

Minorités linguistiques et société Linguistic Minorities and Society



Contribution d'OZi à l'état des lieux des services de santé en français en Ontario

David Scullion, Myriam Taillon, Marie-Christine Ranger, Normand Glaude et Jacinthe Desaulniers

Numéro 22, 2024

La santé en contexte francophone minoritaire au Canada : 20 ans de recherche
Health in Canada's Francophone Minority Communities: Twenty Years of Research

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1110629ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1110629ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Scullion, D., Taillon, M., Ranger, M.-C., Glaude, N. & Desaulniers, J. (2024). Contribution d'OZi à l'état des lieux des services de santé en français en Ontario. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (22). <https://doi.org/10.7202/1110629ar>

Résumé de l'article

Entre 2017 et 2020, l'organisme OZi a effectué la collecte et l'analyse de données sur les services de santé en français à l'échelle de la province, dans le cadre de la *Loi sur les services en français de l'Ontario*. Les résultats de cette recherche descriptive et exploratoire portent sur la répartition géographique de l'offre des services de santé en français, le continuum de soins, les exigences de la désignation et les ressources humaines possédant des capacités linguistiques en français. Ces résultats permettent de dresser l'état des lieux des services de santé en français en Ontario, en mettant en lumière les points forts comme les lacunes des services de santé en français. Les résultats sont discutés sous l'angle de l'accès et la planification des services de santé en français ainsi que celui de la performance de la désignation.

© David Scullion, Myriam Taillon, Marie-Christine Ranger, Normand Glaude et Jacinthe Desaulniers, 2024



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

é
rudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Contribution d'OZi à l'état des lieux des services de santé en français en Ontario

David SCULLION

OZi

dscullion@rssfe.on.ca

Myriam TAILLON

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

mtaillon@rssfe.on.ca

Marie-Christine RANGER

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

mcranger@rssfe.on.ca

Normand GLAUDE

OZi

nglaude@rssfe.on.ca

Jacinthe DESAULNIERS

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

jdesaulniers@rssfe.on.ca

Résumé

Entre 2017 et 2020, l'organisme OZi a effectué la collecte et l'analyse de données sur les services de santé en français à l'échelle de la province, dans le cadre de la *Loi sur les services en français de l'Ontario*. Les résultats de cette recherche descriptive et exploratoire portent sur la répartition géographique de l'offre des services de santé en français, le continuum de soins, les exigences de la désignation et les ressources humaines possédant des capacités linguistiques en français. Ces résultats permettent de dresser l'état des lieux des services de santé en français en Ontario, en mettant en lumière les points forts comme les lacunes des services de santé en français. Les résultats sont discutés sous l'angle de l'accès et la planification des services de santé en français ainsi que celui de la performance de la désignation.

Mots-clés:

santé; offre active; Ontario; désignation des fournisseurs de santé; continuum de soins

Abstract

Between 2017 and 2020, OZi conducted province-wide data collection and analysis on French-language health services, as part of Ontario's *French Language Services Act*. The results of this descriptive and exploratory research focus on the geographical distribution of the delivery of French-language health services, continuum of care, designation requirements, and human resources with French language skills. The results offer a snapshot of French-language health services in Ontario, highlighting both strengths and weaknesses. They are discussed from the

perspective of access to and planning of French-language health services, as well as the performance of the designation process.

Keywords: health; active offer; Ontario; health provider designation; continuum of care

Introduction

L'anglais et le français sont reconnus comme étant les langues officielles du Canada. Au fédéral, la *Loi sur les langues officielles* encadre l'usage des langues officielles au sein des institutions fédérales pour communiquer avec le public et fournir des services (Commissariat aux langues officielles, 2022). Après le Québec, l'Ontario est la province canadienne comptant le plus grand nombre d'habitants ayant le français comme première langue officielle parlée, avec 592 000 personnes, ou 3,8 % de la population (Statistique Canada, 2022).

Dans cette province, les services provinciaux, tels ceux de la santé, sont assujettis à la *Loi sur les services en français*. Ceci implique que le gouvernement provincial délègue la responsabilité d'offrir des services en français aux fournisseurs de services de santé (FSS) qui offrent des services pour le compte du ministère de la Santé (MS) ou du ministère des Soins de longue durée (MSLD). La responsabilisation face aux services de santé en français (SSEF) est mise en oeuvre et évaluée selon le processus de la désignation, auquel les fournisseurs de services en région désignée doivent se soumettre. Pour qu'une région soit considérée comme désignée, 5 000 francophones ou 10 % de la population de la région doivent y résider (Gouvernement de l'Ontario, 2022). On compte actuellement 26 régions désignées en Ontario. La ville de Sarnia s'ajoute comme 27^e région en 2024 (Gouvernement de l'Ontario, 2021a; Gouvernement de l'Ontario, 2022).

Un cadre légal des services en français est établi pour la province, pourtant la capacité réelle des fournisseurs à offrir des services en français n'a jamais été documentée. Déterminer si la population francophone reçoit réellement les services en français auxquels elle a droit demeure donc un défi.

1.1 Désignation et planification des services de santé en français

En Ontario, on dénombre environ 1 420 FSS qui reçoivent leur financement de Santé Ontario, l'organisme responsable de la planification et du financement des services de santé dans la province. Parmi ces 1 420 FSS, environ 80 sont désignés, 190 sont identifiés et 1 150 sont non identifiés. Chaque fournisseur assume un niveau de responsabilité à l'égard de l'offre des SSEF en fonction de ce statut (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017). Lorsque tous les services financés par Santé Ontario sont désignés, il s'agit d'une désignation complète. Quand seulement une portion des services ou un point de service sont désignés, on parlera d'une désignation partielle.

Pour que la désignation leur soit octroyée par le ministère des Affaires francophones de l'Ontario (MAFO), les fournisseurs désignés doivent pratiquer l'offre active. L'offre active est :

[...] la prestation régulière et permanente de services de santé en français — offerts à une qualité comparable à celle des services fournis en anglais, offerts systématiquement et de manière proactive aux clients francophones tout au long du continuum de soins. Pour assurer une offre active de services de santé en français, les fournisseurs de services de santé doivent mettre en oeuvre une série de pratiques organisationnelles. Ces pratiques sont également des exigences de désignation.

Réseau de services de santé en français de l'Est de l'Ontario, 2022, p. 3

De plus, ils doivent avoir complété et mis en action leur plan de désignation. Ce dernier est basé sur 20 exigences portant sur les thèmes suivants : la gouvernance, les services à la clientèle, l'identité visuelle et les communications, la responsabilisation et les politiques ainsi que la

planification relative aux ressources humaines (Ministère des Affaires francophones, 2022). Ainsi, un FSS sera tenu d'avoir en place une politique sur les SSEF et une politique sur les ressources humaines portant sur l'embauche de personnel possédant des capacités linguistiques avancées en français. Il devra s'assurer entre autres que sa documentation à l'intention de la clientèle soit disponible en français, tout comme son site Web et son système de téléphonie automatique.

Par ailleurs, un fournisseur identifié est tenu de développer un plan qui le mènera éventuellement à la désignation en vertu de la *Loi sur les services en français*. Il a aussi la responsabilité de fournir des SSEF conformément à sa capacité actuelle (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017; OZi, 2021). Il peut arriver qu'un fournisseur soit identifié pour un service particulier. Dans ce cas, l'identification est partielle. À ce jour, il demeure difficile de répertorier de façon standardisée les niveaux de responsabilité pour des services. Le dynamisme du système de santé, ce qui inclut les intégrations ou les transferts de services, complexifie la tâche. L'absence d'une liste formelle de tous les fournisseurs identifiés contribue aussi au défi.

Pour ce qui est des FSS non identifiés, soit l'ensemble des fournisseurs qui ne sont ni désignés ni identifiés, leurs responsabilités sont limitées. Il leur est recommandé de répondre aux besoins de leur communauté francophone locale en offrant des renseignements sur les services offerts en français dans leur région et en dirigeant les patients ou clients francophones vers des fournisseurs offrant ces services (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017).

Compte tenu des mesures mises en place à l'aide de la désignation, des SSEF sont plus probables d'être offerts chez un FSS désigné que chez un fournisseur partiellement désigné ou non identifié (Savard et al., 2020). En fait, la *Loi sur les services en français* garantit l'offre des services chez les FSS désignés (OZi, 2021).

Six entités régionales de planification des services de santé en français sont mandatées pour appuyer les multiples FSS de l'Ontario dans leurs démarches vers la désignation (Gouvernement de l'Ontario, 2021b). Par exemple, les entités régionales peuvent conseiller Santé Ontario en vue de l'identification d'un service ou d'un fournisseur. Cette décision se prend selon l'aspect unique du service, c'est-à-dire seul en son genre, ou essentiel, pour une région à population francophone. L'identification tient donc compte de plusieurs facteurs, comme l'ensemble des services offerts dans une région pour la population francophone ainsi que la demande pour ces services. À cet égard, les entités régionales servent donc d'intermédiaires, avec Santé Ontario, entre les FSS et le MS et le MSLD.

1.2 Carences de données

Les écrits sur la santé de la minorité francophone en Ontario se sont penchés sur des aspects variés. On retrouve par exemple l'expérience des patients francophones en Ontario et les nombreuses barrières à l'accès aux SSEF (Muray et al., 2022). On a aussi exploré la pénurie de professionnels pouvant s'exprimer en français (Drolet et al., 2015) et la répartition inadéquate de professionnels de la santé s'exprimant en français, en l'occurrence les médecins de famille et les pharmaciens, selon les régions de la province à forte densité francophone (Timony et al., 2018; Timony et al., 2022). de Moissac et Bowen (2019) ont mis en lumière le manque de qualité des soins en santé et le risque pour la sécurité des patientes et des patients lorsqu'ils sont traités dans une langue qui leur est moins familière. De plus, certains auteurs et certaines autrices ont dénoncé la pénurie de données sur les SSEF. de Moissac et ses collègues (2017) notent que le manque de données sur les professionnels bilingues peut entraîner une sous-utilisation des SSEF. En effet, si la population ignore où est offert un service de santé en français, elle n'en fera pas usage.

Certains secteurs de soins sont plus affectés que d'autres par le manque de données. Le manque de données sur la langue des professionnels de la santé oeuvrant en soins de longue durée (SLD) a été noté (Batista et al., 2021). De plus, on retrouve, au mieux, des données fragmentaires pour les SSEF

en santé mentale (Cardinal et al., 2018). Cependant, pour être en mesure de planifier les SSEF basés sur des données à l'échelle de la province et sur les besoins établis par la recherche en francophonie en Ontario, il faudrait aller au-delà des informations parcellaires et pouvoir dresser un inventaire exhaustif des services de santé en français et des ressources humaines bilingues pour l'Ontario.

1.3 Objectif de l'étude

L'objectif de la présente étude est d'établir un état des lieux concernant les SSEF pour l'Ontario à partir d'un projet de collecte de données mandaté et financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD; qui est maintenant scindé en deux ministères distincts, soit le MS et le MSLD). Ce projet a été initié en 2014 par le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (RSSFE), dans une optique de planification des SSEF. Il a mené à la création d'OZi, une société à but non lucratif indépendante qui oeuvre dans l'habilitation des organisations à l'égard des SSEF, à l'aide de stratégies de données. Le but du projet est de remédier aux carences d'information du système de SSEF en rassemblant en une seule plateforme en ligne, tous les rapports annuels sur les SSEF produits par chacun des FSS financés par Santé Ontario pour l'ensemble de la province. Cet exercice permet de rassembler des données probantes, tel le nombre d'employés bilingues par FSS, par secteur de soins ou par région. Ces données permettent de connaître la capacité à offrir des SSEF et d'harmoniser l'offre et la demande par la planification de futurs SSEF.

La collecte de données a eu lieu pendant trois années et une compilation annuelle a été produite par OZi pour le Ministère chaque année. Notre article se limite à la dernière année de compilation (2019-2020) et à certaines comparaisons avec les années précédentes.

2. Méthodologie

Cette étude utilise une approche quantitative de type exploratoire avec une visée descriptive. Ce devis a été choisi à la fois pour examiner des données et mettre en évidence les tendances observées. La visée descriptive permet de mieux comprendre le sujet de l'offre des services de santé en Ontario. Ce devis a donc été adopté selon la finalité, soit les besoins de planification des services de santé en français dans le système ontarien (Mialaret, 2004). Plus précisément, les besoins ont été déterminés par l'entremise d'une collaboration entre les partenaires impliqués.

2.1 Contexte

Les résultats s'insèrent dans un contexte de grands changements au sein du système de santé. Au moment de la collecte de données, la structure du système de santé était assurée par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Par conséquent, bien que ces structures soient maintenant remplacées par Santé Ontario, les résultats sont présentés selon les RLISS. Notons aussi que durant la collecte de données, il existait 34 exigences de désignation, qui ont maintenant été réorganisées en 20 exigences (MAFO, 2022).

2.2 Population à l'étude

Tous les FSS financés par les RLISS (environ 1 420) ont été sollicités pour mieux comprendre l'offre des SSEF du domaine public en Ontario. Pour ce faire, le MS et les RLISS ont joué un rôle crucial dans la démonstration de l'importance de la participation des FSS dans la collecte des données pour les responsabiliser à l'égard des rapports de SSEF. Ils ont donc assuré le respect du dépôt des rapports et des suivis auprès des FSS. Les entités de planification des services de santé en français ont quant à elles soutenu les FSS dans le processus par l'entremise d'appui et d'accompagnement.

2.3 Collecte et source de données

Pour concevoir la plateforme bilingue OZi, le MSSLD et le RSSFE se sont appuyés en partie sur le formulaire de désignation disponible pour les FSS. La création d'une plateforme Web a donc permis de rassembler et standardiser trois types d'informations importantes dans la planification des SSEF : 1) toutes les données et documents nécessaires pour qu'un FSS en Ontario puisse faire une demande afin d'obtenir la désignation selon la *Loi sur les services en français*; 2) tous les documents et données nécessaires pour qu'un FSS désigné ou identifié en Ontario puisse maintenir ses informations à jour et ainsi favoriser le maintien de son niveau de responsabilité quant aux SSEF en Ontario; 3) tous les documents et données nécessaires pour que les instances gouvernementales puissent avoir les informations adéquates afin de mieux planifier l'offre de services de santé en français.

Les données ont été recueillies par l'entremise d'une plateforme déployée par OZi sur une période de trois ans, soit de 2017 à 2020. Elles étaient conservées en ligne, où les FSS devaient mettre leurs informations à jour annuellement. La plateforme créée spécifiquement pour cette intention était disponible gratuitement aux FSS ainsi qu'aux RLIS et nécessitait la création d'un compte pour y accéder. Pour mieux orienter les résultats de cette étude, les données ont été organisées selon quatre grandes sections, soit : la répartition géographique de l'offre des services de santé en français; le continuum de soins; les exigences de la désignation; et les ressources humaines.

2.4 Analyse des données quantitatives

Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Des nombres et des pourcentages ont été utilisés afin d'illustrer les fréquences et pour mieux comparer les variables. Les variables qui ont été mises en relation sont les suivantes : le secteur de soins, la localité et la géographie telle que définie par les RLIS, le niveau de responsabilité à l'égard des SSEF, la période durant laquelle les rapports ont été produits et les ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français. Des tableaux ont été utilisés afin de faciliter la présentation des résultats.

2.5 Considérations éthiques

Aucune approbation éthique n'a été nécessaire pour cette étude, puisque l'information demeure du domaine public et correspond aux normes du respect de la vie privée (Groupe en éthique de la recherche, 2019).

3. Résultats

Les résultats qui suivent portent sur la participation des FSS désignés, identifiés et non identifiés aux collectes de données. Pour 2017 à 2018, 1 351 FSS, ou 94 %, des FSS ont participé. Pour l'année suivante, de 2018 à 2019, 1 428 FSS, ou 94 %, des FSS ont participé. De 2019 à 2020, 1 418 FSS, ou 94 %, des FSS ont participé à la collecte de données.

3.1 Répartition géographique de l'offre des services en français

La capacité à offrir des SSEF sur le territoire ontarien se définit par le niveau de responsabilité d'un FSS, son emplacement physique et le secteur de santé auquel il appartient. Comme proposés par les RLIS, les cinq secteurs utilisés dans la présente analyse couvrent le continuum de soins, c'est-à-dire les hôpitaux, les services de santé mentale et dépendances (SMD), les SLD, les services de soutien communautaire (SSC) et les centres de santé communautaire (CSC).

Le Tableau 1 illustre la répartition des fournisseurs de services par niveau de responsabilité et secteur. On remarque que la proportion de foyers de SLD désignés et identifiés est considérablement inférieure (9 %) lorsqu'elle est comparée aux autres secteurs de soins. Comparativement, les hôpitaux démontrent la plus forte proportion (48 %) de fournisseurs désignés et identifiés de tous les secteurs de soins.

Tableau 1

Répartition provinciale des services par niveau de responsabilité et secteur

Secteurs	Désignés		Identifiés		Désignés et identifiés		Non identifiés		Total ¹
	#	%	#	%	#	%	#	%	#
Hôpitaux	22	15 %	47	33 %	69	48 %	75	52 %	144
SLD	18	3 %	38	6 %	56	9 %	548	91 %	604
SMD	35	11 %	64	21 %	99	32 %	210	68 %	309
SSC	23	5 %	84	17 %	107	22 %	381	78 %	488
CSC	12	16 %	10	13 %	22	29 %	54	71 %	76
Total ¹	110	7 %	243	15 %	353	22 %	1268	78 %	1621

¹ Étant donné que les données du Tableau 1 ont été comptabilisées en fonction des secteurs de soins, les totaux sont supérieurs aux nombres de fournisseurs, puisque certains offrent des services dans plusieurs secteurs de soins

Reproduction libre : OZi, 2021

Le Tableau 2 est un examen de la proportion de secteurs, pour lesquels les SSEF sont offerts par RLISS et par niveau de responsabilité. Il donne un portrait en termes de capacité à l’offre des SSEF. Dans ce tableau, chacun des cinq secteurs pourrait être représenté autant chez les fournisseurs désignés que chez les fournisseurs identifiés. La colonne « désignés » est donc indépendante de la colonne « identifiés », ce qui explique pourquoi il n’y a pas de colonne « total ». On constate qu’il y a deux RLISS pour lesquels chacun des cinq secteurs compte au moins un FSS désigné : le RLISS de Champlain et celui du Nord-Est. Pour les autres RLISS, l’absence de FSS identifié ou désigné démontre les carences à offrir des services de santé en français dans plusieurs secteurs. Par exemple, dans huit des 14 RLISS, les SSEF ne sont pas garantis, car il n’y a pas de FSS désigné, pour aucun des secteurs.

Tableau 2

Proportion de secteurs pour lesquels les services de santé en français sont offerts par RLISS et par niveau de responsabilité

RLISS	Niveau de responsabilité	
	Désignés	Identifiés
Centre	0 / 5	3 / 5
Centre-Est	0 / 5	3 / 5
Centre-Ouest	0 / 5	4 / 5
Champlain	5 / 5	4 / 5
Érié St. Clair	1 / 5	5 / 5
Hamilton Niagara Haldimand Brant	3 / 5	4 / 5
Mississauga Halton	0 / 5	2 / 5
Nord-Est	5 / 5	5 / 5
Nord-Ouest	0 / 5	5 / 5
Simcoe-Nord Muskoka	3 / 5	4 / 5
Sud-Est	0 / 5	4 / 5
Sud-Ouest	0 / 5	5 / 5
Toronto-Centre	2 / 5	3 / 5
Waterloo Wellington	0 / 5	1 / 5

Reproduction libre : OZI, 2021

3.2 Continuum de soins

Les centres fonctionnels de coûts (CFC) sont des codes utilisés par les systèmes de gestion dans les organismes de santé du Canada qui correspondent aux activités de base menées par les FSS et à leur financement (par exemple par les RLISS). Les CFC peuvent aussi être associés à un secteur de soins particulier, à un poste ou au niveau de responsabilité du fournisseur. De plus, le croisement des CFC financés par fournisseur avec leur niveau de responsabilité envers les SEF permet d'examiner l'offre de SSEF sur le continuum de soins. En se limitant aux CFC uniques qui sont en lien avec les soins directs et en les représentant selon leur statut (désignés, identifiés ou non identifiés), une illustration du continuum de soins dans la province et par RLISS se dégage. Le Tableau 3 présente la répartition provinciale de services directs financés par les RLISS selon le niveau de responsabilité et le secteur. Il démontre que pour l'Ontario, 48 % des services directs financés sont désignés, c'est-à-dire que le FSS est tenu de les offrir en français. En revanche, pour 52 % d'entre eux, leur accessibilité en français n'est pas garantie, car ils sont soit identifiés, soit non identifiés.

Tableau 3

Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS selon le niveau de responsabilité et le secteur

Secteurs	Niveau de responsabilité		
	Désignés (%)	Identifiés (%)	Non identifiés (%)
Hôpitaux	42 %	51 %	7 %
SLD	26 %	28 %	46 %
SMD	48 %	19 %	33 %
SSC	21 %	40 %	39 %
CSC	46 %	18 %	36 %
Ontario	48 %	44 %	8 %

Reproduction libre : OZi, 2021

Par ailleurs, le Tableau 4 dresse la liste des localités désignées pour lesquelles les services ne sont offerts que par un FSS non identifié. Une localité est une des 76 sous-régions des RLISS qui servent à la planification des services, au financement et à l'organisation des services. On considère qu'une localité est désignée si elle correspond à une des 26 régions désignées (OZi, 2021). On observe une lacune dans au moins un secteur de soins dans 23 des 37 localités désignées. Qui plus est, 10 de ces 23 localités ne fournissent pas de services désignés dans au moins 3 secteurs de soins. Ceci implique qu'il n'y a pas d'offre de SSEF assurée par un fournisseur dans les secteurs mentionnés, alors que la population francophone établie devrait le justifier.

Tableau 4

Liste des secteurs de services directs financés par les RLISS offerts seulement par des fournisseurs de services non identifiés selon les localités désignées

RLISS	Localité désignée	Secteurs de services offerts seulement par des fournisseurs de services non identifiés
Centre	Région de York-Est	SSC Hôpitaux SMD SLD
	North York Centre	SSC CSC SLD
	North York Ouest	SSC Hôpitaux SLD
Centre-Est	Scarborough-Nord	SSC SMD CSC SLD
	Scarborough-Sud	SSC Hôpitaux
Centre-Ouest	Bramalea et localités	CSC SLD
	Brampton et localités	SLD
	Etobicoke-Nord, Malton et Woodbridge-Ouest	SLD
Champlain	Champlain-Ouest	CSC
	Ottawa-Ouest	Hôpitaux SMD SLD
Mississauga Halton	Mississauga-Est	SMD CSC SLD
	Mississauga-Nord-Ouest	SSC SMD SLD
	Etobicoke-Sud	SSC SMD SLD
	Mississauga-Sud-Ouest	SMD SLD
	District de Kenora	SMD
Nord-Ouest	District de Thunder Bay	SSC
Simcoe-Nord Muskoka	Barrie et localités	CSC SLD
Sud-Est	Kingston	CSC
Toronto-Centre	Toronto-Est	SSC SMD CSC
	Mid-East Toronto	SMD CSC
	Mid-West Toronto	SSC SMD
	Toronto-Nord	SSC SMD CSC SLD
	Toronto-Ouest	SSC CSC

3.3 Exigences de la désignation

En se penchant sur le taux de conformité aux exigences de désignation, la capacité d'offrir des services de santé en français peut être évaluée. Le taux de conformité est calculé selon les exigences satisfaites. Par exemple, si un fournisseur a satisfait à 17 des 34 exigences, il obtient un taux de conformité de 50 %. Chez les FSS désignés, plus le niveau de conformité aux exigences de désignation est élevé, plus la capacité à offrir des SSEF se voit maintenue. Pour les FSS identifiés, leur niveau de conformité aux exigences représente leur état d'avancement de l'identification vers la désignation. Le Tableau 5 illustre le taux de conformité moyen aux exigences de la désignation par niveau de responsabilité, à la troisième année de collecte de données. Il démontre que les FSS identifiés se trouvent surtout au début de leur processus de désignation avec des taux qui varient de 24 % à 80 %. Pour leur part, les taux de conformité aux exigences des FSS désignés sont plus élevés. Ceux-ci se situent entre 68 % et 100 %.

Tableau 5

Taux de conformité moyen aux exigences de la désignation par niveau de responsabilité

RLISS	Niveau de responsabilité	
	Désignés (%)	Identifiés (%)
Centre	0 %	24 %
Centre-Est	0 %	65 %
Centre-Ouest	0 %	29 %
Champlain	84 %	80 %
Érie St. Clair	91 %	47 %
Hamilton Niagara Haldimand Brant	100 %	50 %
Mississauga Halton	0 %	28 %
Nord-Est	86 %	24 %
Nord-Ouest	0 %	51 %
Simcoe-Nord Muskoka	97 %	39 %
Sud-Est	0 %	53 %
Sud-Ouest	0 %	44 %
Toronto-Centre	68 %	36 %
Waterloo Wellington	0 %	47 %
Ontario	85 %	43 %

Reproduction libre : OZi, 2021

Le Tableau 6 présente l'évolution de la conformité aux exigences sur les trois années de collecte de données. Comme la valeur calculée est une moyenne des taux, le nombre de fournisseurs par RLISS influence le pourcentage. De plus, il est normal de constater que lors de nouvelles identifications, le pourcentage diminue étant donné que le travail sur les exigences ne fait que débiter. Lorsque les taux de conformité aux exigences de désignation sont comparés entre la

dernière année de collecte et les précédentes, on observe une avancée globale (voir Tableau 6). Pour les FSS identifiés, l'avancée a été observée pour 10 RLISS tandis que pour les FSS désignés, on note une avancée dans deux RLISS. Seul un RLISS montre une décroissance importante dans le taux de conformité.

Tableau 6

Taux de changement de conformité moyen aux exigences de la désignation par niveau de responsabilité

RLISS	Niveau de responsabilité			
	Désignés (%)		Identifiés (%)	
	# FSS	% changement	# FSS	% changement
Centre	0	s.o.	4	4 %
Centre-Est	0	s.o.	3	15 %
Centre-Ouest	0	s.o.	4	12 %
Champlain	33	18 %	13	18 %
Érié St. Clair	2	0 %	28	6 %
Hamilton Niagara Haldimand Brant	2	0 %	30	6 %
Mississauga Halton	0	s.o.	2	13 %
Nord-Est	42	6 %	49	-1 %
Nord-Ouest	0	s.o.	25	18 %
Simcoe-Nord Muskoka	2	0 %	7	-13 %
Sud-Est	0	s.o.	9	23 %
Sud-Ouest	0	s.o.	6	0 %
Toronto-Centre	2	0 %	10	18 %
Waterloo Wellington	0	s.o.	1	0 %

Reproduction libre : OZi, 2021

En comparant les mêmes données dans le temps, c'est-à-dire sur les trois périodes de collecte de données, le rythme de progression vers la désignation est visible. Le Tableau 7 présente le taux moyen de conformité aux exigences de la désignation par niveau de responsabilité par période et en illustre l'amélioration pour les FSS désignés et des FSS identifiés.

Tableau 7

Taux moyen de conformité aux exigences de la désignation par niveau de responsabilité par période

Période	Niveau de responsabilité	
	Désignés (%)	Identifiés (%)
2017-2018	63 %	29 %
2018-2019	75 %	35 %
2019-2020	85 %	43 %

Reproduction libre : OZi, 2021

3.4 Ressources humaines capables d'offrir les services en français

Pour pouvoir offrir des SSEF, il est essentiel d'employer une main-d'oeuvre présentant les compétences linguistiques requises. Selon les exigences du MAFO, un employé détient les compétences linguistiques pour servir la population francophone lorsque son français est évalué au niveau « avancé moins » à « supérieur » (MAFO, 2022). Les données suivantes portent précisément sur ces employés. Notons toutefois que certains fournisseurs ont seulement indiqué les postes désignés au sein de leur agence, tandis que d'autres ont indiqué le nombre total de postes. Ainsi, les données recueillies ne nous permettent pas de fournir le chiffre total d'employés pour les tableaux 8, 9 et 10. La majorité des ressources humaines ayant la capacité à servir la population francophone oeuvre au sein des FSS désignés (63 %). Il existe aussi une certaine proportion de personnel bilingue dans les FSS identifiés (17 %) et non identifiés (20 %). La présence de personnes employées possédant des compétences linguistiques requises en français témoigne d'une occasion de renforcer la capacité au sein de ses FSS. Le Tableau 8 montre la répartition provinciale des ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français par niveau de responsabilité.

Tableau 8

Répartition provinciale des ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français par niveau de responsabilité

Niveau de responsabilité	Ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français (# [%])
Désignés	11 626 (63 %)
Identifiés	3 224 (17 %)
Non identifiés	3 642 (20 %)
Tous	18 492 (100 %)

Reproduction libre : OZi, 2021

Lorsqu'on examine la distribution des données sur les ressources humaines selon le secteur et le niveau de responsabilité (voir Tableau 9), on observe une plus forte proportion de personnes employées possédant les capacités linguistiques au sein des hôpitaux désignés (81 % ou n = 8 212). Lorsqu'on examine ceci chez les FSS non identifiés, le secteur des SLD possède le plus grand nombre (n = 1 876) et le plus haut taux (44 %) de ressources humaines ayant la capacité d'offrir des SSEF.

Tableau 9

Répartition provinciale des ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français par secteur et niveau de responsabilité

Secteurs	Ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français selon le niveau de responsabilité		
	Désignés (# [%])	Identifiés (# [%])	Non identifiés (# [%])
Hôpitaux	8 212 (81 %)	1 135 (11 %)	760 (8 %)
SLD	1 519 (36 %)	844 (20 %)	1 876 (44 %)
SMD	888 (68 %)	169 (13 %)	258 (20 %)
SSC	439 (23 %)	1 005 (52 %)	484 (25 %)
CSC	568 (63 %)	71 (8 %)	264 (29 %)

Reproduction libre : OZi, 2021

L'examen par RLISS de la proportion des ressources humaines ayant la capacité d'offrir des services de santé en français révèle que pour plus de la moitié des RLISS (n = 8) la plus grande proportion se retrouve dans les FSS non identifiés. Le Tableau 10 présente la répartition des ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français par niveau de responsabilité et RLISS.

Tableau 10

Répartition des ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français par niveau de responsabilité et RLISS

RLISS	Ressources humaines capables d'offrir des services de santé en français selon le niveau de responsabilité		
	Désignés (%)	Identifiés (%)	Non identifiés (%)
Centre	0 %	7 %	93 %
Centre-Est	0 %	10 %	90 %
Centre-Ouest	0 %	48 %	52 %
Champlain	80 %	6 %	13 %
Érié St. Clair	5 %	83 %	12 %
Hamilton Niagara Haldimand Brant	31 %	28 %	41 %
Mississauga Halton	0 %	0 %	100 %
Nord-Est	68 %	25 %	8 %
Nord-Ouest	0 %	71 %	29 %
Simcoe-Nord Muskoka	13 %	65 %	22 %
Sud-Est	0 %	29 %	71 %
Sud-Ouest	0 %	26 %	74 %
Toronto-Centre	9 %	9 %	82 %
Waterloo Wellington	0 %	0 %	100 %

Reproduction libre : OZi, 2021

4. Discussion

La présente étude fait un état des lieux de l'offre des services de santé aux francophones en Ontario en mettant en lumière la répartition provinciale des FSS et du continuum de soins, des exigences de la désignation et des ressources humaines. Elle répond donc à plusieurs besoins soulevés par la littérature, notamment concernant l'exercice d'une collecte de données systématique (Tremblay, 2012/2014). La revue des publications scientifiques récentes permet de croire qu'il n'existerait pas d'autres publications scientifiques étayant un portrait de l'état des SSEF aux niveaux régional et provincial en Ontario.

4.1 Accès et planification des SSEF

L'analyse des données permet d'établir un portrait concernant l'offre des services de santé publics aux francophones en Ontario. À l'aide des données sur les niveaux de responsabilité, les CFC et les ressources humaines, ce portrait permet de cibler des écarts de services dans différentes régions de la province ainsi que dans certains secteurs de soins. Par exemple, on observe une absence de FSS désigné dans 8 régions désignées du Centre et du Sud de l'Ontario. Ceci concorde avec les résultats de Warnke et Bouchard (2013) qui ont aussi identifié des inégalités quant à l'accès aux professionnels de la santé entre la minorité de langue officielle et la majorité linguistique dans ces régions.

Les résultats indiquent également qu'entre 33 % et 46 % des CFC sont uniquement financés au sein de FSS non identifiés dans les secteurs des SLD, SSC, CSC et SMD. De plus, entre 20 % et 44 % des ressources humaines ayant la capacité linguistique d'offrir des SSEF dans ces secteurs opèrent au sein de FSS non identifiés. Au total, c'est 3 642 ressources humaines, soit environ 20 % de la totalité des ressources humaines pouvant offrir des SSEF qui n'ont pas de responsabilités à cet effet.

Lorsqu'on s'intéresse plus particulièrement au secteur des SLD, près de la moitié des 4 239 employés (1 876) pouvant offrir des SSEF dans ce secteur n'ont pas d'obligations ou de structure en place pour ce faire. À l'échelle provinciale, la capacité des ressources humaines oeuvrant dans le secteur des SLD à offrir des SSEF représente environ 23 % du total de la capacité. Lorsqu'on s'intéresse au niveau de responsabilité par secteur dans toute la province, seulement 9 % (56/604) des FSS du secteur des SLD sont identifiés et/ou désignés. À titre comparatif, ce taux varie de 22 % à 32 % pour les secteurs de SMD, SSC et CSC, alors qu'il s'élève à 48 % dans le secteur hospitalier. On observe donc un écart de responsabilisation et d'accès significatif dans le secteur des SLD, considérant que la capacité d'offrir des services de santé en français varie et dépend de la capacité en ressources humaines (Van Kemenade et al., 2021; Tremblay, 2012/2014).

Comme le développement de ressources humaines ayant la capacité linguistique nécessaire pour offrir des SSEF repose sur un ensemble de mesures et d'interactions qui dépassent le milieu de la santé (Savard et al., 2017), on peut considérer les ressources humaines comme une ressource limitée. Ainsi, ceci exige une configuration et une planification de services qui dépassent les silos organisationnels et qui impliquent davantage une organisation régionale de la navigation des SSEF. Bien que le Gouvernement de l'Ontario priorise le secteur des SLD à l'aide de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*, les changements risquent de prendre des années avant d'être observables sur le terrain, la mise en oeuvre efficace des politiques et des lois demeurant toujours déficientes (Bouchard et al., 2021). De plus, même si des efforts supplémentaires sont déployés pour relocaliser ou inciter ces professionnels à occuper des postes au sein de services ou fournisseurs identifiés ou désignés (Tremblay, 2012/2014; Savard et al., 2017; de Moissac et Drolet, 2017; Bouchard et al., 2017), ceux-ci demeurent souverains du choix de leur poste et environnement de pratique.

4.2 Performance de la désignation

Il existe très peu de littérature ayant pour objet l'état et le progrès de la désignation des services de santé en Ontario. L'étude spéciale du Commissariat aux services en français de l'Ontario (2018) avait permis d'observer certaines données fournies par le RSSFE quant à la désignation. Ces données avaient été récupérées à l'aide d'une distribution de chiffriers formatés pour les périodes de 2014 à 2017. Toutefois, celles-ci concernaient seulement des FSS désignés et identifiés situés dans 5 régions de la province. Au total, 149 FSS désignés et identifiés ont participé. Comparativement, la présente étude a permis la collecte auprès d'environ 10 fois plus de participants et de participantes provenant des 14 régions (RLISS) de l'Ontario.

Les résultats indiquent des lacunes de mise en oeuvre des mécanismes d'offre active auprès de FSS ayant déjà obtenu leur désignation. Par exemple, on observe que le taux moyen de conformité aux exigences de la désignation pour les fournisseurs désignés est de 85 % dans les régions désignées. Toutefois, on constate une amélioration des taux de mise en oeuvre de ces mécanismes chez les fournisseurs désignés et identifiés, suivant les collectes de données annuelles successives. Par exemple, le taux moyen de conformité aux exigences a augmenté de 22 % pour les fournisseurs désignés et de 14 % chez les fournisseurs identifiés sur une période de 3 années. Il est possible que l'exercice de collecte de données en soi provoque une responsabilisation accrue des FSS envers l'offre et le maintien des SSEF, ou que ce phénomène soit influencé par une meilleure compréhension des processus et des informations requises. Il est aussi possible que cette variation soit influencée par les pratiques d'accompagnement des entités de planification et de certains RLIS auprès des FSS désignés et identifiés. À cet effet, OZi va au-delà d'une simple collecte de données : il favorise aussi la collaboration et le développement des SSEF. On observe un progrès similaire dans les résultats de l'étude spéciale du Commissariat aux services en français de l'Ontario (2018). Par exemple, le nombre de participantes et de participants a évolué de 12 pour la période 2014-2015, à 70 pour 2015-2016, puis finalement à 149 pour 2016-2017. De plus, ce rapport illustre à l'aide d'un exemple de cas d'un FSS désigné un progrès d'environ 12 % de conformité aux critères de désignation (soit de 17,65 % à 29,41 %).

Somme toute, on peut considérer que le déploiement de la plateforme OZi est le successeur des chiffriers du RSSFE dans le cadre de l'exercice de collecte des données, mais à envergure provinciale. Ceci semble impliquer que mesurer annuellement et systématiquement la performance de la mise en oeuvre de la désignation à l'aide d'indicateurs et de processus constants, conviviaux, efficaces et soutenus par les bailleurs de fonds contribue à l'amélioration de la conformité aux exigences de désignation chez les fournisseurs désignés et identifiés. Il est aussi possible que l'habitude à l'exercice de collecte de données sur les SSEF normalise l'expérience et diminue la barrière à la participation. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude portant sur les effets des fréquences de collectes de données quant aux comportements d'appropriation des données ou d'habilitation des SEF dans une perspective de mesure de rendement. Toutefois, nous sommes d'avis que la fréquence des collectes de données au regard des SSEF ne devrait pas être moins d'une fois par an, car elles servent à appuyer des décisions concernant un système en constante transformation. Quoi qu'il en soit, ces observations offrent une opportunité d'explorer davantage les impacts qu'aura eus le déploiement de la plateforme OZi en Ontario.

4.3 Limites

Le fait que l'ensemble des données recueillies reposent sur un format prédéfini par le Gouvernement de l'Ontario dans un contexte autorapporté constitue la limite principale de la présente étude. Les données s'inscrivent néanmoins dans le cadre conceptuel de la désignation et, par extension, d'une interprétation de l'offre active. Les résultats de cette étude permettent tout de même d'observer de grandes tendances et une mise en oeuvre de la *Loi sur les services en français*, loi qui contribue à l'avancement des connaissances quant à la planification des services de santé en français, en Ontario.

Afin de minimiser les erreurs et incohérences, une procédure de validation a été mise en place. La validation des données demeure un moyen efficace et largement connu pour déceler des sources d'erreurs (Statistique Canada, 2015). Plus précisément, les rapports soumis par les FSS durant la collecte ont été revus par les entités de planification et les RLIS respectifs. Bien loin de l'audit, ceci a permis des révisions basées sur des connaissances locales des FSS. Par exemple, si certaines données semblaient hors de l'ordinaire, l'entité ou le RLIS approprié vérifiaient les informations soumises auprès du FSS en question (OZi, 2021). D'ailleurs, cette procédure aura permis de comprendre que des FSS nouvellement identifiés dans les régions du Nord-Est et de Simcoe-

Nord Muskoka contribuent à la variation négative en matière de conformité moyenne aux exigences de désignation pour ces régions.

Aussi, la pratique d'évaluation de la capacité linguistique en français des ressources humaines en Ontario n'est pas sujette à une méthode unifiée. Par exemple, certains FSS misent sur l'autodéclaration, d'autres sur une approche d'évaluation interne ou par un tiers parti externe. Ainsi, il existe un degré d'incertitude concernant la validité des résultats sur les ressources humaines provenant des FSS.

Enfin, l'utilisation de certaines données pose un problème de représentation. Par exemple, les CFC ont été utilisés pour extrapoler des résultats sur le continuum de soins alors qu'ils ne sont pas une indication directe de l'organisation des services étant donné leur interdépendance, surtout lorsqu'on les observe sous la lentille de la désignation. Une organisation peut tout de même offrir un service en français, même s'il n'est que partiellement désigné, identifié ou non identifié, à l'aide d'interprètes, par exemple. Toutefois, il semble plus probable qu'un service offert dans un organisme non identifié ne soit pas offert en français, surtout lorsqu'on considère que même des fournisseurs et des services désignés ont de la difficulté à assurer une offre ou un accès continu à des SSEF (Savard *et al.*, 2020). Néanmoins, il ne semble pas exister de méthodologie indiquée ou précise quant à l'utilisation des CFC dans une perspective de planification des services. Même si l'analyse des résultats se voit limitée à des observations de tendances plutôt qu'à des analyses statistiques poussées, l'utilisation originale de ces indicateurs est tout de même proposée. Tout compte fait, l'exploitation des CFC dans une perspective de planification ou d'organisation des services demeure à explorer. Par exemple, les CFC pourraient être transformés, cartographiés et publiés ouvertement afin de faciliter l'amélioration et soutenir la navigation des SSEF par les patients et les professionnels de la santé. Il faudra toutefois s'assurer qu'une structure ou des mécanismes sont en place, permettant l'appropriation ainsi que la mise à jour régulière des informations pour favoriser une navigation en temps réel.

Conclusion

La présente étude révèle les résultats d'un projet de collecte de données provinciale au sujet des SSEF, auprès d'environ 1 420 FSS. Plus précisément, les données concernent diverses mesures d'offre active découlant du cadre provincial de la désignation ainsi que les ressources humaines ayant une capacité linguistique d'offrir des SSEF. Cet exercice aura permis aux instances régionales de santé (RLISS) de colliger des informations concernant les mêmes indicateurs, ce qui n'était pas le cas auparavant. De surcroît, ces informations normalisées permettent de dessiner, pour la première fois, un portrait provincial normalisé de SSEF, et donc d'établir une base de référence dans les régions administratives du milieu de la santé et dans les différents secteurs de soins. Ceci met en évidence l'importance des processus de collecte des données soutenus par des critères clairs qui offrent une distribution factuelle des SEF afin d'assurer la concordance linguistique. Dans l'ensemble, ce projet a permis d'obtenir des données difficilement accessibles (Vézina et Robichaud, 2011) ainsi que de soutenir des décisions éclairées en matière de planification des SSEF. Enfin, l'utilisation de ces données dans une optique de navigation et de référence devra être explorée.

Les résultats qui concernent les ressources humaines, les taux de mise en oeuvre de l'offre active (désignation), la capacité des organisations et des différents secteurs de soins à offrir de SSEF permettent de soutenir l'amélioration continue aux niveaux micro (individu), méso (organisation) et macro (politique) (Savard *et al.*, 2017). En ce sens, les carences possiblement identifiées dans les continuums de soins et dans les secteurs de soins indiquent des lieux possibles d'intervention et d'amélioration continue afin d'assurer aux patientes et aux patients francophones l'accès à des

services sécuritaires dans la langue officielle avec laquelle ils sont plus à l'aise de recevoir leurs soins.

Enfin, les résultats concernant la performance de la désignation auront permis de mettre en lumière le progrès de celle-ci à travers les années de collecte. Bien que ceci peut être influencé par plusieurs facteurs, les variations positives se traduisent en une responsabilisation accrue envers l'offre des SSEF. Ces facteurs nécessitent davantage d'exploration afin de déterminer l'impact d'OZi.

Somme toute, la présente étude permet d'observer la contribution d'OZi dans l'établissement d'un premier portrait provincial en Ontario des SSEF. En outre, OZi aura ouvert la porte à une collecte de données standardisée et systématique des SSEF.

Remerciement

Les autrices et les auteurs tiennent à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin au développement et au déploiement d'OZi.

Bibliographie

Batista, R., Prud'homme, D., Rhodes, E., Hsu, A., Talarico, R., Reaume, M., Guérin, E.,

Bouchard, L., Desaulniers, J., Manuel, D. et Tanuseputro, P. (2021). Quality and safety in long-term care in Ontario: The impact of Language discordance. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(10), 2147-2153. (<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.007>)

Bouchard, P., Savard, J., Savard, S., Vézina, S. et Drolet, M. (2017). Conclusion : des connaissances en français de qualité et sécuritaires à l'intention des communautés francophones en situation minoritaire. Dans M. Drolet, P. Bouchard, J. Savard (dir). *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 375-408). Presses de l'Université d'Ottawa.

Bouchard, L., Nyquist, F., Mayans, I. M., van Kemenade, S. et Maisonneuve, A. R. (2021). Politiques publiques et pratiques citoyennes soutenant les services sociaux et de santé pour les communautés minoritaires de langues officielles et coofficielles. Une perspective internationale : ce qui a été accompli et ce qui reste à faire. *Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society*, 15-16, 6-28. (<https://doi.org/10.7202/1078475ar>)

Cardinal, L., Normand, M., Gauthier, A. P., Laforest, R., Huot, S., Prud'homme, D., Castonguay, M., Eddie, M. H., Savard, J. et Yaya, S. (2018). L'offre active de services de santé mentale en français en Ontario : données et enjeux. *Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society*, 9, 74-99. (<https://doi.org/10.7202/1043497ar>)

Commissariat aux services en français de l'Ontario. (2018). *La désignation : [Re] vitaliser les services en français*. (https://csfontario.ca/wp-content/uploads/2018/03/OFLSC-275398-Special-Report_2018_03_06_FR-FINAL.pdf)

Commissariat aux langues officielles. (2022). Pour mieux comprendre vos droits en matière de langues officielles. Récupéré le 2 novembre 2023 de (<https://www.clo-ocol.gc.ca/fr/droits-linguistiques/services-communications-institutions-federales>)

de Moissac, D. et Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. (<https://doi.org/10.1177/2374373518769008>)

- de Moissac, D., Drolet, M. (2017). Enjeux et défis dans l'offre de services dans la langue de la minorité : l'expérience des professionnels bilingues dans le réseau de la santé et des services sociaux. Dans M. Drolet, P. Bouchard, J. Savard, J. Benoît et S. van Kemenade (dir.). *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 205-228). Presses de l'Université d'Ottawa. (<https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdc0.14>)
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. et Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 32(1), 5-26. (<https://doi.org/10.7202/1034141ar>)
- Gouvernement de l'Ontario. (2021a, 13 décembre). L'Ontario offrira des services en français dans la ville de Sarnia. (<https://news.ontario.ca/fr/release/1001332/lontario-offrira-des-services-en-francais-dans-la-ville-de-sarnia>)
- Gouvernement de l'Ontario. (2021b, 31 mars). Bureau des services de santé en français : les entités de planification des services de santé en français prévues par la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*. (<https://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/planning.aspx>)
- Gouvernement de l'Ontario (2022). Services gouvernementaux en français. Récupéré le 3 février 2023 de (<https://www.ontario.ca/fr/page/services-gouvernementaux-en-francais>)
- Groupe en éthique de la recherche. (2019). ETPC 2 (2018) — Chapitre 2 : Portée et approche. Récupéré le 9 février 2023 de (https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-epc2_2018_chapter2-chapitre2.html)
- Mialaret, G. (2004). Finalités générales de la recherche scientifique. Dans *Méthodes de recherche en sciences de l'éducation* (p. 18-21). Presses Universitaires de France.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2017). Guide des exigences et obligations concernant les services en français. (https://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/docs/guide_concernant_les_ssef_final.pdf)
- Ministères des Affaires francophones (MAFO). (2022, 19 juillet). *Guide d'utilisation - Désignation des organismes conformément à la Loi sur les services en français*. (<https://files.ontario.ca/mfa-user-guide-designation-of-organizations-under-the-french-language-services-act-fr-2023-09-06.pdf>)
- Muray, M., Peguero-Rodriguez, G., Scarlett, E., Perron, A., et Chartrand, J. (2022) L'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : une recension des écrits. *Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society*, 19, 62-94. (<https://doi.org/10.7202/1094398ar>)
- Réseau de services de santé en français de l'Est de l'Ontario. (2022). Glossaire de la désignation. (https://www.rssfe.on.ca/upload-ck/7829_rfsse_glossaire_FR_mars_2022.pdf)
- OZI. (2021). *Rapport provincial sur les SSEF*. (https://www.rssfe.on.ca/upload-ck/OZI_prov_2020_FR.pdf)
- Savard, J., Bigney, K., Kubina, L.-A., Savard, A. et Drolet, M. (2020). Structural facilitators and barriers to access to and continuity of French-language healthcare and social services in Ontario's Champlain region. *Healthcare Policy*, 16(1), 78-94. DOI : 10.12927/hcpol.2020.26289 (<https://www.longwoods.com/content/26289/healthcare-policy/structural-facilitators-and-barriers-to-access-to-and-continuity-of-french-language-healthcare-and-s>)
- Savard, S., de Moissac, D. L., Benoît, J., Ba, H., Zellama, F., Giasson, F. et Drolet, M. (2017). Le recrutement et la rétention d'intervenants en santé et services sociaux bilingues en situation francophone minoritaire à Winnipeg et à Ottawa. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 229-253). Presses de l'université d'Ottawa.
- Statistique Canada. (2022). Alors que le français et l'anglais demeurent les principales langues parlées au Canada, la diversité linguistique continue de s'accroître au pays. Récupéré le 12 octobre 2023 de (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220817/dq220817a-fra.htm>)
- Statistique Canada. (2015). Évaluation de la qualité des données. Récupéré le 12 octobre 2023 de (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-539-x/2009001/quality-qualite-fra.htm>)

Timony, P. E., Gauthier, A. P., Sanou, B. et Wenghofer, E. F. (2018). Workload of French-speaking family physicians in francophone rural and northern communities in Ontario. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 23(3), 76-84.

Timony, P. E., Waite, N., Houle, S., Violette, R. et Gauthier, A. P. (2022). The pharmacist is in : The availability and distribution of French-speaking pharmacists in Ontario. *Minorités linguistiques et société*, 18, 175-196. (<https://doi.org/10.7202/1089184ar>)

Tremblay, S. (2014). *For linguistically and culturally adapted health services: Linguistic accessibility is a determinant of the quality and security of health services* (G. Prata, trad.). (Ouvrage original publié en 2012). (<https://www.santefrancais.ca/wp-content/uploads/2018/11/Normes-portrait-canadien-EN.pdf>)

Van Kemenade, S., Bouchard, L., Savard, J., Savard, S., Oukouomi, G. et Michel, J. M. (2021). *Pratiques novatrices en santé mentale pour les communautés francophones en situation minoritaire à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) et dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)*. GREFoPS et Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa et de l'Institut du Savoir Montfort sur la santé des francophones de l'Ontario. (https://cnfs.net/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-Pratiques-Novatrices-SanteMentale_TNL-TNO_19-05-2021_Finale.pdf)

Vézina, S. et Robichaud, J.D. (2011). *Vers une démarche concertée pour le renforcement de la recherche sur les langues officielles dans le secteur de la santé : bilan et pistes d'actions*. Groupe de recherche et d'innovation sur l'organisation des services de santé.

Warnke, M. A. et Bouchard, L. (2013). Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé dans les régions sociosanitaires du Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 104(6 Suppl 1), S49-S54. (<https://doi.org/10.17269/cjph.104.3490>)

Législation

Loi sur les langues officielles, LRC 1985, ch. 3.

Loi sur les services en français, LRO 1990, ch. F. 32.

Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, LO 2021, ch. 39, annexe 1.