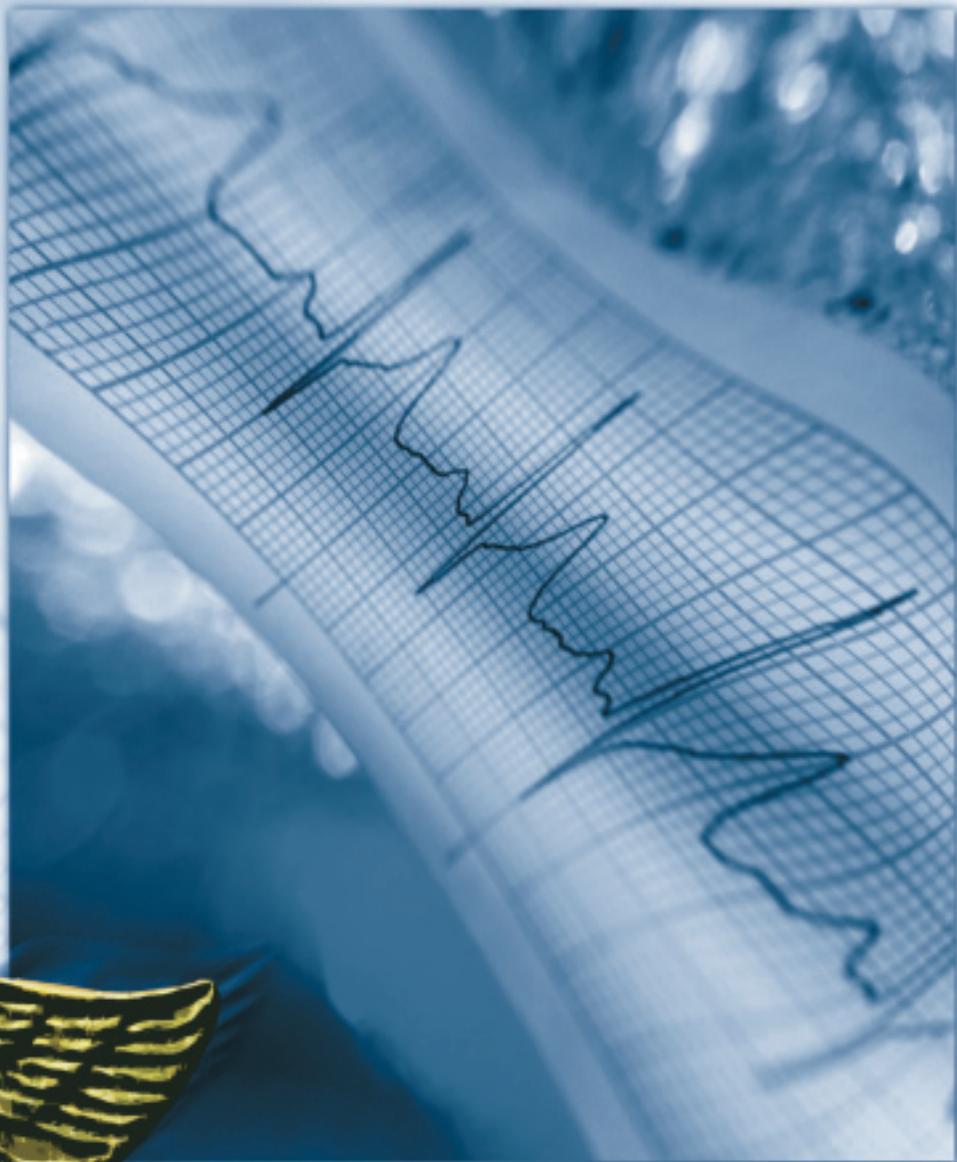


RAPPORT À LA
MINISTRE
FÉDÉRALE
DE LA SANTÉ



Comité consultatif des communautés
anglophones en situation minoritaire

Juillet 2002



Santé
Canada Health
Canada

Canada

**RAPPORT À LA
MINISTRE FÉDÉRALE
DE LA SANTÉ**

Réalisé par le
Bureau d'appui aux
communautés de langue officielle
Repère postal 0904C1
Immeuble Brooke-Claxton
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Téléphone : (613) 952-3120

Pour le compte du
Comité consultatif des
communautés anglophones
en situation minoritaire

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada 2002

N° de catalogue H21-204/2002
ISBN 0-662-66749-2

**COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN
SITUATION MINORITAIRE**

**L'honorable A. Anne McLellan
Ministre de la Santé
Chambre des communes
Ottawa (Ontario) K1A 0K6**

Madame la Ministre,

En tant que coprésidents du Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, nous sommes heureux de présenter le rapport final ci-joint, résultat d'une étude fondamentale commandée par le Comité.

Le rapport donne un aperçu de la situation de la population anglophone en situation minoritaire. D'après nos conclusions, les caractéristiques démographiques et la vitalité des communautés anglophones du Québec varient énormément selon les régions. De plus, l'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais fait défaut dans plusieurs régions.

Le rapport propose une série de mesures qui permettront aux Canadiens anglophones en situation minoritaire d'améliorer l'accès aux services en anglais et de s'attaquer aux questions de démographie et de vitalité grâce à une meilleure coordination et à une meilleure collaboration entre les réseaux d'institutions publiques, les institutions communautaires et les organismes communautaires.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Les coprésidents,



Marcel Nouvet



Eric Maldoff



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
OBTENIR DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ DANS SA PROPRE LANGUE	3
Engagement du gouvernement fédéral envers les communautés de langue officielle en situation minoritaire	3
Rôle de Santé Canada en ce qui concerne les questions de santé	3
Importance de la langue	3
ACCÈS AUX SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE AU QUÉBEC	5
Aperçu historique et contexte politique	5
Appel à la mobilisation	6
Aperçus démographiques des communautés anglophones du Québec	9
Accessibilité des services en anglais	10
Expérience communautaire	11
Résultats des programmes d'accès du gouvernement	16
PLAN D'INTERVENTION GLOBAL	21
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXE : COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE DE SANTÉ CANADA	29

ILLUSTRATIONS

Carte	Régions administratives du Québec pour les services sociaux et de santé	7
Tableau 1	Caractéristiques démographiques sélectionnées des communautés anglophones du Québec, par région administrative, 1996	8
Tableau 2	Usage de l'anglais dans diverses situations liées aux services sociaux et de santé	12
Tableau 3	Déterminants de l'épanouissement démographique et de l'accès aux services sociaux et de santé des communautés anglophones — Résumé des rangs régionaux	14
Tableau 4	Accès aux services autorisés par région et par catégorie de service.	15

INTRODUCTION

Le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire a été mis sur pied par Santé Canada en octobre 2000. Il a pour mandat d'offrir des conseils au ministre fédéral de la Santé sur les façons de favoriser et de soutenir l'épanouissement des communautés anglophones au Québec, conformément à l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*. Les membres du Comité sont, en grande partie, des représentants issus de divers groupes gravitant autour du système de services sociaux et de santé (voir l'annexe).

Peu d'enjeux font autant appel à la solidarité des communautés anglophones du Québec que la question de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais. Selon un sondage mené pour l'Institut Missisquoi en 2000, il s'agit de la principale préoccupation des communautés anglophones du Québec. Le Comité partage cette préoccupation et cherche à collaborer à l'élaboration de mesures gouvernementales en vue d'y répondre.

Le contexte social, juridique et politique actuel est grandement favorable à l'examen de la question de l'accès aux services sociaux et de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Comme le souligne le document *Un changement de culture s'impose* (le bilan national de 2001 de la Commissaire aux langues officielles sur les services offerts au public en français et en anglais), le discours du Trône de janvier 2001 a mis l'accent sur l'importance croissante du recours aux deux langues officielles du pays et le gouvernement fédéral a officiellement réitéré son engagement envers la dualité linguistique du Canada qui est au cœur de notre identité canadienne.

La prestation des services sociaux et de santé constitue évidemment un domaine de compétence provinciale. Toutefois, la *Loi sur les langues officielles* autorise le gouvernement fédéral à agir au nom des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Au cours de ses travaux, le Comité s'est inspiré du rapport intitulé *Consolider nos acquis* (Saber-Freedman 2001). Selon ce document, l'accès aux services sociaux et de santé en anglais fait défaut au sein de plusieurs régions du Québec, et les améliorations requises nécessitent la coordination et la coopération des réseaux institutionnels publics ainsi que des établissements et des organismes communautaires. Ce rapport a été un outil de référence indispensable lors des délibérations du Comité.

Dans le cadre de son mandat, le Comité propose un Plan d'intervention global de cinq ans. Ce dernier définit cinq moyens d'action appuyant une série de mesures qui visent la promotion de l'épanouissement démographique des communautés anglophones et l'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais. Le Plan est examiné dans le présent rapport.

OBTENIR DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ DANS SA PROPRE LANGUE

ENGAGEMENT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ENVERS LES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE

En août 1994, le gouvernement du Canada a approuvé la création d'un cadre de responsabilisation pour la mise en œuvre des articles 41 et 42 de la *Loi sur les langues officielles*. En vertu de l'article 41, le gouvernement fédéral s'engage à soutenir l'épanouissement des minorités de langue officielle du Canada et à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne. En vertu de l'article 42 de la Loi, le ministre du Patrimoine canadien a pour mandat de favoriser une approche coordonnée pour que ces engagements soient remplis.

En s'engageant de la sorte, le gouvernement fédéral cherchait à assurer que les ministères et organismes fédéraux clés participeraient aux efforts visant à appuyer les communautés de langue officielle en situation minoritaire. À cette fin, Santé Canada a créé, en octobre 2000, le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire.

RÔLE DE SANTÉ CANADA EN CE QUI CONCERNE LES QUESTIONS DE SANTÉ

Les services sociaux et de santé constituent un aspect fondamental de l'épanouissement continu des communautés anglophones en situation minoritaire. Le gouvernement de chacune des provinces a la responsabilité principale de la prestation des services sociaux et de santé qui sont de son ressort. Santé Canada assume ses responsabilités liées au maintien et à l'amélioration de la santé des Canadiens en agissant à titre de chef de file dans le domaine, en offrant du financement et en assurant le respect de la réglementation afférente. Les travaux de ce ministère s'articulent autour de quatre axes : politique sur les soins de santé; promotion et protection de la santé; santé des Premières Nations et des Inuits; et gestion des renseignements et des connaissances.

IMPORTANCE DE LA LANGUE

La langue est un facteur décisif pour la réussite de la prestation des services sociaux et de santé. Les services de santé ne peuvent se résumer qu'à des procédures techniques; les professionnels de la santé doivent aider, conseiller, guider et sensibiliser leurs patients. La langue est l'un des principaux déterminants en matière de santé. C'est pourquoi les communautés sont exposées à des risques accrus sur le plan de la santé lorsque leur accès à des services offerts dans leur langue, entre autres facteurs, est compromis. Comme l'indique un rapport de Santé Canada, « Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès aux services de santé » (Bowen 2001).

L'accès à des services sociaux et de santé en anglais est une priorité clé des communautés anglophones du Québec. Un sondage effectué par le Centre de

recherche sur l'opinion publique (CROP) pour l'Institut Missisquoi confirme que l'accès à des services en anglais figure parmi les principales préoccupations des Québécois anglophones (Saber-Freedman 2001). Le Comité partage cette préoccupation puisqu'il comprend que l'accès aux services est essentiel à l'épanouissement et au bien-être d'une communauté.

ACCÈS AUX SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE AU QUÉBEC

APERÇU HISTORIQUE ET CONTEXTE POLITIQUE

Au cours des 200 dernières années, les communautés anglophones du Québec ont créé une vaste gamme d'établissements d'enseignement et de services sociaux et de santé en vue d'assurer leur accès à des services en anglais. En plus d'être d'importants prestataires de services, ces institutions constituaient (et constituent toujours) l'un des principaux éléments moteurs de l'épanouissement de ces communautés et une précieuse source d'emplois; en d'autres mots, elles exercent un certain leadership communautaire.

Au cours des années 1960 et 1970, les établissements de services sociaux et de santé ont été placés sous la tutelle du gouvernement suivant le principe que les services qu'ils offraient devaient faire l'objet d'une gestion publique.

En 1977, le gouvernement du Québec adoptait la *Charte de la langue française* et instaurait le français comme langue normale du travail et des services publics au Québec. Les modifications apportées par la suite à la Charte ont permis la création d'une catégorie spéciale d'établissements « minoritaires », soit ceux offrant leurs services à des personnes s'exprimant, en majorité simple (c'est-à-dire 50 p. 100 plus un), en une langue autre que le français. Ces institutions ne sont pas tenues de fonctionner exclusivement en français et peuvent continuer à offrir leurs services en français et dans une autre langue¹.

En 1986, le gouvernement du Québec a modifié le cadre juridique s'appliquant aux services sociaux et de santé en vue d'établir le droit des anglophones de recevoir de tels services en anglais, en fonction des ressources du système et selon les modalités prévues par un programme d'accès approuvé par le Cabinet du Québec. Ces modifications avaient également pour but de protéger le réseau des établissements qui, par tradition, offraient leurs services aux communautés anglophones. Ces institutions sont exemptées de certaines dispositions de la *Charte de la langue française* et sont autorisées par le gouvernement provincial à offrir leurs services en anglais.

En raison de ces garanties législatives et des ententes fédérales-provinciales qui les soutiennent, les communautés anglophones ont pu accroître leur participation au système de services sociaux et de santé. Par exemple, elles ont pu collaborer avec les Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec en vue de cerner les besoins et d'élaborer des programmes d'accès; avec les établissements des communautés majoritaires qui desservent également des anglophones; et avec les organismes communautaires qui contribuent au système de services sociaux et de santé de leur région.

Néanmoins, l'accès des communautés anglophones du Québec à des services sociaux et de santé offerts dans leur langue continue de varier en fonction de facteurs tels que le poids démographique, les contraintes économiques et l'évolution des priorités gouvernementales. L'expiration en 1999 de l'entente

¹ Article 29.1 de la *Charte de la langue française* (chapitre C-II).

Canada–Québec appuyant les initiatives québécoises dans le domaine de l'accessibilité linguistique est un fait important à noter dans ce contexte.

APPEL À LA MOBILISATION

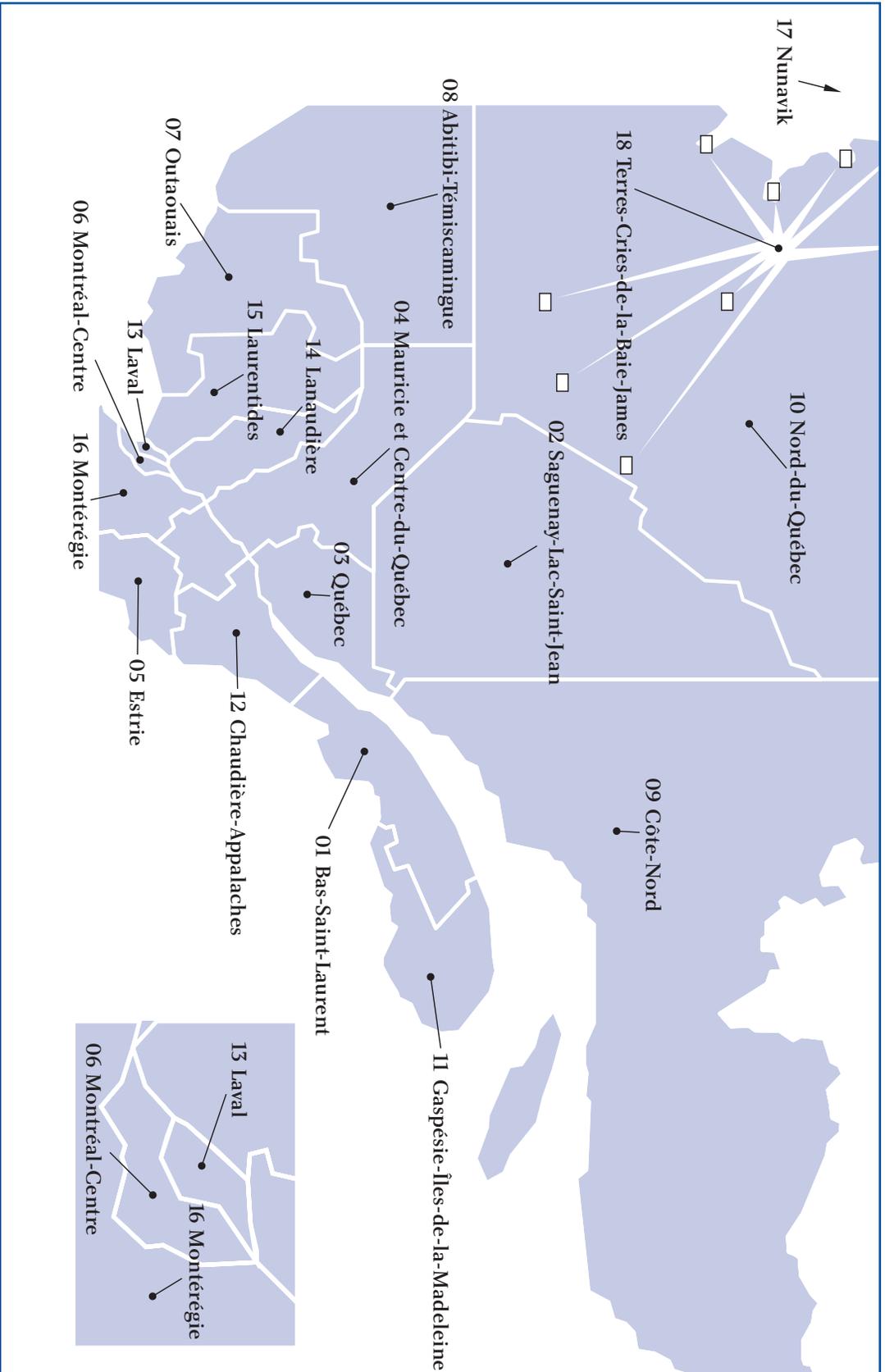
Les communautés anglophones se sont toujours mobilisées en vue de soutenir l'accès à des services sociaux et de santé dans leur langue, puisqu'il s'agit d'un des facteurs les plus importants à leur survie et à leur bien-être. Pour les membres du réseau « Quebec Community Groups Network », qui réunit 20 organismes d'un bout à l'autre de la province, l'accès aux services sociaux et de santé se trouve en tête de liste des priorités de leur démarche collective.

Dans de nombreuses régions, les communautés anglophones participent aux organes consultatifs des Régies régionales de la santé et des services sociaux. Les Régies et ces communautés ont décelé d'importantes lacunes sur le plan de l'accessibilité des services en anglais.

Compte tenu des responsabilités du gouvernement fédéral en vertu de la *Loi sur les langues officielles*, les communautés anglophones du Québec ont également fait part de leurs recommandations à des ministères fédéraux tels que Patrimoine canadien et Santé Canada, ainsi qu'au Bureau du Commissaire aux langues officielles. Ils voulaient faire en sorte que le gouvernement fédéral s'acquitte pleinement de son mandat à cet égard et appuie leur épanouissement.

Ces actions communautaires sont l'écho de diverses réalités démographiques et de différents degrés d'accès à des services sociaux et de santé en anglais au sein de la province de Québec.

CARTE
Régions administratives du Québec pour les services sociaux et de santé



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Service du développement de l'information, janvier 2000.

TABLEAU 1

Caractéristiques démographiques sélectionnées des communautés anglophones du Québec, par région administrative, 1996

	Taux de vieillissement (%)	Taux de chômage (%)	Ratio fourm. de soins-âiné	Degré de bilinguisme (%)	Proportion régionale (%)	Nbre de pers. au sein de la communauté	Rang global	Épanouissement démographique
Québec (province)	12,8	13,2	2,3:1	61,2	13,3	925 830	S.O.	S.O.
01 Bas-Saint-Laurent	7,7	17,7	4,5:1	89,6	0,5	905	15	Très faible
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	10,9	15,7	3,3:1	92,1	0,6	1 795	13	Très faible
03 Québec	15,6	11,9	2,1:1	89,5	2,0	12 745	6	Moyen
04 Mauricie	18,4	13,1	1,6:1	92,0	1,3	3 383	16	Très faible
05 Estrie	19,8	11,9	1,4:1	63,0	9,1	24 770	8	Faible
06 Montréal	13,3	13,4	2,1:1	60,0	33,0	560 813	4	Très élevé
07 Outaouais	9,8	11,8	3,2:1	50,3	17,7	53 863	2	Très élevé
08 Abitibi-Témiscamingue	14,4	15,3	2,0:1	63,1	4,2	6 363	12	Très faible
09 Côte-Nord	8,9	42,2	3,1:1	35,9	6,0	6 100	11	Faible
10 Nord-du-Québec	1,2	17,3	20,4:1	19,8	36,1	12 080	5	Très élevé
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	16,0	35,8	1,8:1	43,5	10,2	10 580	14	Très faible
12 Chaudière-Appalaches	10,9	14,5	3,4:1	86,5	0,9	3 340	10	Faible
13 Laval	9,2	11,6	3,2:1	69,3	15,7	50 713	1	Très élevé
14 Lanaudière	15,9	14,1	2,2:1	82,7	2,4	8 850	9	Faible
15 Laurentides	16,0	13,0	2,0:1	68,0	7,3	31 213	7	Moyen
16 Montérégie	11,7	10,8	2,7:1	64,5	11,0	135 653	3	Très élevé

Remarques :

1. Ces données représentent les répondants du Recensement du Canada de 1996 qui ont indiqué que l'anglais était leur première langue officielle parlée; les réponses multiples ont été réparties proportionnellement. Le total des populations régionales n'est pas égal à 925 830 parce que les statistiques du Centre-du-Québec ne figurent pas dans ce tableau. L'écart qui en résulte est de 0,3 %; son effet sur l'ensemble des données est donc minime. Prière de noter que la division des régions varie selon les tableaux dans ce rapport.
2. Le taux de vieillissement représente la proportion des personnes de 65 ans ou plus de la communauté.
3. Le taux de chômage représente la proportion des sans-emploi de 15 ans ou plus au sein de la main-d'œuvre.
4. Le ratio fournisseur de soins-âiné représente la proportion des personnes âgées de 35 à 64 ans, par comparaison avec les personnes âgées de 65 ans ou plus.
5. La question du recensement portant sur le bilinguisme demandait au répondant d'évaluer lui-même sa situation à cet égard.
6. La proportion régionale représente le pourcentage des personnes d'une communauté particulière au sein de la population totale de la région.
7. Le nombre de personnes au sein de la communauté correspond au nombre total de l'effectif.
8. Le rang global est calculé à partir du rang moyen pour chacune des caractéristiques (une pondération double est accordée aux catégories « Proportion régionale » et « Nbre de pers. au sein de la communauté »). Le rang accordé à une caractéristique peut être ascendant ou descendant, en fonction du caractère souhaitable ou non du phénomène en question. Par exemple, un degré élevé de bilinguisme est souhaitable, alors qu'un degré élevé de chômage ne l'est pas.
9. La situation démographique globale (ou épanouissement démographique) est fondée sur le rang global par comparaison avec la norme provinciale.
10. La cote « très élevé » de l'épanouissement démographique de la région 10 est attribuable à des facteurs particuliers touchant les communautés des Cris et des Inuits de la région du Nord-du-Québec, tels qu'un faible taux de vieillissement (attribuable à un taux de naissances élevé) et un ratio fournisseur de soins-âiné élevé.

Source : William Floch, ministère du Patrimoine canadien, compilation d'après les données du Recensement du Canada de 1996 sur la première langue officielle parlée.

APERÇUS DÉMOGRAPHIQUES DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES DU QUÉBEC

Les caractéristiques démographiques et l'épanouissement des communautés anglophones du Québec varient considérablement d'une région à l'autre. Selon les régions administratives utilisées par le gouvernement du Québec pour la planification et la prestation des services, nous obtenons des taux de vieillissement (c'est-à-dire la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus au sein de la population) qui varient de 7,7 p. 100 dans le Bas-Saint-Laurent et de 1,2 p. 100 dans le Nord-du-Québec à 19,8 p. 100 en Estrie et à 18,4 p. 100 en Mauricie. Le ratio fournisseur de soins-aîné (les fournisseurs de soins sont définis comme des personnes âgées de 35 à 64 ans) varie également de 4,5:1 dans le Bas-Saint-Laurent et de 3,4:1 dans la région Chaudière-Appalaches à 1,4:1 en Estrie. Le taux de chômage est plus élevé et le revenu moyen est plus faible chez les anglophones que chez les francophones. Le taux de chômage est particulièrement élevé dans les régions de la Côte-Nord (42,2 p. 100) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (35,8 p. 100), mais est relativement faible dans le Centre-du-Québec (8,8 p. 100) et en Montérégie (10,8 p. 100).

En ce qui concerne les catégories « Nombre de personnes au sein de la communauté » et « Proportion régionale » (proportion des gens de la communauté anglophone au sein de la population totale), le taux de variation est tout aussi élevé. Certaines communautés régionales comptent moins de 5 000 personnes (par exemple, dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et de Chaudière-Appalaches). À l'inverse, la région de Montréal regroupe plus de 500 000 personnes, tandis que Laval et l'Outaouais en comptent chacune plus de 50 000.

Ces caractéristiques peuvent être combinées en vue d'obtenir une typologie démographique des régions. Les données indiquent qu'il existe des régions où les communautés anglophones présentent ce que l'on pourrait décrire comme étant un « très faible » taux d'épanouissement démographique (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie, Abitibi-Témiscamingue et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Bien que les indicateurs démographiques utilisés puissent varier, le nombre d'anglophones dans ces régions et leur proportion au sein de la population totale sont faibles; par conséquent, leur poids en ce qui concerne la planification des politiques et des programmes liés aux services est négligeable. Cette insuffisance démographique est exacerbée, dans certaines régions, par un taux de chômage élevé, un taux de vieillissement élevé, un faible taux de bilinguisme et un faible ratio fournisseur de soins-aîné parmi les anglophones.

Les régions au sein desquelles les communautés anglophones présentent un faible épanouissement démographique se trouvent dans une position plus favorable (Estrie, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Lanaudière). Dans ces régions, les taux de vieillissement et de chômage peuvent être élevés parmi les anglophones.

Dans les Laurentides, les communautés anglophones présentent un épanouissement démographique moyen : les anglophones y sont relativement nombreux et constituent une proportion considérable de la population régionale. Ces communautés comptent également des taux moyens de chômage et de

bilinguisme. Ensemble, ces facteurs parviennent à compenser les défis occasionnés par le taux élevé de vieillissement et le faible ratio fournisseur de soins-âiné parmi les anglophones.

Dans les régions de Montréal, de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais, les communautés anglophones présentent de toute évidence un épanouissement démographique élevé : leur nombre et leur proportion au sein de la population régionale démontrent que ces communautés sont stables et grandement visibles. Leurs taux de chômage et de vieillissement sont relativement faibles et elles ont des proportions plus élevées de personnes jeunes ou d'âge moyen. Fait paradoxal, le taux de bilinguisme des régions de Montréal et de l'Outaouais est légèrement plus faible que celui des autres régions.

Tout effort de planification sociale doit tenir compte des variations qui caractérisent les communautés anglophones du Québec.

Ces aperçus démographiques révèlent que les communautés anglophones sont vulnérables en raison du vieillissement de la population et, dans certains cas, de l'exode des jeunes. Le déclin du nombre de fournisseurs de soins (soit les membres du groupe d'âge qui agit à titre de soutien principal et de lien entre le système de services sociaux et de santé et les aînés) ne fait qu'accentuer la situation.

Le revenu et l'emploi sont d'importants déterminants de la santé des personnes et des communautés. Le tableau 1 démontre que, dans neuf régions, le taux de chômage est supérieur à la moyenne provinciale parmi les anglophones; dans quatre de ces régions, ce taux est de 17 p. 100 ou plus.

Le tableau 1 dénote également un important facteur de vulnérabilité pour certaines régions (Côte-Nord et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), soit un taux relativement faible de bilinguisme. Ces régions sont aussi celles dont le niveau de chômage est le plus élevé.

Lorsque l'on combine les déterminants liés à la santé et les indicateurs démographiques pour obtenir une mesure relative de l'épanouissement démographique, il est possible de constater que 10 régions présentent une mesure d'épanouissement faible ou très faible par comparaison avec la moyenne de toutes les communautés anglophones régionales.

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES EN ANGLAIS

Le fait de déterminer le degré d'accessibilité des services en anglais dans chacune des régions revêt une importance cruciale au moment de définir les mesures à appliquer et les ressources requises pour les soutenir. L'accessibilité des services sociaux et de santé en anglais peut être évaluée en tenant compte de deux éléments :

- ∞ l'expérience directe des communautés anglophones en ce qui a trait à l'obtention des services;

- ☞ les résultats des plans approuvés par le gouvernement spécifiant quels services sont offerts en anglais.

EXPÉRIENCE COMMUNAUTAIRE

Au printemps 2000, l'Institut Missisquoi a demandé au Centre de recherche sur l'opinion publique de mener un sondage omnibus sur les attitudes et les expériences des Québécois anglophones. Ce sondage offre une vaste gamme de renseignements sur le vécu réel des citoyens anglophones de chacune des régions lorsqu'ils cherchent à obtenir des services sociaux et de santé dans leur langue.

Parmi les principaux résultats de ce sondage, on trouve ce qui suit :

- ☞ Les degrés signalés d'accès à des services en anglais varient considérablement d'une région à l'autre.
- ☞ Il est plus facile d'obtenir des services en anglais des médecins, des agences privées de soins infirmiers et des ressources communautaires que des établissements publics, comme les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres de soins de longue durée, ou des lignes téléphoniques d'aide, telles qu'Info-Santé.
- ☞ Les anglophones sont plus portés à dire qu'ils s'adresseraient d'abord à leur famille en cas de maladie que les francophones; ces derniers affirment qu'ils feraient premièrement appel aux services publics.
- ☞ Il est moins probable que les anglophones vivent à proximité d'un membre de leur famille que les francophones.
- ☞ Les anglophones considèrent que l'accès à des services dans leur langue est particulièrement important dans le cas des centres de soins de longue durée et des services téléphoniques d'aide (Info-Santé).

Les résultats de ce sondage soutiennent l'opinion du Comité voulant que l'épanouissement de nombreuses communautés soit compromis par la tendance de leurs membres à avoir moins souvent recours au système public que ceux des communautés majoritaires et à se tourner d'abord vers leur famille en cas de maladie, même s'il est moins probable qu'ils vivent à proximité d'un membre de leur famille que leurs voisins francophones. Ce portrait de vulnérabilité est renforcé par la réalité démographique du vieillissement des communautés et du déclin du nombre de fournisseurs de soins dans plusieurs régions.

L'analyse de ce sondage révèle également que les six régions qui ont obtenu un résultat « très faible » en ce qui a trait à la capacité d'obtenir une gamme de services sociaux et de santé en anglais sont celles où les communautés anglophones représentent 2,4 p. 100 ou moins de la population régionale : Bas-Saint-Laurent (0,5 p. 100), Saguenay-Lac-Saint-Jean (0,6 p. 100), Québec (2 p. 100), Mauricie (1,3 p. 100), Chaudière-Appalaches (0,9 p. 100) et Lanaudière (2,4 p. 100). Le poids démographique de ces communautés ne semble pas suffisant pour influencer sur

TABLEAU 2

Usage de l'anglais dans diverses situations liées aux services sociaux et de santé (SS et S)

Région	Médecin	CLSC	Info-Santé	Salle d'urgence	Séjour à l'hôpital	Soins de longue durée publics	Résidence privée	Services privés de soins infirmiers	Groupe communautaire	Service global en anglais	Total des situations de service	% des services offerts en anglais	Indice par comparaison avec la moyenne provinciale	Rang régional	Usage de l'anglais dans des situations SS et S, par comparaison avec la moyenne provinciale										
																Anglophones bénéficiant de services en anglais (%)									
																86	66	61	73	80	70	72	75	78	5 072
Québec (province)															S.O.										
01 Bas-Saint-Laurent	26	6	31	28	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	13	72	17,9	0,24	15	Très faible										
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	42	S.O.	S.O.	8	12	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	19	114	16,3	0,22	16	Très faible										
03 Québec	52	21	21	20	27	43	18	S.O.	21	59	187	31,7	0,42	13	Très faible										
04 Mauricie et Centre-du-Québec	31	26	13	4	39	19	S.O.	62	15	26	116	22,8	0,30	14	Très faible										
05 Estrie	79	72	56	40	63	61	56	89	75	407	630	64,6	0,86	7	Faible										
06 Montréal	93	74	69	83	83	75	73	82	80	1 861	2 255	82,5	1,09	2	Élevé										
07 Outaouais	92	68	42	69	74	67	70	69	45	347	473	73,4	0,97	4	Moyen										
08 Abitibi-Témiscamingue	54	43	27	59	63	50	82	100	100	119	215	55,6	0,74	10	Très faible										
09 Côte-Nord	76	71	83	65	92	100	86	95	95	237	301	78,8	1,05	3	Élevé										
10 Nord-du-Québec	86	84	100	73	87	89	100	89	71	139	167	83,5	1,11	1	Élevé										
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	83	70	60	58	60	66	65	82	74	279	402	69,5	0,92	6	Faible										
12 Chaudière-Appalaches	49	46	70	14	44	67	100	S.O.	56	34	78	43,3	0,57	11	Très faible										
13 Laval	73	44	55	47	72	89	83	30	64	191	322	59,4	0,79	8	Très faible										
14 Lanaudière	56	16	48	41	38	40	81	72	100	52	126	41,1	0,54	12	Très faible										
15 Laurentides	64	43	45	49	56	52	65	97	67	186	334	55,7	0,74	9	Très faible										
16 Montérégie	75	59	48	78	94	59	82	63	94	674	935	72,1	0,96	5	Moyen										

Remarques :

1. Ces résultats sont fondés sur les réponses des 3 126 répondants au sondage.
2. L'indice est calculé en comparant le résultat régional à la moyenne provinciale.
3. L'usage « élevé » de l'anglais dans les situations liées aux services sociaux et de santé dans la région 10 est attribuable à l'organisation particulière des services au sein des communautés des Cris et des Inuits de la région du Nord-du-Québec.

Source : CROP et l'Institut Missisquoi, Sondage sur les attitudes, les expériences et les enjeux des communautés anglophones du Québec, juin 2000.

les priorités régionales et permettre à leurs membres d'obtenir un accès accru à des services en anglais. D'après ces données, les communautés vulnérables devraient faire l'objet de stratégies visant à améliorer les capacités communautaires et à accroître le degré d'accès aux services en anglais.

À l'échelle provinciale, environ 6 anglophones sur 10 ayant eu recours à Info-Santé durant la période faisant l'objet du sondage ont réussi à obtenir des services en anglais. Ce résultat suggère que des mesures correctives doivent être prises pour accroître l'accessibilité en anglais de cet important programme. Dans neuf régions, moins de la moitié des répondants ont réussi à obtenir des services en anglais lorsqu'ils se sont adressés à Info-Santé.

Le sondage révèle également des lacunes dans le domaine des soins de première ligne (CLSC). À l'échelle provinciale, environ deux tiers des anglophones sondés avaient obtenu des soins de première ligne en anglais. Dans neuf régions, moins de la moitié des répondants avaient reçu des soins de première ligne en anglais².

En outre, dans neuf régions, moins de la moitié des anglophones ayant eu recours à des services d'urgence ou de consultations externes en milieu hospitalier avaient réussi à les obtenir en anglais.

Les résultats du sondage soulignent d'importantes variations régionales quant aux degrés d'accès à divers services sociaux et de santé en anglais. Cela confirme qu'il est indispensable d'élaborer des stratégies pour accroître les capacités communautaires nécessaires à la mise sur pied de réseaux et à la mobilisation des ressources requises. Cela justifie également l'accroissement des ressources attribuées à des services ciblés et à des régions définies afin de soutenir des modèles de service adaptés aux particularités régionales et communautaires. Il conviendrait aussi d'instaurer des mesures visant à assurer la formation linguistique et le perfectionnement du personnel.

Le sondage CROP-Missisquoi témoigne aussi de la façon dont le système de services sociaux et de santé répond aux besoins linguistiques et socioculturels des communautés anglophones. Un autre aperçu du système mesure les résultats des programmes qui sont approuvés par le gouvernement et permettent d'accéder à des services sociaux et de santé en anglais. Cette évaluation préconise une approche stratégique qui cible les catégories de services et les régions dont les lacunes doivent être comblées au moyen d'une action concertée.

² Dans la région de Québec, de nombreux anglophones obtiennent également des soins de première ligne auprès du Holland Centre (un organisme communautaire). Il est possible que les résultats du sondage sur les CLSC pour cette région ne reflètent pas cette particularité.

TABLEAU 3

Déterminants de l'épanouissement démographique et de l'accès aux services sociaux et de santé des communautés anglophones — Résumé des rangs régionaux

Région	Caractéristiques démographiques	Services offerts en anglais	Accès aux services autorisés	Rang global	Situation communautaire en ce qui a trait à l'accès aux SS et S
01 Bas-Saint-Laurent	15	15	15	15	Très faible
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	13	16	14	14	Très faible
03 Québec	6	13	6	9	Moyenne
04 Mauricie	16	14	16	16	Très faible
05 Estrie	8	7	4	6	Très forte
06 Montréal	4	2	2	1	Très forte
07 Outaouais	2	4	5	3	Très forte
08 Abitibi-Témiscamingue	12	10	11	13	Très faible
09 Côte-Nord	11	3	10	8	Forte
10 Nord-du-Québec	5	1	12	5	Très forte
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	14	6	13	12	Très faible
12 Chaudière-Appalaches	10	11	7	10	Faible
13 Laval	1	8	3	4	Très forte
14 Lanaudière	9	12	9	11	Faible
15 Laurentides	7	9	8	7	Forte
16 Montérégie	3	5	1	2	Très forte

Remarques :

1. Les rangs liés aux caractéristiques démographiques sont tirés du tableau 1, p. 8.
2. Les rangs liés aux services offerts en anglais sont tirés du tableau 2, p. 12.
3. Les rangs liés à l'accès aux services autorisés sont tirés d'une évaluation rédigée par James Carter en octobre 2001 (non publiée).
4. La cote « très forte » de la région 10 est attribuable aux particularités démographiques des communautés des Cris et des Inuits de la région du Nord-du-Québec. Elle reflète également l'organisation particulière des services sociaux et de santé au sein de ces communautés (colonne 2). Le rang lié à l'accès aux services autorisés (colonne 3) est très élevé puisque les programmes d'accès régionaux qui définissent les services autorisés pour les anglophones excluent les communautés des Cris et des Inuits.

TABIEAU 4

Accès aux services autorisés par région et par catégorie de service

Région	Soins de première ligne (GLSC)	Services médicaux généraux et spécialisés	Soins de longue durée	Protection de la jeunesse	Réadaptation	Ententes interrégionales	Établissements désignés	Somme des indicateurs du degré d'accès	Rang régional
01 Bas-Saint-Laurent	4	2	4	4	4	4	4	26	15
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	4	4	4	1	4	4	4	25	14
03 Québec	1	2	1	1	4	4	1	14	6
04 Mauricie et Centre-du-Québec	4	4	4	4	4	4	4	28	16
05 Estrie	1	1	2	1	1	4	1	11	4
06 Montréal	2	1	1	1	1	1	1	8	2
07 Outaouais	1	1	1	1	2	4	1	11	5
08 Abitibi-Témiscamingue	2	1	4	1	3	4	4	19	11
09 Côte-Nord	2	3	3	1	3	4	1	17	10
10 Nord-du-Québec	2	3	4	3	3	2	4	21	12
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2	3	3	2	4	4	4	22	13
12 Chaudière-Appalaches	1	2	1	1	4	1	4	14	7
13 Laval	1	2	1	1	1	1	1	8	3
14 Lanaudière	3	3	2	3	3	1	1	16	9
15 Laurentides	1	3	3	1	3	4	1	16	8
16 Montérégie	1	1	1	1	1	1	1	7	1

Remarques :

1. Les services autorisés sont définis par les programmes d'accès régionaux approuvés par le gouvernement du Québec en ce qui a trait aux services sociaux et de santé offerts en anglais. Les programmes d'accès ont pour objet d'appliquer l'article 15 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), selon lequel les anglophones sont autorisés à recevoir des services de santé et des services sociaux en anglais, en fonction des ressources du système.
2. Définition du degré d'accès à un service : 1 = substantiel; 2 = moyen; 3 = limité; 4 = extrêmement limité.
3. La somme des indicateurs représente le total des valeurs affectées au degré d'accès dans chacune des sept catégories de services autorisés.

Source : James Carter, « Evaluation of levels of access to entitled services identified in access programs of health and social services in the English language » (document non publié), octobre 2001.

RÉSULTATS DES PROGRAMMES D'ACCÈS DU GOUVERNEMENT

Un organe consultatif nommé par le gouvernement du Québec a effectué des évaluations portant sur les programmes d'accès régionaux ayant trait aux services sociaux et de santé offerts en anglais. Ce comité a mesuré les progrès accomplis en ce qui concerne l'application des garanties législatives portant sur l'accès à des services en anglais depuis l'approbation des premiers plans par le gouvernement du Québec en 1989. Pour chacune des régions administratives, les évaluations ont mis en évidence les lacunes touchant les services et ont dressé une liste des priorités pour y remédier. Les opinions avancées constituent une évaluation systématique des résultats des décrets gouvernementaux déterminant les services que les anglophones ont le droit de recevoir dans leur langue en vertu de l'article 348 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* du Québec³.

Ces évaluations ont été regroupées et analysées en vue de permettre l'attribution d'une cote d'accès aux services autorisés par catégorie de services et par région (Carter 2001). Les résultats de ces évaluations ont été ajoutés aux données démographiques, aux indicateurs portant sur les déterminants de la santé et aux résultats du sondage CROP-Missisquoi en vue d'obtenir un portrait d'ensemble de la situation globale à laquelle font face les communautés anglophones régionales concernant l'accès à des services en anglais (voir le tableau 3).

Le droit de recevoir des services en anglais comporte au moins sept dimensions (voir le tableau 4) :

- ∞ soins de première ligne (CLSC);
- ∞ services médicaux généraux et spécialisés;
- ∞ soins de longue durée;
- ∞ protection de la jeunesse;
- ∞ réadaptation;
- ∞ ententes sur les services interrégionaux;
- ∞ établissements désignés.

1) Soins de première ligne (CLSC)

Selon Carter (2001), quatre régions disposent d'un accès limité, extrêmement limité ou nul aux services autorisés liés à la gamme de programmes de soins de première ligne offerts par les CLSC : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec et Lanaudière.

³ Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, *Opinions and recommendations with respect to approval by the Government of the programs of access to health and social services in the English language for English-speaking persons of each administrative region of Quebec*, janvier 1997; et *Report on the decrees adopted by the Government of Quebec concerning programs of access to health and social services in the English language*, novembre 1999.

2) Services médicaux généraux et spécialisés

Sept régions disposent d'un accès limité, extrêmement limité ou nul aux services autorisés liés à la gamme de services médicaux généraux et spécialisés offerts par les hôpitaux : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière et Laurentides.

3) Soins de longue durée

L'accès (de moyen à substantiel) aux services autorisés offerts par les centres de soins de longue durée présente des lacunes dans huit régions : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Laurentides.

En Estrie, les anglophones semblent sous-utiliser le système public de soins de longue durée; ils préfèrent avoir recours à des ressources privées mieux adaptées à leurs besoins linguistiques et culturels, ce qui leur occasionne, ainsi qu'à leur famille, des frais considérables.

4) Protection de la jeunesse

Quatre régions disposent d'un accès limité, extrêmement limité ou nul aux services autorisés offerts par les centres de protection de la jeunesse : Bas-Saint-Laurent, Mauricie et Centre-du-Québec, Nord-du-Québec et Lanaudière.

Il s'agit souvent de services obligatoires auxquels les jeunes en difficulté doivent se soumettre en vertu des lois provinciales et fédérales.

5) Programmes de réadaptation pour toutes les catégories de clientèle

L'accès aux programmes autorisés de réadaptation est généralement faible pour toutes les catégories de clientèle (personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles, jeunes en difficulté, personnes ayant une dépendance à la drogue ou à l'alcool).

Onze régions (plus des deux tiers) disposent d'un accès limité, extrêmement limité ou nul aux services autorisés offerts par les centres de réadaptation : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec, Mauricie et Centre-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Lanaudière et Laurentides. Parmi celles-ci, on estime que les six premières disposent d'un accès extrêmement limité ou nul aux services autorisés.

Les personnes handicapées constituent une minorité au sein d'une minorité. Par exemple, les malentendants font déjà face à des obstacles majeurs

lorsque vient le temps de communiquer avec des fournisseurs de soins de santé. Bien que la Cour suprême du Canada ait statué que l'interprétation gestuelle est couverte par le régime d'assurance-maladie et doit être offerte à tous les malentendants, le système de prestation de services ne s'est pas encore adapté de façon adéquate à ce besoin⁴.

6) Ententes sur les services interrégionaux

Les programmes d'accès permettent la conclusion d'ententes sur les services interrégionaux selon lesquelles les anglophones d'une certaine région peuvent avoir accès à des services autorisés dans une autre région, sous réserve d'une confirmation par décret gouvernemental.

Les ententes interrégionales revêtent une importance cruciale puisque le Québec poursuit l'intégration de son modèle de régionalisation pour les soins médicaux spécialisés et surspécialisés. De plus, les programmes autorisés de soins en établissement destinés aux jeunes anglophones en difficulté ne sont offerts que par un seul centre à Montréal. Les ententes administratives qui permettent un accès interrégional doivent être officiellement reconnues dans le cadre des programmes d'accès.

Dix régions ne comportent aucune entente interrégionale dans le cadre des programmes d'accès qui ont été approuvés par le gouvernement du Québec en 1999 : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Laurentides. Cinq régions ne disposent d'aucun établissement désigné pouvant offrir des services en anglais. Neuf régions ont obtenu une cote faible ou très faible en ce qui concerne le degré d'accès à une gamme de services en anglais, par comparaison avec d'autres régions (voir le tableau 4).

Bien que les communautés de nombreuses régions aient principalement recours aux établissements francophones de leur région pour obtenir des services médicaux spécialisés (pour des raisons géographiques, de mobilité ou de coût), les données du gouvernement du Québec révèlent une tendance uniforme quant à l'utilisation des hôpitaux désignés de langue anglaise de Montréal par des patients provenant d'autres régions⁵.

Grâce aux progrès technologiques, il est dorénavant possible d'assurer le prolongement de certains services dans des régions éloignées ou rurales.

⁴ Dans le cadre de la cause *Eldridge c. Colombie-Britannique* (1997), la Cour suprême du Canada a statué à l'unanimité que l'interprétation gestuelle (ASL/LSQ) doit être offerte à tous les malentendants à titre de service couvert par le régime d'assurance-maladie.

⁵ Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, 1997.

7) Établissements désignés

En vertu d'un décret du gouvernement du Québec, les établissements désignés sont autorisés à offrir tous leurs services en anglais. Il s'agit principalement des établissements qui, par tradition, ont été créés et soutenus par les communautés anglophones. Leur présence au sein d'une région permet d'assurer l'offre d'une certaine gamme de services et contribue à l'infrastructure vitale de la communauté⁶.

Les réformes ont eu pour effet de faire passer le nombre total d'établissements de santé publique québécois d'environ 1 000 à 500 au cours de la dernière décennie. Par conséquent, un certain nombre d'établissements desservant les communautés anglophones ont fermé leurs portes (par exemple, l'hôpital Queen Elizabeth, l'hôpital Reddy Memorial et l'hôpital général de Lachine), tandis que le mandat de certains autres a été modifié (par exemple, l'hôpital de Sherbrooke et l'hôpital Jeffrey Hale).

Près de la moitié des régions administratives ne disposent d'aucun établissement désigné pouvant offrir des services en anglais : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Chaudière-Appalaches, Mauricie et Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Nord-du-Québec. Les quatre premières régions susmentionnées ont obtenu une cote très faible quant à leur degré relatif d'accès à la gamme de services ciblée par le sondage CROP-Missisquoi; pour leur part, les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont obtenu une cote faible⁷. Cela indique que l'accessibilité des services y est insuffisante par comparaison avec les autres régions qui comptent des établissements désignés.

⁶ Le gouvernement du Québec désigne les établissements qu'il autorise à offrir leurs services en anglais aux anglophones parmi les institutions reconnues en vertu de l'article 29.1 de la *Charte de la langue française* (chapitre C-II).

⁷ La région du Nord-du-Québec constitue un cas particulier en raison de la présence importante des Cris et des Inuits, lesquels ont plus probablement accès à des services adaptés à leur culture au sein des territoires qu'ils occupent.

Pour répondre aux problèmes constatés, le Comité propose un Plan d'intervention global de cinq ans. Le Plan favoriserait l'épanouissement démographique des communautés anglophones au moyen de mesures résultant de la concertation entre les gouvernements et les communautés, et visant l'amélioration de l'accès aux services sociaux et de santé en anglais.

À cette fin, les communautés doivent disposer de la capacité de mobiliser des ressources. Pour sa part, le système doit fournir les ressources nécessaires et offrir des approches de prestation de services adaptées aux réalités régionales et communautaires.

Le Plan d'intervention global définit **cinq moyens d'action** pour orienter les mesures propres à soutenir directement les efforts des communautés et du système de services sociaux et de santé dans l'amélioration de l'accès à des services en anglais :

- ☞ **réseautage et coopération** au sein des communautés anglophones pour mobiliser la capacité institutionnelle et communautaire de manière à répondre aux besoins;
- ☞ **information stratégique** pour élaborer une approche axée sur le savoir et susceptible de mobiliser les ressources et définir les besoins;
- ☞ **technologie** pour étendre la prestation de services à des communautés anglophones éloignées, dispersées ou rurales;
- ☞ **modèles de prestation de services** pour mettre sur pied de nouveaux services adaptés aux réalités régionales et communautaires;
- ☞ **formation et perfectionnement des ressources humaines** pour promouvoir la formation linguistique et le perfectionnement professionnel, ainsi que le recrutement de personnel anglophone et son maintien en fonction dans toutes les régions.

Le Plan d'intervention global préconise les mesures suivantes.

1) Réseautage et coopération

Mettre en place 16 réseaux régionaux, 4 réseaux sous-régionaux et 1 réseau provincial pour :

- ☞ fournir des renseignements sur les communautés anglophones et leurs besoins;
- ☞ élaborer des stratégies en vue de répondre aux besoins cernés;
- ☞ soutenir et réaliser des initiatives menant à la mise en œuvre de modèles de prestation de services tenant compte des particularités régionales et communautaires;

- ↻ créer des réseaux qui relieront les établissements de services sociaux et de santé et les communautés;
- ↻ valoriser le secteur du bénévolat;
- ↻ faciliter les échanges entre les réseaux régionaux et sous-régionaux;
- ↻ représenter les intérêts locaux et régionaux sur la scène provinciale;
- ↻ collaborer à la formation de partenariats avec d'autres réseaux (par exemple, les établissements d'enseignement, y compris les universités).

2) Information stratégique

- ↻ Mettre en œuvre des travaux de recherche universitaires et institutionnels portant sur les principales préoccupations des communautés.
- ↻ Renforcer les capacités communautaires de recherche.
- ↻ En collaboration avec d'autres ministères et d'autres ordres de gouvernement, favoriser les recherches gouvernementales.

3) Technologie

- ↻ Accroître le recours aux services de télésanté et de télémédecine.
- ↻ Soutenir la mise sur pied de centres d'accueil multidisciplinaires offrant des services à distance (par exemple, des services de santé, des services d'éducation et des services communautaires).
- ↻ Améliorer l'infrastructure de connectivité et de technologie.

4) Modèles de prestation de services

- ↻ Appuyer la mise en œuvre des meilleurs modèles de prestation de services (soins de première ligne, services médicaux généraux et spécialisés, soins de longue durée, services de protection de la jeunesse et programmes de réadaptation).
- ↻ Élaborer des modèles de prestation de services tenant compte des particularités régionales et communautaires, y compris des facteurs démographiques et géographiques, ainsi que du degré d'accès aux services en anglais dans chacune des régions.
- ↻ Formuler des stratégies favorisant la participation de la communauté à la planification et à la prestation des services pour renforcer les capacités communautaires.

- ∞ Déterminer quelles ressources humaines, matérielles et d'information sont nécessaires pour améliorer le degré d'accessibilité des services en anglais au sein du système québécois de services sociaux et de santé.
- ∞ Privilégier l'intégration des besoins des communautés anglophones à la planification des services locaux et régionaux.

5) Formation et perfectionnement des ressources humaines

- ∞ Promouvoir la formation professionnelle et linguistique (français et anglais, langues secondes) en partenariat avec les cégeps, les universités et d'autres institutions.
- ∞ Élaborer des mesures incitatives pour le recrutement et le maintien en poste dans les régions du Québec, y compris des bourses, des services de garde et des primes de retour dans les régions à la fin des études ou de la formation professionnelle.

CONCLUSION

La mise en œuvre du Plan d'intervention global proposé par le Comité favoriserait l'épanouissement démographique des communautés anglophones dans toutes les régions du Québec par le biais de moyens d'action visant l'amélioration de l'accès à des services sociaux et de santé en anglais. Le Plan offre aux institutions fédérales et au gouvernement provincial une base solide pour contribuer à l'épanouissement des communautés anglophones du Québec.

Le Comité reconnaît que certaines conditions amélioreront les chances de réussite du Plan :

- ☞ Puisque le gouvernement du Québec est responsable de la prestation des services sociaux et de santé, sa coopération et sa collaboration seront importantes pour assurer la réussite de la mise en œuvre des modèles de prestation de services.
- ☞ Parallèlement, compte tenu de son mandat, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer pour respecter son engagement de soutenir activement l'épanouissement des communautés anglophones du Québec.
- ☞ La disponibilité des services en anglais au sein du système québécois de services sociaux et de santé doit être adaptée à l'évolution des besoins.
- ☞ La mise en œuvre des mesures doit tenir compte des particularités régionales et sous-régionales.
- ☞ Afin d'assurer la pérennité des solutions mises de l'avant, les intéressés (gouvernements, institutions, communautés) doivent s'engager à déployer des efforts concertés et soutenus pour améliorer l'accès aux services et, par le fait même, à soutenir l'épanouissement des communautés anglophones.
- ☞ Les communautés anglophones doivent être consultées et doivent participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures prévues par le Plan d'intervention global.

BOWEN, Sarah. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, 2001, 141 p.

CARTER, James. « Evaluation of levels of access to entitled services identified in access programs of health and social services in the English language » (document non publié), octobre 2001, 31 p.

COMMISSION DES ÉTATS GÉNÉRAUX SUR LA SITUATION ET L'AVENIR DE LA LANGUE FRANÇAISE AU QUÉBEC. *Le français, une langue pour tout le monde : une nouvelle approche stratégique et citoyenne*, Résumé du rapport final, 2001, 28 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1995, L.R.Q., c. S-4.2.

BUREAU DU COMMISSAIRE AUX LANGUES OFFICIELLES. *Un changement de culture s'impose*, Bilan national des services en français et anglais, deuxième partie, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001, 32 p.

COMITÉ PROVINCIAL POUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE. *Opinions and recommendations with respect to approval by the Government of the programs of access to health and social services in the English language for English-speaking persons of each administrative region of Quebec*, janvier 1997.

COMITÉ PROVINCIAL POUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE. *Report on the decrees adopted by the Government of Quebec concerning programs of access to health and social services in the English language*, novembre 1999, 31 p.

SABER-FREEDMAN, Sara. *Consolider nos acquis : plan d'action pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise au Québec et favoriser l'épanouissement des communautés anglophones minoritaires*, rapport préparé pour le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire de Santé Canada, 2001.

SABER-FREEDMAN, Sara. *Quebec's English-speaking communities in the year 2000: A preliminary report on the omnibus survey of the attitudes and experiences of English-speaking Quebecers*, Institut Missisquoi, 2000, 63 p.

ANNEXE : COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS ANGLOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE DE SANTÉ CANADA

MANDAT

Le mandat du Comité consultatif est le suivant :

1. Conseiller le ministre de la Santé sur les façons de favoriser l'épanouissement des communautés anglophones minoritaires au Québec et d'appuyer leur développement.
2. Donner son point de vue sur les initiatives en voie d'élaboration afin d'assurer une incidence optimale sur les communautés anglophones minoritaires du Québec.
3. Offrir un forum pour concourir à la mise à jour du Plan d'action pluriannuel afin d'aider le Ministère à tenir ses engagements, en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*.
4. Assurer la liaison avec les communautés anglophones minoritaires du Québec pour faciliter l'échange d'information.
5. Assurer la liaison avec les communautés francophones minoritaires à l'extérieur du Québec pour faciliter l'échange d'information.

STRUCTURE

Le Comité consultatif sera composé des membres suivants :

- ☞ deux coprésidents (l'un représentant la communauté et l'autre, le gouvernement fédéral);
- ☞ huit représentants des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec;
- ☞ un représentant de la province de Québec (à confirmer);
- ☞ de hauts fonctionnaires de Santé Canada ayant des responsabilités spécifiques au sein des secteurs de programmes et de politiques prioritaires;
- ☞ le coordonnateur national, article 41, partie VII, et le coordonnateur régional du Québec, au besoin;
- ☞ un secrétaire général pour la communauté et un secrétaire général pour le gouvernement fédéral;
- ☞ un représentant de Patrimoine canadien, faisant office d'observateur, afin de maximiser les possibilités de partenariat.

MEMBRES

COPRÉSIDENTS

Eric Maldoff	Associé, Heenan Blaikie
Marcel Nouvet	Sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada

COSECRÉTAIRES

Deborah Hook	Directrice exécutive, Quebec Community Groups Network
Muguette Lemaire	Analyste de programmes, Santé Canada

REPRÉSENTANTS COMMUNAUTAIRES

James Carter	Coordonnateur, Réseau communautaire de services de santé et de services sociaux
Christina Davidson Richards	Traductrice, South Stukely, Québec
Patti Arnold	Spécialiste en communication, Îles-de-la-Madeleine, Québec
Louis Hanrahan	Président, Voice of English-Speaking Quebec
JoAnn Jones	Infirmière clinicienne spécialisée, Sutton, Québec
James MacDougall	Président et chef de la direction, Institut canadien de recherche et de formation sur la surdité, et professeur agrégé, Département de psychologie, Université McGill
William Rowe	Directeur, Centre des études familiales, et directeur, École de service social, Université McGill
Marion Standish	Infirmière-conseil, Centre gériatrique Courville
James Warbanks	Membre fondateur, Comité consultatif auprès de la Régie régionale de la santé des Laurentides

REPRÉSENTANTS DE PATRIMOINE CANADIEN

Beverley Caplan	Conseillère principale, Programmes des langues officielles, Bureau régional du Québec
William Floch	Gestionnaire, Politique et recherche, Programmes des langues officielles
Sheila MacDonald	Gestionnaire, Direction générale de la concertation interministérielle

REPRÉSENTANTS DE SANTÉ CANADA

Jean-Louis Caya	Directeur, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Région du Québec
Susan Hicks	Infirmière conseillère principale, Direction générale de la politique de la santé et des communications
Jacques Cloutier	Directeur, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
Michel Léger	Directeur, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
Lucie Myre	Directrice générale régionale, Québec