



**Groupe de recherche sur la
formation professionnelle en
santé et service social en contexte
francophone minoritaire**

**Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux
et de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire**

Par

Jacinthe Savard

Sébastien Savard

Marie Drolet

Danielle de Moissac

Lucy-Ann Kubina

Solange van Kemenade

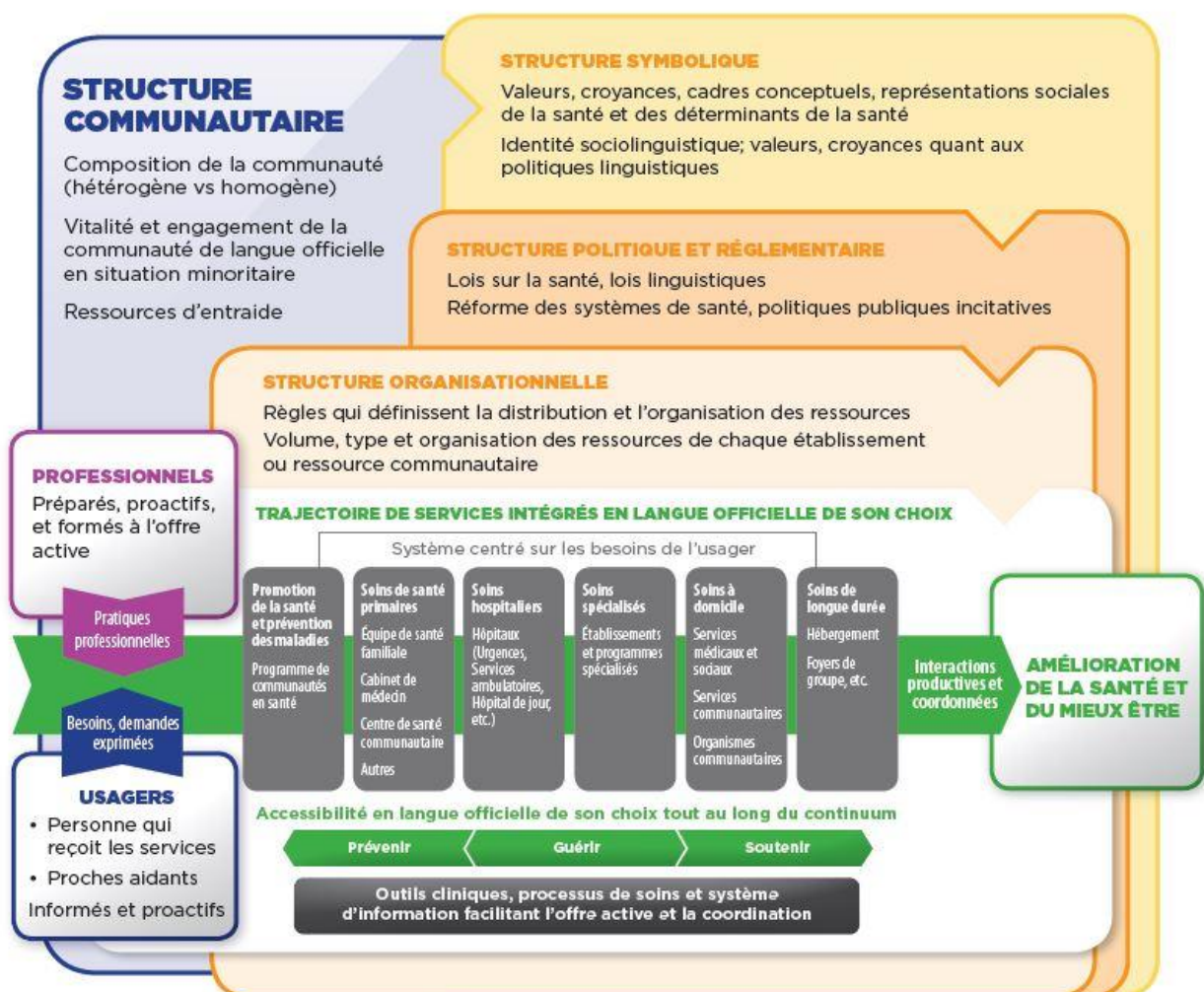
Josée Benoit

Yves Couturier

**GREFOPS, Université d'Ottawa
août 2017**

Notre cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) vise à schématiser les relations entre les divers acteurs qui influencent la trajectoire de services sociaux et de santé dans le contexte de ces communautés. Il s'inspire de quelques cadres retrouvés dans les écrits sur les systèmes de santé et de services sociaux, de même que des données provenant d'études antérieures du GREFOPS. Dans le présent document, nous retrouverons d'abord une représentation graphique du cadre, suivi d'une explication des concepts à l'origine du cadre et d'une explication de l'adaptation du cadre à l'analyse des enjeux propres aux CLOSM.

Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire



Source : Savard J. et coll. (2017). www.grefops.ca/cadre_analyse_fr.html. Inspiré de : Barr et coll. 2003; Champagne et coll. 2005; Couturier et coll. 2013; Tremblay et coll. 2012

Concepts à l'origine du cadre

Ce cadre d'analyse s'inspire de quelques cadres retrouvés dans les écrits sur les systèmes de santé et de services sociaux, dont celui de Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland et Nguyen (2005) ; le Chronic Care Model (CCM) (Wagner, Austin, et Korff, 1996) et sa variation connue sous le nom d'Expanded Chronic Care Model (ECCM) (Barr et al, 2003 ; McCurdy, MacKay, Badley, Veinot et Cott, 2008) ; le cadre conceptuel pour l'intégration des services (Tremblay, Angus et Hubert, 2012) et les notions de coordination des services retrouvés dans Couturier, Gagnon, Belzile et Salles (2013) ; de même que des données provenant d'études antérieures du GReFoPS.

Selon Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland et Nguyen (2005), le système des services sociaux et de santé peut être conçu comme un système organisé d'actions, situé dans un contexte géographique et temporel concret, dans lequel diverses structures délimitent un espace social dans lequel interagissent quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) dans le but de réaliser un ou des projets collectifs visant la réduction des difficultés de santé (p.18). Ces structures incluent une structure symbolique (valeurs et normes collectives, représentation de la santé, de la vie, de la maladie, etc.), une structure organisationnelle (lois et règlements régissant les services sociaux et de santé, règles de gouvernance, etc.) et une structure physique (bâtiments, architecture, plateaux techniques, ressources financières publiques et privées, etc.). Ce cadre d'analyse s'avère intéressant pour comprendre comment fonctionne le système des services sociaux et de santé et quel est l'espace de jeu des acteurs dans ce système.

Malgré sa pertinence, nous notons le besoin de proposer diverses adaptations pour les clientèles qui nous intéressent :

- Les intervenants rencontrés dans nos études ne nous parlaient jamais des ressources physiques, plateaux techniques correspondant à la structure physique du cadre d'analyse de Champagne et ses collègues. Ils distinguaient davantage entre les lois et règlements du palier provincial et les règles des établissements ou des agences régionales, qui répartissent les ressources localement. D'où cette adaptation du modèle qui inclut maintenant une structure symbolique, une structure politique et réglementaire et une structure organisationnelle.
- Il manque des acteurs importants dans ce cadre d'analyse : la personne qui utilise ces services (usager) et ses proches aidants.
- Enfin, dans le contexte du vieillissement et de l'augmentation des maladies chroniques, la probabilité qu'un individu ait besoin de l'intervention de plusieurs professionnels des services sociaux et de santé provenant des réseaux institutionnels et communautaires situés dans plus d'une organisation pour faire face à une situation de santé, est grande. Des mécanismes d'intégration ou de coordination sont nécessaires afin que la trajectoire de soins et services s'effectue sans rupture.

Pour mieux décrire l'interaction entre les deux groupes importants d'acteurs que sont les intervenants qui prodiguent les soins et les usagers de ces services, nous nous sommes tournés vers le *Chronic Care Model* (CCM) élaboré par Wagner et ses collègues en 1996 et sa variation connue sous le nom d'*Expanded Chronic Care Model* (ECCM) (Barr et coll., 2003 ; McCurdy et coll., 2008). Le *Chronic Care Model* propose d'instaurer une relation dynamique entre le fournisseur de soins et services

(médecin/équipe de services sociaux et de santé) et la personne qui les reçoit (et ses proches aidants) dans le but d'améliorer la qualité des services, d'adopter une approche plus centrée sur la réponse aux besoins exprimés par l'utilisateur ou ses proches aidants (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002). L'interaction productive entre ces deux partenaires (intervenant et usager) doit changer le paradigme traditionnel des soins de santé urgents ou de courte durée (intervenant expert et usager passif) et se transformer en une collaboration entre la personne, ses proches aidants et les intervenants (Bodenheimer et coll., 2002). L'intervenant devient proactif, ouvert au réseautage et à une approche à multiples volets. L'utilisateur et ses proches aidants, mieux informés et outillés dans la gestion de la condition de santé chronique, sont aussi appelés à être proactifs, à entreprendre des changements de comportements et de conditions de vie (Wagner et coll., 2001). Ainsi, une pratique centrée sur la personne, l'éducation, l'« empowerment » des usagers et la continuité des services favorise l'amélioration de la santé et du bien-être (Hindmarsh, 2013). *L'Expanded Chronic Care Model* mise aussi sur l'utilisation de ressources communautaires, la création de milieux de vie favorables, le renforcement de l'action communautaire et l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au mieux-être (Barr et coll., 2003).

Enfin, pour traiter de la continuité des interventions de professionnels provenant des réseaux institutionnels et communautaires situés dans plus d'une organisation, auprès d'une population en situation linguistique minoritaire, le cadre conceptuel pour l'intégration des services (Tremblay et coll., 2012, p.10) qui tient compte de la dimension linguistique, nous semble tout indiqué. Ce cadre rend compte du fait que pour assurer une trajectoire intégrée de services en langue officielle en situation minoritaire, il faut une accessibilité aux services dans cette langue tout au long du continuum. De leur côté, Couturier et collègues (2013) soulignent le besoin d'outils favorisant l'échange entre les organisations pour favoriser la continuité des services au sein de cette trajectoire. Cela peut inclure l'établissement de liens entre les différentes organisations, l'élaboration de protocoles interétablissements favorisant la fluidité de circulation des usagers entre les différentes organisations, un gestionnaire de cas comme contact privilégié de la personne au sein du réseau de services, des tables de concertation, un guichet centralisé, l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé et multidimensionnel, des outils communs de planification individualisée des interventions, etc.

Cadre adapté pour décrire l'accès et la continuité des services dans sa langue, en contexte linguistique minoritaire

Inspiré par ces modèles ou concepts et par leur interaction avec les données de nos études antérieures, le cadre d'analyse, représenté par la figure placée au début de ce texte, conçoit le système de santé et de services sociaux comme un système organisé d'actions, où divers groupes d'acteurs interagissent pour atteindre les objectifs du système et leurs objectifs propres. Ces groupes sont, par exemple, des acteurs politiques, des leaders de la communauté, des gestionnaires, des professionnels et des intervenants de la santé et des services sociaux, des groupes d'intérêt, l'utilisateur et ses proches aidants. Ils interagissent au sein de l'espace social délimité par un ensemble de structures qui orientent leurs actions : symbolique, communautaire, politique et réglementaire, et organisationnelle. Leurs actions (pratiques professionnelles, processus de soins et services, besoins et demandes exprimés) découlent de leurs expériences antérieures et contribuent à définir à leur tour le déroulement de la trajectoire de services.

Plus spécifiquement, la **structure symbolique** est constituée des valeurs, croyances, représentations de la société. Elle inclut tant les valeurs associées à la santé et à la justice sociale, les représentations de la santé et de ses déterminants que les valeurs associées à l'identité et aux politiques linguistiques. Le Gouvernement du Canada reconnaît la dualité linguistique comme élément fondamental de l'identité canadienne et il soutient un grand nombre d'initiatives pour aider les communautés de langue officielle minoritaire, comme en fait foi la Feuille de route pour les langues officielles 2013-2018. L'importance accordée à cette valeur ainsi que son opérationnalisation peuvent varier grandement au sein de la population canadienne, tant francophone qu'anglophone. Les représentations de la santé et de ses déterminants, de la régulation, des responsabilités et du rôle des acteurs (par exemple : rôle des gouvernements versus responsabilité individuelle) sont tous des éléments symboliques qui influenceront les politiques de santé et l'organisation des systèmes de santé et des services sociaux. Ils influencent aussi comment chacun des acteurs du système perçoit son propre rôle au sein de ce système. Dans les écrits sur les politiques de santé et de services sociaux, les soins centrés sur la personne ou le patient (AMC et AIIC, 2011 ; Lévesque et coll., 2013), la satisfaction des usagers (Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012), l'accès aux soins pour les personnes vulnérables et la sécurité des patients (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2016 ; Organisation mondiale de la santé, 2009) semblent actuellement des valeurs importantes. Or, certaines recherches démontrent que l'accès à des services dans sa langue favorise la qualité et la sécurité des services, de même que la satisfaction des clients (Bowen, 2015), ce qui justifie les efforts pour offrir des soins culturellement adaptés (AIIC, 2010; Campinha-Bacote, 2002; Office of Minority Health, 2001).

Tout comme la structure symbolique, la **structure communautaire** influence l'ensemble des acteurs concernés par l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population. D'une part, les soins et services n'opèrent pas en vase clos. Le personnel et les gestionnaires des établissements de soins et services proviennent souvent de cette communauté qui partage un certain nombre de valeur et de ressources. D'autre part, l'amélioration de la santé de la population ne relève pas seulement du système des services de santé, mais d'un ensemble d'actions multisectorielles incluant, entre autres, la création de milieux de vie favorables, le renforcement de l'action communautaire et l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être (Barr et coll., 2003). À un niveau plus formel, l'action communautaire peut s'organiser autour de divers groupes capables d'exprimer aux autorités compétentes les besoins observés dans la communauté et de revendiquer l'octroi de ressources publiques pour une problématique donnée, ou même, de s'organiser pour pallier un manque de services en créant divers services structurés par leurs propres règles organisationnelles, comme des entreprises d'économie sociale, des groupes d'entraide ou de soutien pour des personnes présentant une problématique similaire. Les établissements de santé ont donc avantage à multiplier les occasions de contacts avec la communauté linguistique minoritaire. De manière plus informelle, les relations de voisinage qui favorisent le soutien social entre les membres de la communauté peuvent avoir une influence positive sur leur santé. Dans ce contexte, la vitalité linguistique¹ de la communauté de langue officielle en situation minoritaire a un rôle important à jouer dans l'accès à des services dans sa langue. Le rôle de la communauté doit être davantage exploré comme piste de solution aux difficultés d'accès et de continuité des services dans la langue officielle en situation minoritaire.

¹ Voir à cet effet les travaux de Johnson et Doucet, 2006.

La **structure politique et réglementaire** est constituée des lois, des règlements, des directives ministérielles qui encadrent le système de santé et de services sociaux dans chacune des provinces. Il peut s'agir de lois, politiques ou programmes encadrant spécifiquement les services sociaux et de santé, comme la Loi canadienne sur la santé, les Lois ou politiques des diverses provinces en matière de services de santé et de services sociaux, ou encore de lois ayant une portée plus générale qui colorent les actions dans plusieurs domaines, comme la Loi sur les langues officielles du Canada, les Lois ou politiques des diverses provinces quant aux langues officielles. Ces dernières offrent un encadrement juridique dans les faits plus ou moins contraignant pour la planification des services sociaux et de santé en langue officielle en situation minoritaire. Les nombreuses réformes du système de santé souhaitées par la structure politique se traduisent généralement par des modifications à ces lois, des règlements, des directives, qui à leur tour influenceront la structure organisationnelle.

La **structure organisationnelle** définit la conception, la distribution et l'organisation des ressources, de même que le volume et le type de ressources dans chaque organisme offrant des services. La structure organisationnelle est certes influencée par la structure politique et réglementaire. Mais à l'intérieur de ces politiques, règlements et directives, il existe divers espaces octroyant aux gestionnaires une certaine marge de manœuvre pour l'utilisation des ressources qui leur sont attribuées et dont ils ont la responsabilité. La distribution de ces ressources s'opère entre les divers territoires géographiques, entre les services publics, privés, et communautaires, entre les services de 1re, 2e et 3e ligne, entre les différentes clientèles. Lorsque la variable linguistique n'est pas prise en compte au moment de répartir les ressources, il peut arriver que ces décisions influencent négativement l'accès aux services dans la langue officielle de son choix. La culture organisationnelle et le leadership peuvent jouer un rôle essentiel dans la mise en place de services en langue officielle en situation minoritaire. Le nombre d'intervenants qui parlent la langue de la communauté de langue officielle en situation minoritaire et, en particulier, d'intervenants bien préparés aux défis de l'offre active, de même qu'une attention à la planification de ces ressources, influencent la capacité de les déployer de façon efficiente de manière à assurer un accès équitable aux services dans cette langue.

C'est souvent au niveau de la structure politique et réglementaire, mais parfois au niveau de la structure organisationnelle que sont définis les divers services sociaux et de santé qui feront partie du continuum de services offerts et le niveau d'intégration² de ces services.

Au centre du modèle, un usager s'engage dans une **trajectoire de services** qu'il reçoit de plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux. Cet usager est souvent soutenu par un ou des proches aidants, qui peuvent ou non participer à cette rencontre. L'interaction productive lors de la trajectoire de soins et services passe par une collaboration entre l'usager, ses proches aidants et les intervenants des services sociaux et de santé, de même qu'une coordination entre l'ensemble des services dont la personne a besoin. Dans le contexte de communauté de langues officielles minoritaires, **l'accès à des services dans la langue de son choix tout au long du continuum** améliore l'expérience au sein de la trajectoire, de même que les résultats de santé³.

² Pour une discussion sur les divers niveaux d'intégration des services (p.ex., liaison, coordination, pleine intégration) voir Valentijn et coll. (2013) et Couturier et coll. (2013).

³ Sur les conséquences de ne pas recevoir des services dans sa langue, voir Bowen, 2015.

L'interaction entre l'utilisateur, ses proches aidants et les professionnels/intervenants sera positive lorsque :

- D'une part, les **professionnels** seront bien **préparés, proactifs, formés à l'offre active**⁴ de services dans les deux langues officielles, capables d'offrir le service eux-mêmes dans la langue officielle en situation minoritaire ou en dirigeant la personne vers une ressource appropriée. Leurs **pratiques professionnelles** favorisent des services culturellement adaptés, de même que la collaboration entre intervenants et entre organisations.
- D'autre part, **l'utilisateur et ses proches aidants** seront mieux **informés** et outillés dans la gestion de la condition de santé, mais aussi mieux informés de l'importance de la communication pour la qualité et la sécurité des soins et services. Ils seront alors **proactifs**, participants aux décisions les concernant, capables de mettre en place les recommandations nécessaires à l'amélioration de leur condition de santé et de leurs conditions de vie, mais aussi **capables d'exprimer leurs besoins** de santé ainsi que le besoin que certaines interactions avec les fournisseurs de services sociaux et de soins de santé aient lieu dans leur langue.

Les **outils cliniques, processus de soins et systèmes d'information** structurent aussi les actions des professionnels en ce sens qu'ils facilitent ou non la continuité des services. Parmi les outils qui auront une influence sur la possibilité d'une trajectoire de services intégrés en langue officielle en situation minoritaire, on retrouve des outils favorisant l'offre active de services dans les deux langues officielles (p.ex., identification des intervenants qui peuvent faire l'offre de service dans les deux langues officielles, collecte de la variable linguistique de l'utilisateur dans le dossier clinique, etc.), des outils d'information et de liaison, des outils d'évaluation des besoins sensibles à la dimension culturelle, des outils de planification qui facilite l'engagement de l'utilisateur, des dispositifs de coordination ou d'intégration des services (ex. : un guichet d'accès). Ces outils et dispositifs facilitent la fluidité de circulation des usagers entre les différentes organisations pour limiter les ruptures de continuité.

Ce cadre soutient donc que lorsque l'ensemble des acteurs des diverses structures travaille ensemble en faveur de l'accessibilité à des services en langue officielle en situation minoritaire tout au long du continuum, des interactions productives, de qualité et coordonnées en découleront et conduiront à **l'amélioration de la santé et du mieux-être** des usagers et de leurs proches aidants.

RÉFÉRENCES

- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914. doi:10.1001/jama.288.15.1909
- Bouchard, Louise, Marielle Beaulieu, et Martin Desmeules (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire* 18(2), 38-65.

⁴ L'Offre active comporte plusieurs facettes, mais peut être définie simplement comme étant « ... une invitation, verbale ou écrite, à s'exprimer dans la langue officielle de son choix. L'offre de parler dans la langue officielle de son choix doit précéder la demande de services » (Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012, p.46).

- Bowen, S. (2015). *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins. / The Impact of Language Barriers on Patient Safety and Quality of Care*. Ottawa : Société Santé en français.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L. et Salles, M. (2013). *La coordination en gérontologie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://www.pum.umontreal.ca/catalogue/la-coordination-en-gerontologie/couverture>
- Hindmarsh, M. (2013, 29 janvier). The Chronic Care Model. *www.theconference.ca*. Repéré 6 mai 2014, à <http://www.theconference.ca/index.php/topic-pages/conditions-and-diseases/obesity/41-conditions-and-diseases/330-the-chronic-care-model>
- Johnson, M. L. et Doucet, P. (2006). *Une vue plus claire : évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire*. Ottawa : Commissariat aux langues officielles du Canada.
- McCurdy, B., MacKay, C., Badley, E., Veinot, P. et Cott, C. (2008). *A Proposed Evaluation Framework for Chronic Disease Prevention and Management Initiatives in Ontario*. Toronto, Ontario : Arthritis Community Research & Evaluation (ACREU).
- Tremblay, S., Angus, D. et Hubert, B. (2012). *Étude exploratoire en matière de services de santé intégrés pour les communautés francophones* (Rapport présenté au Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.). Ottawa, ON : PGF Consultants Inc. Repéré le 13 novembre 2016 à <http://www.rssfes.on.ca/files/uploads/rssfefiles/etude9nov12.pdf>
- Valentijn, P., Schepman, S., Opheij, W. et Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1 Jan-Mar), 1-12.
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Korff, M. V. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank quarterly*, 74(4), 511-544. doi:10.2307/3350391