. 7 (1).*

## **Partie III – PLANIFICATION ET ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ – *PLANNING AND COMMUNITY ENGAGEMENT***

### **14. (4) Consultation – *Consultation***

#### **Constat :**

- Il n'existe aucune organisation provinciale mandatée par le Gouvernement de l'Ontario pour conseiller le ministère dans la mise en œuvre de l'application de la lentille francophone au niveau des stratégies provinciales en santé.
- Le Regroupement des Entités est sollicité de plus en plus souvent par le Ministère de la Santé et des soins de longue durée, pour jouer un rôle-conseil auprès de ses équipes sur la mise en œuvre de la lentille francophone dans es stratégies en développement.
- Ce rôle-conseil est différent du rôle du Conseil consultatif qui avise le ministre à un niveau stratégique.

#### **Suggestion :**

- Formaliser dans le cadre législatif le rôle du Regroupement des Entités en lui donnant un mandat officiel auprès du Ministère.

#### **Consultation**

*(4) Lorsqu'il élabore un ensemble de priorités et une orientation stratégique pour le système de santé et les systèmes de santé locaux dans le cadre du plan stratégique provincial, le ministre consulte les organismes de planification des services de santé de la province qui tirent leur mandat du gouvernement de l'Ontario. 2006, chap. 4, par. 14 (4). [Inclut implicitement le Regroupement des Entités.](#)*

#### **Consultation**

*(4) In setting goals, developing priorities, and strategic directions for the health system and the local health systems in the provincial strategic plan, the Minister shall seek the advice of province-wide health planning organizations that are mandated by the Government of Ontario. 2006, c. 4, s. 14 (4). [Includes implicitly the Regroupement des Entités.](#)*

### **15. (1) PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS – *INTEGRATED HEALTH SERVICE PLAN***

#### **Constat :**

Les obligations des différents acteurs (Ministère, RLISS, Entités) en matière de planification des services de santé en français sont inexistantes ou minimales et se résument à l'engagement communautaire au paragraphe 16. (1).

- Alors qu'elles jouent un rôle important dans la planification des services de santé en français, les Entités ne sont mentionnées que dans la partie sur l'engagement communautaire.
- La collaboration des RLISS avec les Entités doit avoir lieu non seulement dans le cadre du développement des PSSI, mais aussi de façon continue dans le processus de planification.

#### **Suggestion :**

- Préciser la responsabilité de planification continue des RLISS sur les services de santé en français en collaboration avec les Entités notamment, par le développement d'une stratégie de service de santé en français pour assurer un accès équitable aux francophones.
- Positionner le rôle des Entités comme travaillant en collaboration avec les RLISS pour la planification des services de santé en français.

#### Plan de services de santé intégrés

**15. (1)** Sous réserve du paragraphe 16 (1), chaque réseau local d'intégration des services de santé, dans le délai et sous la forme que précise le ministre, *s'engage dans un cycle de planification continue en collaboration avec les Entités de planification afin d'élaborer un plan de services de santé intégrés pour le système de santé local qui comprend une stratégie pour les services de santé en français* et en met des copies à la disposition du public aux bureaux du réseau. 2006, chap. 4, par. 15 (1).

#### Contenu

15. (2) Le plan de services de santé intégrés comprend une vision, un ensemble de priorités et une orientation stratégique pour le système de santé local *qui inclue les services de santé en français* et énonce des stratégies sur les moyens d'intégrer celui-ci de façon à réaliser l'objet de la présente loi. 2006, chap. 4, par. 15 (2).

#### *Integrated health service plan*

**15. (1)** *Subject to subsection 16 (1), each local health integration network shall, within the time and in the form specified by the Minister, engages in an ongoing planning cycle in collaboration with the Health Planning Entities in order to develop an integrated health service plan for the local health system, that includes a strategy for French language health services strategy, and make copies of it available to the public at the network's offices. 2006, c. 4, s. 15 (1).*

#### Contents

15. (2) *The integrated health service plan shall include a vision, priorities and strategic directions for the local health system that includes French language health services and shall set out strategies to integrate the local health system in order to achieve the purpose of this Act. 2006, c. 4, s. 15 (2).*

## 16. (1) ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ – COMMUNITY ENGAGEMENT

### Constat :

Le concept d'engager (*engager les Entités de façon soutenue*) peut être sujet à interprétation. Il serait plus pertinent de parler d'une relation de collaboration et de partenariat entre les RLISS et les Entités.

- Il n'y a pas de définition du terme engager. Il est important de spécifier ses composantes essentielles.
- Il n'y a pas de définition du lien entre les RLISS et les Entités.

### Suggestion :

- Positionner les Entités comme travaillant en collaboration avec les RLISS pour l'engagement communautaire.

#### Engagement de la collectivité

**16. (1)** Les réseaux locaux d'intégration des services de santé *de concert avec les Entités de planification des services de santé en français* engagent de façon soutenue la collectivité des diverses personnes et entités qui œuvrent au sein du système de santé local au sujet du système, notamment le plan de services de santé intégrés, et lors de l'établissement des priorités. 2006, chap. 4, par. 16 (1).

#### Définition

**(2)** Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article.

«collectivité» Relativement à un réseau local d'intégration des services de santé qui engage la collectivité, s'entend des personnes et entités suivantes :

- a) les malades et autres personnes de la zone géographique que sert le réseau;
- b) les fournisseurs de services de santé et toute autre personne ou entité qui fournit des services au sein du système de santé local ou pour lui;
- c) les employés qui œuvrent au sein du système de santé local. 2006, chap. 4, par. 16 (2).

#### **Community engagement**

**16. (1)** *A local health integration network in conjunction with the French Language Health Planning Entities, shall engage the community of diverse persons and entities involved with the local health system about that system on an ongoing basis, including about the integrated health service plan, and while planning, setting priorities, evaluating results, and making improvements. 2006, c. 4, s. 16 (1).*

#### **Definition**

**(2)** *In this section,*

“community” includes, in respect of a local health integration network that engages the community,

- (a) patients and other individuals in the geographic area of the network,
- (b) health service providers and any other person or entity that provides services in or for the local health system, and
- (c) employees involved in the local health system. 2006, c. 4, s. 16 (2).

## **16. (4) FONCTIONS – DUTIES**

### **Constat :**

La notion de ‘*duties*’ en anglais devrait se traduire par ‘devoirs’, ‘obligations’ ou ‘responsabilités’ et non seulement fonctions qui équivaut ‘*functions*’.

### **Suggestion :**

- Spécifier le devoir d’engagement, tel que défini à l’ajout au paragraphe 16. (2)

#### **Devoirs (ou obligations ou responsabilités)**

**(4)** *Lorsqu’il engage la collectivité comme le prévoit le paragraphe (1), le réseau local d’intégration des services de santé engage collabore avec :*

- a) d’une part, l’entité de planification des services de santé aux Autochtones et aux Premières Nations de la zone géographique du réseau qui est prescrite;
- b) d’autre part, l’entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau qui est prescrite. 2006, chap. 4, par. 16 (4).

#### **Duties**

**(4)** *In carrying out community engagement under subsection (1), the local health integration network shall ~~engage~~ collaborate with;*

- (a) *the Aboriginal and First Nations health planning entity for the geographic area of the network that is prescribed; and*
- (b) *the French language health planning entity for the geographic area of the network that is prescribed. 2006, c. 4, s. 16 (4).*

## **PARTIE IV – FINANCEMENT ET RESPONSABILISATION – FUNDING AND ACCOUNTABILITY**

### **Constat :**

Il n’existe pas d’imputabilité bien définie en matière de services de santé en français dans les ententes de responsabilisation :

- entre le Ministère et les RLISS – paragraphe 18;



- entre les RLISS et les fournisseurs – paragraphe 19.

Sans les spécifications d'imputabilités des RLISS et des fournisseurs pour les services de santé en français dans les paragraphes 18 et 19, la mention concernant les ententes entre les RLISS et les fournisseurs : *'assujetti aux conditions qu'ils estiment appropriées'* - *'on the terms and conditions that the network considers appropriate'*, laisse place à des interprétations restrictives versus inclusive des services de santé en français.

### Suggestion :

- Inscrire dans la Loi l'obligation d'inclure au sein des ententes de responsabilisation les obligations en matière de services de santé en français (normes /indicateurs de rendement, conditions, principes directeurs).
- Garantir une cascade d'imputabilité de ces obligations en matière de services de santé en français du RLISS vers le fournisseur (normes /indicateurs de rendement, conditions, principes directeurs).

#### Responsabilisation des réseaux

**18. (1)** Le ministre et chaque réseau local d'intégration des services de santé concluent une entente de responsabilisation à l'égard du système de santé local. 2006, chap. 4, par. 18 (1).

#### Entente de responsabilisation

**(2)** L'entente de responsabilisation couvre plus d'un exercice et comprend les éléments suivants :

- des objectifs de rendement à l'intention du réseau et du système de santé local **comprenant des objectifs pour les services de santé en français;**
- des normes de rendement, des buts et des critères d'évaluation à l'intention du réseau et du système de santé local **incluant les services de santé en français;**
- l'obligation pour le réseau de rendre compte de son rendement, et de celui du système de santé local;
- un plan d'affectation du financement que reçoit le réseau en vertu de l'article 17, lequel doit être conforme à l'affectation de crédits sur laquelle le ministre a prélevé le financement qu'il a accordé au réseau;
- des mesures progressives de gestion du rendement à l'intention du réseau;
- les autres questions prescrites, le cas échéant. 2006, chap. 4, par. 18 (2).

#### Accountability of networks

**18. (1)** *The Minister and each local health integration network shall enter into an accountability agreement in respect of the local health system. 2006, c. 4, s. 18 (1). (needs to be understood as meaning including with the Regional FL Health Planning Entities*

#### Accountability agreement

**(2)** *An accountability agreement shall be for more than one fiscal year and shall include,*

- performance goals and objectives for the network and the local health system **that includes French language health services;***
- performance standards, targets and measures for the network the local health system **including French language health services;***
- requirements for the network to report on the performance of the network and the local health system;*
- a plan for spending the funding that the network receives under section 17, which spending shall be in accordance with the appropriation from which the Minister has provided the funding to the network;*
- a progressive performance management process for the network; and*
- all other prescribed matters, if any. 2006, c. 4, s. 18 (2).*

#### Financement des fournisseurs de services de santé

**19. (1)** Un réseau local d'intégration des services de santé peut accorder un financement à un fournisseur de services de santé à l'égard des services qu'il fournit dans la zone géographique que sert le réseau ou pour cette zone. 2006, chap. 4, par. 19 (1).

#### Conditions

(2) Le financement qu'accordent les réseaux locaux d'intégration des services de santé en vertu du paragraphe (1) est assujéti aux conditions qu'ils estiment appropriées et est conforme au financement qu'ils reçoivent en vertu de l'article 17, à l'entente de responsabilisation qu'ils ont conclue et aux exigences prescrites, le cas échéant. 2006, chap. 4, par. 19 (2).

#### Funding of health service providers

19. (1) A local health integration network may provide funding to a health service provider in respect of services that the service provider provides in or for the geographic area of the network. 2006, c. 4, s. 19 (1)

#### Terms and conditions

(2) The funding that a local health integration network provides under subsection (1) shall be on the terms and conditions that the network considers appropriate and in accordance with the funding that the network receives under section 17, the network's accountability agreement and the prescribed requirements, if any. 2006, c. 4, s. 19 (2).

### 20. (2) Aucune restriction à l'égard de la mobilité des malades - *No restriction on patient mobility*

#### Constat :

L'accès souvent limité des francophones aux services de santé en français rend indispensable le maintien du droit à la mobilité des patients.

#### Suggestion :

- Le maintien de cet article et étendre son application aux éventuelles sous-régions des RLISS.

#### Aucune restriction à l'égard de la mobilité des malades

(2) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ne doivent conclure aucune entente ni aucun autre arrangement qui empêche un particulier de recevoir des services en fonction de la zone géographique où il réside, ou qui le restreint à cet égard. 2006, chap. 4, par. 20 (2).

#### No restriction on patient mobility

(2) A local health integration network shall not enter into any agreement or other arrangement that restricts or prevents an individual from receiving services based on the geographic area in which the individual resides. 2006, c. 4, s. 20 (2).

## RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 515/09 : ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ FRANCOPHONE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 16 DE LA LOI

Dans cette section, la rétroaction est aussi directement associée au texte de réglementation, lorsque possible. Dans un premier temps la référence précise à la section du règlement est identifiée, suivi de constats, de suggestions et d'un encadré proposant du nouveau texte dans le règlement existant.

Nous portons à votre attention que les modifications proposées à la Loi supposent vraisemblablement une modification du champ d'application du règlement (ajout de l'article 15 en plus de l'article 16).

Avant d'entrer dans les constats et suggestions spécifiques, nous souhaitons clarifier que les suggestions visent deux objectifs :

- Assurer une congruence avec la loi et plus spécifiquement assurer que le rôle des Entités soit de contribuer à la planification de service de santé en français (article 15.) et ne soit pas limité à l'engagement communautaire (article 16.)

- Clarifier le rôle de collaboration des RLISS et des Entités à chacune des étapes de la planification des services de santé en français.

## OBJET – PURPOSES

### Constat :

L'objet du règlement est notamment d'établir les fonctions, ou plus correctement les devoirs (ou obligations, ou responsabilités), (*set out duties*) de chaque RLISS mais le règlement ne parle que du mandat des Entités et pas des responsabilités des RLISS.

### Suggestion :

- Définir clairement dans le règlement :
  - o les responsabilités des Entités
  - o les responsabilités des RLISS en matière de services de santé en français
  - o les responsabilités conjointes

#### Objets

**1.** Les objets du présent règlement sont les suivants :

- prescrire une entité de planification des services de santé en français pour la zone géographique de chaque réseau local d'intégration des services de santé pour l'application de l'alinéa 16 (4) b) de la Loi;
- établir les responsabilités de chaque entité de planification des services de santé en français
- établir les responsabilités de chaque réseau local d'intégration des services de santé en ce qui concerne les services de santé en français et la collaboration avec l'engagement de l'entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau pour l'application de l'article 16 de la Loi. Règl. de l'Ont. 515/09, art. 1. (*à réviser en fonction du champ d'application du règlement*)
- de spécifier les responsabilités conjointes des RLISS et des Entités en ce qui concerne la planification des services de santé en français

#### Purposes

**1.** The purposes of this Regulation are,

- to prescribe a French language health planning entity for the geographic area of each local health integration network for the purposes of clause 16 (4) (b) of the Act;
- to set out the duties of each French language health planning entity
- to set out the duties of each local health integration network with respect to French language health services and for collaborating with engaging the French language health planning entity for the geographic area of the network for the purposes of section 16 of the Act. O. Reg. 515/09, s. 1. (*to be revised according to the scope of the regulation*)
- to specify the joint responsibilities of the LHINs and the French language health planning entities for planning French language health services.

## Établir les responsabilités des Entités

### Constat :

La description des responsabilités des Entités reflète bien leur champ d'action

pour la zone géographique du réseau afin de conseiller ce dernier sur ce qui suit :

- les façons d'engager la collectivité francophone de la zone;

- b) les besoins et priorités de la collectivité francophone de la zone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- c) les services de santé dont dispose la collectivité francophone de la zone;
- d) l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans la zone;
- e) les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- f) la planification et l'intégration des services de santé dans la zone. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 3 (1).

*to advise the network and collaborate on,*

- (a) methods of engaging the Francophone community in the area;*
- (b) the health needs and priorities of the Francophone community in the area, including the needs and priorities of diverse groups within that community;*
- (c) the health services available to the Francophone community in the area and the gaps in these services;*
- (d) the identification and designation of health service providers for the provision of French language health services in the area;*
- (e) strategies to improve access to, accessibility of, and integration of French language health services in the local health system; including the evaluation and improvement and*
- (f) the planning for, evaluation and improvement and integration of health services in the area. O. Reg. 515/09, s. 3 (1).*

## Établir les responsabilités des RLISS

### Constat :

L'objet du règlement est notamment d'établir les responsabilités de chaque réseau local d'intégration des services de santé (*to set out the duties of each local health integration network*) or le règlement ne comporte aucun descriptif des responsabilités des RLISS.

### Suggestion :

- Inclure au règlement un descriptif des responsabilités des RLISS en ce qui concerne les services de santé en français et la collaboration avec l'Entité de planification des services de santé en français de la zone géographique.

Responsabilités des RLISS en matière de services de santé en français :

- a) planifier, financer et intégrer les services de santé en français à l'intérieur du système de santé;
- b) solliciter, considérer et mettre en œuvre les conseils visés aux alinéas 3 (1) a) à f) de l'Entité de planification;
- c) assurer que les fournisseurs de service de santé financés par les RLISS sont imputables pour les services en français, notamment via les ententes d'imputabilités et les indicateurs de rendements.

*French language health services responsibilities of the LHINS :*

- (a) plan, finance and integrate French language health services within the health care system;*
- (b) solicit, consider and implement the advice as per 3 (1) a) to f) of the Entity;*
- (c) ensure that the health service providers funded by the LHINS are accountable for French language health services in particular, through accountability agreements and performance indicators.*

## Établir les responsabilités conjointes des RLISS et des Entités

### Constat :

Bien qu'une relation de collaboration soit recherchée, aucune responsabilité conjointe n'est énoncée dans le présent règlement.

**Suggestion :**

- Inclure au règlement des responsabilités conjointes.

**Responsabilités conjointes des RLISS et des Entités :**

- conclure une entente de collaboration;
- mettre en place des processus de travail collaboratif et de partage d'informations réciproques.
- développer une stratégie sur les SEF alignée avec les documents de planification des RLISS (ex. Stratégies provinciales en santé, PSSI) et la mettre en œuvre.
- faire rapport à la communauté et au ministère des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie des services en français notamment, via des indicateurs précis.

**Joint LHIN and Entity responsibilities :**

- agree on and sign a collaboration agreement;*
- Implement collaborative work and information sharing processes;*
- Develop a French language services strategy aligned with the LHIN planning documents (e.g. provincial health strategies, IHSP) and implement it;*
- report back to the community, the ministry on implementation progress notably, through precise indicators.*

**Rôle provincial du Regroupement des Entités**

**Constat :**

Il n'existe aucune organisation provinciale mandatée par le Gouvernement de l'Ontario pour conseiller le ministère dans la mise en œuvre de la lentille francophone au niveau des stratégies provinciales en matière de santé.

Le Regroupement des Entités est sollicité de plus en plus souvent par le Ministère de la Santé et des soins de longue durée, pour jouer un rôle-conseil auprès de ses équipes sur la mise en œuvre de la lentille francophone dans les stratégies en développement.

Ce rôle-conseil est différent du rôle du Conseil consultatif qui avise le ministre à un niveau stratégique.

**Suggestion :**

- Formaliser dans l'entente le rôle-conseil du Regroupement des Entités auprès du Ministère.

**Rôle-conseil auprès du Ministère de la Santé et des soins de longue durée**

À la demande du Ministère le Regroupement des Entités de planification fournira des conseils à celui-ci sur des initiatives provinciales.

**Advisory role to the Ministry of health and long term care**

*At the request of the Ministry the Network of planning Entities will provide to the Ministry on provincial initiatives.*

## **Entente de financement et de responsabilisation entre les Entités de planification des services de santé en français et les RLISS**

Compte tenu des changements proposés à la loi et au règlement, nous croyons essentiel de revoir en profondeur l'entente de financement et de responsabilisation entre les Entités de planification et les RLISS.

### **Suggestions :**

Essentiellement nous suggérons :

- que la prochaine entente en soit une de collaboration et non de responsabilisation;
- que les responsabilités proposées dans la section précédente (règlement 515/09) soient énoncées et précisées dans l'entente;
- que les modalités de collaborations soient précisées;
- que le financement des Entités soit revu à la lumière de l'élargissement du mandat des RLISS suite à la mise en œuvre de Priorité aux patients et du rôle provincial du Regroupement des Entités;
- que si le financement doit continuer de transiter par les RLISS, clarifier que les niveaux et les modalités de financement sont établis par le ministère.

Afin de mettre en œuvre les suggestions proposées dans ce document, il nous fera plaisir de participer à l'élaboration d'une nouvelle entente-cadre avec des représentants des RLISS, ainsi qu'avec des représentants du MSSLD.

## Conclusion

L'ensemble des changements proposés à la loi de 2006 sur l'intégration du système de santé, au règlement 515/09 sur l'engagement de la collectivité francophone en application de l'article 16 de la loi et à l'entente de financement et de responsabilisation entre les Entités de planification et les RLISS vise à :

La loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

- Préciser les obligations des RLISS en matière de service en français;
- Clarifier le rôle des Entités comme partenaire dans la planification et l'engagement communautaire des francophones;
- Définir un rôle provincial pour le Regroupement des Entités auprès du ministère;
- Assurer une imputabilité claire pour les services en français à même le système de santé, c'est-à-dire du ministère jusqu'aux fournisseurs de service de santé, et ce en passant par les RLISS;
- Assurer une représentation francophone au conseil d'administration des RLISS et autres structures de gouvernance.

Le règlement d'application 515/09

- Clarifier la relation de collaboration entre les RLISS et les Entités à chaque étape de la planification des services de santé en français;
- Spécifier les responsabilités des RLISS, des Entités ainsi que les responsabilités conjointes en matière de service en français;
- Refléter le mandat élargi des RLISS et des Entités suite à la transformation du système selon Priorité aux patients;
- Spécifier le rôle provincial du regroupement des Entités auprès du ministère.

L'entente entre les RLISS et les Entités

- Développer et signer une entente de collaboration RLISS-Entité;
- Préciser davantage les responsabilités et les modalités de collaboration en lien avec les mandats élargis;
- Ajuster le niveau de financement afin que celui-ci reflète le mandat élargi des Entités;
- Clarifier que le niveau et les modalités de financement sont établis par le ministère.

Nous souhaitons ardemment que ce document soit que le début d'une conversation entre le Ministère, les Entités et les RLISS.

# Annexe D

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





Association of Ontario Health Centres  
Community-governed primary health care

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

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

février 2016

## Sommaire exécutif

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

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

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

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

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

Dans tous les aspects de son développement, la communauté francophone a toujours été mieux servie par des institutions qui reflétaient la réalité de cette communauté, que ce soit en éducation avec des écoles et des conseils homogènes de langue française, en santé avec l'Hôpital Montfort ou encore avec des centres de santé travaillant uniquement en français. Le MSSLD a informé que la transformation ne mènerait pas à la création de nouvelles agences.

Ceci dit, cette transformation pourrait de même s'annoncer comme une opportunité importante pour développer des équipes interprofessionnelles francophones, d'une part, à l'intérieur des CSCs (par des points de services satellites, permanents ou itinérants comme alternative moins coûteuse et plus flexible que la création de nouvelles agences) et, d'autre part, à des équipes de santé familiale communautaire (ESFCs) qui ne possèdent pas encore la possibilité de desservir la population francophone de leur région. Chose certaine, l'accès aux services en français doit faire preuve d'une compréhension nuancée des besoins et des réalités de cette communauté.

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

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

## Introduction

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

De réfléchir aux énoncés formulés par le MSSLD dans sa nouvelle vision pour « améliorer l'équité en termes de santé et réduire les disparités sanitaires » (Priorité aux patients, p. 12) et de réduire les « inégalités » en ce qui a trait aux « services de soins de santé fragmentés » (p. 2). Cet exercice a mené à l'identification d'une série de lacunes dans le document de discussion pour lesquelles nous proposons des solutions;

D'esquisser la vision des CSCs francophones sur la livraison des services de santé primaires en français selon la restructuration du système de santé proposée par MSSLD, tout en bâtissant sur les pratiques exemplaires déjà existantes dans la province de l'Ontario. Ceci répond à la demande du MSSLD de présenter des « conseils sur la manière d'intégrer » les services de soins de santé en français d'autant plus que les Franco-Ontariens ont été identifiés en tant que population qui n'est pas toujours bien servie par le système de santé (p. 12), éprouvant des défis à accéder aux « services de santé en français » (p. 4).

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

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

Au départ, les intervenants expriment leur appui envers la recommandation de l'Assemblée de la Francophonie de l'Ontario concernant la nomination d'un sous-ministre adjoint responsable pour les Affaires francophones au sein du MSSLD. Cette recommandation qui se retrouvait

dans le « *Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario* », paru en octobre 2014, est

une des plus pertinentes présentement face à l'envergure des modifications proposées par le ministère afin que les attentes de la population francophone soient reconnues et respectées à chaque étape du processus.

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

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

### **Cadre législatif :**

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

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

### **Enjeux :**

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

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

causes de nuances ou de généralités dans le cadre législatif qui ne favorisent en rien le développement des services en français.

Néanmoins, l'ouverture de ces lois présentes une occasion unique pour le gouvernement de démontrer son engagement envers les communautés francophones en leur assurant un accès équitable à des SEF. Afin d'accomplir cette missive, un langage clair et précis s'impose afin d'éliminer les résultats néfastes causés par l'absence de services en français.

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

### ***Loi sur la protection et la promotion de la santé***

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

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

### ***Règlement sur les tierces parties***

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

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

Il importe qu'avec les changements qui seront apportés au cadre législatif, la législation et réglementation des RLISS doivent refléter leurs responsabilités uniques envers la santé des Franco-Ontariens. Un langage clair et précis par rapport aux services de santé en français

doit se retrouver dans la convention de performance MSSLD-RLISS, ainsi que dans leurs protocoles d'entente.

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

*La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé locale* est le cadre législatif qui donna le jour aux Entités de planification. En décembre 2015, le MSSLD passa en revue le modèle des Entités de planification et leur mandat fut renouvelé. Les six Entités ont été créées afin de tracer la carte pour la planification et la livraison des services de santé en français en Ontario auprès du MSSLD et des RLISS. Pourtant, leur rôle n'a pas été clairement défini dans les législations encadrant les services de santé en Ontario en ce qui concerne les Franco-Ontariens. Les Entités de planification sont plus que des « conseillères » sur les besoins des communautés franco-ontariennes en matière de services de santé. Elles devraient être reconnues et protégées dans le cadre législatif par écrit comme des partenaires égaux des RLISS, en leur donnant les opportunités et les ressources nécessaires pour accomplir leur mandat.

### **Recommandations :**

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

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

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

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

La planification des services de santé en Ontario. La gestion des services et planification locale sera faite par des sous-régions plus petites à l'intérieur de chaque RLISS;

Le rendement de tous les services de santé en Ontario;

L'amélioration de l'accès à des soins adaptés et de qualité et de la bonne navigation dans le système.

### Enjeux :

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

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

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

Non seulement ces contrats avec les tierces parties doivent-ils définir les obligations pour les SEF, mais ils doivent aussi se prononcer sur les *conséquences* de ne pas offrir ces services. Le document « Priorités aux Patients » confirme bien le fait que le ministère reconnaît que les Franco-Ontariens « ne sont pas toujours bien servis par le système de santé » (p. 4).



Conséquemment, le MSSLD doit assumer le leadership et démontrer son engagement à assurer que les francophones de l'Ontario ne subiront plus les effets néfastes des manques contractuels qui les privent de services dans leur langue. Les RLISS et les agences qui desservent la population francophone doivent respecter et rencontrer les indicateurs qui seront mis en place pour les SEF.

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

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

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

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

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

Par conséquent, l'établissement des sous-régions devra se faire avec un haut degré de compréhension des géographies, des régions et des communautés qui y habitent. La province

de l'Ontario comporte des différences notables entre le Nord, le Sud, l'Est et l'Ouest, ainsi qu'entre les environnements ruraux et urbains. Encore une fois, les Entités doivent être interpellées à jouer un plus grand rôle. Le processus de planification devra être appuyé par les Entités de planification qui représentent la voix des francophones. Elles pourraient aussi être capables d'assister les RLISS à déterminer la capacité des fournisseurs de services à desservir la population francophone. Un fait qu'on voudrait absolument éviter est, d'une part, que des Franco-Ontariens soient isolés en raison du manque de communication et d'un alignement fonctionnel et uniforme à travers la province; et, d'autre part, de voir de faibles services de santé pour cette population à cause d'un manque de cohésion entre les sous-régions et les RLISS.

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

### Recommandations :

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

publieront des indicateurs de rendement au niveau des sous-régions et partageront les renseignements avec les fournisseurs et gestionnaires de soins de santé... »).

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

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

La planification des services;

La planification des ressources humaines;

L'amélioration de l'accès aux équipes interprofessionnelles;

L'avancement du lien des patients aux services de soins primaires (p. 5).

### **Enjeux :**

#### **La planification des services**

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

#### **La planification des ressources humaines**

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

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

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

### **L'amélioration de l'accès aux équipes interprofessionnelles**

Les CSCs représentent un modèle de services qui dessert bien les besoins de la population francophone là où des centres francophones ont été mis en place. Ceci dit, nous ne retrouvons pas de CSCs francophones dans chaque région de la province. De plus, nous ne retrouvons pas de centres qui possèdent une capacité bilingue dans toutes les régions désignées de la province où se trouve une population francophone importante.

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

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

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

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

## Recommandations :

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

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

### Enjeux :

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

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

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

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

### Recommandations :

17. Il faudra assurer que les acquis soient protégés et que nous ne voyions pas un revers de services causé par la transition. La capacité de bilinguisme ou d'offrir des services en français parmi les fournisseurs de services doit être évaluée et on doit mettre une valeur sur la capacité d'offrir des SEF.
18. Assurer que les coordonnateurs de soins qui possèdent une capacité d'offrir des SEF soient déployés dans des agences communautaires francophones.
19. Assurer que les obligations législatives envers les droits linguistiques priment sur les conventions collectives en place dans 10 des 14 CASCs.
20. Le MSSLD devra définir les services essentiels qu'offrent les CASCs et les fournisseurs de services, développer des indicateurs pour ces derniers et assurer que les RLISS exigent la prestation des SEF auprès des fournisseurs. Le cas échéant, le MSSLD devrait exiger que les RLISS identifient de nouvelles agences qui ont la capacité d'offrir des SEF.

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

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

### Enjeux:

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

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

« Les RLISS seront chargés des accords de la responsabilisation avec les services de santé publique » (p.22);

MSSLD « nommera également un comité d'experts destiné à donner des conseils sur les occasions d'approfondir les partenariats entre les RLISS et les services de santé publique... » (p.23).

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

### Recommandations :

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

## VOLET E : LA VOIE À SUIVRE

### Technologies (dossiers médicaux électroniques, etc.):

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

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

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

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

### Pratiques exemplaires à suivre et le renforcement des exemples francophones

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

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

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



Nous sommes le mieux placés afin de servir un nombre plus élevé de populations franco-ontariennes, tout en faisant briller l'identité francophone par nos espaces et services culturellement sécuritaires;

Nous sommes capables d'apporter des solutions créatives pour la livraison des services de santé primaires résultants dans de substantielles économies pour les RLISS et le MSSLD. L'économie de coût, c'est nous!

Tel que suggéré dans le rapport des « RLISS - Réseaux locaux d'intégration des services de santé » par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2015), lorsqu'il y a de meilleures pratiques, « il faut cerner ces pratiques et les échanger avec les autres RLISS » (p. 373).

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

## 1. RLISS DU NORD-EST

### CSC de Sudbury Est : Services de physiothérapie

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

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

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

Voilà une raison de plus sur l'importance des organismes communautaires à ce qu'ils

continuent de jouer un rôle de premier plan dans les services de santé primaire qui doivent être prodigués à une population.

## **2. RLISS DU CENTRE-TORONTO**

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

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

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

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

## **3. RLISS DE CHAMPLAIN**

### **CSC de l'Estrie : Vieillir chez soi**

La stratégie « *Vieillir chez soi* » vise à répondre aux besoins des personnes âgées de 65 ans et plus et aux aidants naturels afin de favoriser le vieillissement à la maison. Elle permet ainsi d'éviter une perte inutile d'autonomie et de dignité causée par une admission prématurée dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée grâce à des services de soutien

locaux. La stratégie « *Vieillir chez soi* » est d'une importance cruciale pour la possibilité qu'elle a d'améliorer la vie des personnes âgées de l'Ontario, et aussi parce qu'elle pourrait aider à assurer la viabilité de tout le système de santé. Depuis 2009, l'équipe interprofessionnelle francophone du CSC dessert plus de 1,000 personnes dans ce programme qui contribue fortement à diminuer la pression sur le système local de santé.

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

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

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

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

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

2015 ne figurent que pour un seul mois, alors que les clients qui ont commencé à recevoir les services en février 2015 figurent pour 11 mois.

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

397 à 263 visites, c'est-à-dire une réduction de 33.8% dans ce groupe de clients.

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

254,016.00\$ (une réduction de 495,137.00\$).

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

Ce document a été endossé par :

**Centres de santé communautaires :**

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

**Entités et Réseaux de planification :**

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

**L'Assemblée :**

L'Assemblée de la francophonie de l'Ontario

**Le regroupement des intervenants en santé et en services sociaux :**

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

## Références

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

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

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

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

# Annexe E

*Profil de l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario*

## Qui est l'Assemblée?

L'Assemblée de la francophonie de l'Ontario est l'organisme rassembleur et la voix politique de la francophonie de l'Ontario.

### C'est aussi

**213** membres individuels  
**150** membres associatifs  
**40** membres institutionnels

### Vision

Un Ontario français, uni dans sa diversité, solidaire dans ses actions et engagé collectivement afin d'assurer son mieux-être.

### Conseil d'administration

L'Assemblée est dirigée par un conseil d'administration composé de 11 membres, soit une présidence (Carol Jolin) et:

- 5 représentants des régions de l'Ontario (Centre: Marie-Gaëtane Caissie; Est: Rym Ben Berrah; Nord-Est: Réjean Grenier; Nord-Ouest: Angèle Brunelle; Sud-Ouest: Gérard Malo)
  - 1 représentant du groupe identitaire « Aîné(e)s et retraité(e)s » (Francine Poirier)
    - 1 représentante du groupe identitaire « Femme » (Madeleine Badibanga)
      - 1 représentant du groupe identitaire « Jeunesse » (Caroline Gélinault)
  - 2 représentants de la communauté des minorités raciales et ethnoculturelles francophones (MREF) (Julie Mbengi Lutété et Marcel Mukuta Kalala)

### Nous joindre

Assemblée de la francophonie de l'Ontario  
1490, chemin Star Top  
Ottawa (Ontario) K1B 3W6  
Tél.: 613-744-6649 ou 1 866 596-4692

