

# RAPPORT PROVINCIAL SUR LES SSEF

Préparé pour le MS et le MSLD

# TABLE DES MATIÈRES



<b>Sommaire exécutif.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Cadre analytique.....</b>	<b>10</b>
Responsabilité à l'égard des SSEF.....	11
Répartition par province, RLISS et localité.....	12
Répartition par secteur.....	12
Répartition de densité francophone.....	12
Localités désignées.....	12
Mises en garde et restrictions.....	12
Évolution des résultats.....	13
<b>3 Aperçu des localités désignées.....</b>	<b>14</b>
<b>4 Aperçu de la population francophone.....</b>	<b>16</b>
<b>5 Répartition des FSS.....</b>	<b>19</b>
<b>6 Continuum de SSEF.....</b>	<b>26</b>
<b>7 Compléction des exigences de désignation.....</b>	<b>33</b>
<b>8 Ressources humaines (RH).....</b>	<b>38</b>
<b>9 Réflexions après 3 ans de collecte.....</b>	<b>42</b>
Contexte historique.....	43
Collecte de données.....	43
Résultats.....	44
Avenir.....	46
<b>10 Conclusion.....</b>	<b>48</b>
Inégalité de la répartition des FSS désignés.....	49
Disparités dans le continuum de soins.....	49
Amélioration de la conformité aux exigences de désignation.....	49
Nombre constant de ressources humaines (RH) capables d'offrir des SSEF.....	50
Perspectives d'avenir.....	50
<b>Annexes.....</b>	<b>51</b>
Annexe 1 Acronymes, abréviations et glossaire des termes.....	52
Annexe 2 Régions désignées.....	55
Annexe 3 Localités désignées par RLISS.....	56
Annexe 4 Répartition des FSS par RLISS, secteur et niveau de responsabilité.....	58
Annexe 5 Répartition des services directs financés par les RLISS, par secteur et niveau de responsabilité, en pourcentage.....	59
Annexe 6 Taux de compléction moyen des exigences de désignation.....	61
Annexe 7 Niveau de compétence linguistique en français.....	62
Annexe 8 Répartition des RH ayant des compétences en français par RLISS, niveau de responsabilité et niveau de compétence.....	64

## Liste des figures

Figure 1: Répartition par RLISS des localités désignées et non désignées.....	15
Figure 2: Répartition de la population francophone par RLISS.....	17
Figure 3: Répartition des localités désignés et non-désignés.....	18
Figure 4: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité.....	20
Figure 5: Répartition des FSS par niveau de responsabilité et secteur.....	21
Figure 6: Secteurs comptant au moins un FSS désigné ou identifié par RLISS.....	22
Figure 7: Répartition des FSS par secteurs et selon le niveau de responsabilité dans les régions de forte densité francophone .....	23
Figure 8: Répartition des FSS par secteurs et selon le niveau de responsabilité, dans les régions à faible densité francophone .....	24
Figure 9: Répartition des FSS par secteur et selon le niveau de responsabilité dans les localités désignées.....	25
Figure 10: Répartition des FSS par secteur et selon le niveau de responsabilité dans les localités non désignées.....	25
Figure 11: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur.....	27
Figure 12: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés par niveau de responsabilité .....	28
Figure 13: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur hospitalier .....	30
Figure 14: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur des SLD.....	30
Figure 15: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur de SMD .....	31
Figure 16: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur des SSC .....	31
Figure 17: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur des CSC.....	32
Figure 18: Taux de compléTION moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité.....	34
Figure 19: Taux de changement de compléTION moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité .....	35
Figure 20: Taux de compléTION moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité et par secteur dans les localités désignées.....	36
Figure 21: Taux de compléTION moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité et par secteur dans les localités non-désignées.....	36
Figure 22: Taux de compléTION moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à faible densité.....	37
Figure 23: Taux de compléTION moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à forte densité francophone.....	37
Figure 24: Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité.....	39
Figure 25: Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité.....	39
Figure 26: Répartition au niveau des RLISS des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité .....	40
Figure 27: Changement, en pourcentage et en nombre des RH capables d'offrir des SSEF .....	41
Figure 28: Pourcentage de répondants au sondage qui sont d'accord ou fortement d'accord avec les sujets concernant OZi, par période .....	43
Figure 29: Pourcentage de répondants ayant besoin d'aide pour remplir le rapport SSEF, par source et par période de rapport.....	45
Figure 30: Taux moyen de compléTION des exigences de désignation par niveau de responsabilité et par période .....	45
Figure 31: Nombre de FSS par niveau de responsabilité et par période.....	46

## Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition de la population francophone au niveau provincial, régional et par localités désignées.....	17
Tableau 2: Répartition de la population francophone entre les régions à faible et à forte densité .....	18
Tableau 3: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité.....	20
Tableau 4: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et secteur.....	21
Tableau 5: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et région de densité francophone .....	23
Tableau 6: Répartition provinciale des FSS par secteur et région de densité francophone .....	24
Tableau 7: Répartition des FSS par secteur et niveau de responsabilité dans des localités désignées et non désignées .....	25
Tableau 8: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur.....	28
Tableau 9: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés par niveau de responsabilité et secteur .....	28
Tableau 10: Localités désignées dont les services directs aux patients financés par les RLISS sont seulement disponibles chez les FSS non-identifiés.....	29
Tableau 11: Taux de conformité moyen aux exigences de désignation par secteur et localité .....	36
Tableau 12: Taux moyen de conformité aux exigences de désignation par région et secteur de densité francophone .....	37
Tableau 13: Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité .....	39
Tableau 14: Répartition au niveau des RLISS des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité .....	40

# SOMMAIRE EXÉCUTIF



Le système de soins de santé de l'Ontario s'appuie sur des données probantes afin d'appuyer la prise de décisions éclairées sur des enjeux qui affectent la santé de la population. Cependant, avant OZi, il existait peu d'information normalisée accessible sur les services offerts en français.

Offrir des services de santé en français (SSEF) s'inscrit dans le cadre d'une obligation en vertu de la *Loi sur les services en français (LSF)*. Selon les lignes directrices du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, tous les intervenants au sein du système ont des rôles précis à assumer afin d'assurer un accès raisonnable aux SSEF à l'échelle locale dans tout le continuum de soins.

Le projet OZi a pour objectif de colliger et d'analyser des données afin de dresser un portrait de la capacité de SSEF dans la province. Cette initiative cherche à pallier le manque de données normalisées afin de permettre une planification efficace et une prise de décision éclairée.

Grâce à l'utilisation du portail OZi, des données sur la capacité à offrir des SSEF ont été recueillies auprès des fournisseurs de services de santé (FSS) financés par les RLISS. Ce rapport couvre la troisième année de collecte de ces données (2019-2020).

L'analyse porte sur quatre perspectives: la distribution des FSS, la couverture du continuum de soins, la conformité aux exigences de désignation et les ressources humaines. Les faits saillants de l'analyse sont les suivants :

- Au cours des deux dernières années, il y a eu une augmentation notable du taux de conformité aux exigences de désignation , ce qui suggère des progrès dans l'offre de SSEF chez les FSS ayant une telle obligation.
- Dans cette troisième année, il y a eu une augmentation non négligeable du nombre de FSS identifiés pour une future désignation. Ces FSS ont le mandat de développer et de formaliser leur offre de SSEF afin d'accroître la capacité de SSEF.
- Pour ce qui est de la responsabilité d'offrir des SSEF, les SLD demeurent le secteur le moins loti, tant en nombre de FSS que dans l'étendue de la couverture du continuum de services. Compte

tenu du nombre élevé de RH ayant des compétences en français dans ce secteur, ce dernier présente l'atout d'avoir le plus grand potentiel d'amélioration des SSEF.

- Près des deux tiers des localités désignées n'ont pas de FSS ayant l'obligation d'offrir des SSEF dans au moins un secteur de soins. Plus d'un quart des localités désignées n'ont aucun FSS désigné ou identifié dans 3 secteurs ou plus.

Grâce à l'introduction des indicateurs de performance, OZi a pu démontrer des progrès mesurables dans le comportement organisationnel en ce qui concerne les exigences de désignation. Il serait intéressant de voir dans le futur l' impact mesurable que cela aura sur l'offre des SSEF.

Nous avons également observé une augmentation de l'utilisation d'OZi par divers intervenants du secteur de la santé, ce qui fait qu'OZi devient de plus en plus un instrument de choix pour rendre compte des SSEF. La qualité des données s'est améliorée en conséquence de cette utilisation, et nous prévoyons que cette tendance se poursuivra. Cela nous permettra de développer davantage de champs d'analyse et de compréhension de l'offre de SSEF.

Récemment, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a été scindé en deux ministères distincts : le ministère de la Santé (MS) et le ministère des Soins de longue durée (MSLD). Ce changement reconnaît que le secteur des SLD a besoin d'une attention particulière pour relever les défis qui lui sont propres. Lorsque nous considérons l'offre de SSEF, le secteur des SLD est celui qui a le plus de potentiel d'amélioration, et OZi pourrait mesurer l'impact de cette réorganisation.

Les tendances initiales démontrent qu'il est utile d'investir dans le processus de désignation. L'identification des FSS pour une désignation future est la première étape de ce processus, et les localités désignées avec moins de SSEF pourraient en bénéficier. En plus, les données collectées via OZi pourraient également être utilisées pour identifier les FSS qui amélioreraient le plus l'offre de SSEF, s'ils devenaient désignés.

Au cours des trois dernières années, OZi a pu fournir des données de base sur l'état des SSEF à différents niveaux, ainsi que quelques tendances préliminaires. À long terme, OZi a le potentiel de mesurer l'impact des changements de politiques sur les SSEF.

# 1 INTRODUCTION



Le système de santé de l'Ontario s'appuie sur des données probantes pour prendre des décisions éclairées sur des enjeux qui touchent la santé de la population. Ainsi, la planification des services de santé tient compte de l'état de santé des Ontariens et des Ontariennes ainsi que de leur utilisation des services de soins de santé.

Cependant, à l'heure actuelle, le Ministère de la Santé (MS), le Ministère des Soins de longue durée (MSLD), les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les entités de planification des services de santé en français (entités) possèdent peu d'information normalisée sur les services offerts en français. Ce manque de données normalisées nuit à la planification efficace des services de santé en français (SSEF) dans l'ensemble du continuum de soins, et entrave l'établissement et l'examen d'une structure de reddition de comptes solide en ce qui concerne la prestation de SSEF.

Offrir des SSEF s'inscrit dans le cadre d'une obligation en vertu de la *Loi sur les services en français* (LSF), en vertu de laquelle tous les services du gouvernement de l'Ontario doivent être accessibles en français. Dans le système de soins de santé, cette responsabilité a été réaffirmée dans le *Guide des exigences et obligations concernant les services de santé en français* (Guide concernant les SSEF) du MS/MSLD (2017); où tous les intervenants au sein du système (MSSLD, RLISS, entités et fournisseurs de SSEF) ont des rôles précis à assumer afin d'assurer un accès raisonnable aux SSEF à l'échelle locale dans tout le continuum de soins.

Le projet OZi consiste en un exercice exhaustif de collecte de données, d'analyse et d'établissement de rapports visant à fournir un cadre d'analyse de capacité afin d'appuyer les intervenants du système. Grâce à l'utilisation du portail OZi, des données de base ont été recueillies auprès de FSS financés par les RLISS. Les données d'OZi, ainsi que d'autres sources de données, ont ensuite été analysées à l'aide de 15 indicateurs regroupés en trois dimensions, à savoir « responsabilité à l'égard des SSEF », « pratiques organisationnelles favorables à l'offre de SSEF » et « opportunités en matière de SSEF ». Pour mieux comprendre l'état actuel de la capacité régionale en matière d'offrir des SSEF, les données ont été compilées par RLISS et ventilées par secteur de soins et par localité. Pour obtenir un aperçu

détaillé de la capacité de chaque RLISS, y incluant des analyses par localités et par secteur de soins, veuillez consulter le Rapport de capacité des 14 RLISS du Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario (RSSFE).

Aux fins du présent rapport, deux dimensions ont été ajoutées au cadre d'analyse. Il s'agit des régions de densité francophone et des localités désignées. Les thèmes ont également été remodelés en quatre perspectives d'analyse de la capacité : la répartition de FSS, le continuum de soins, la compléction des exigences de la désignation et les ressources humaines (RH). Ce cadre donne une vue d'ensemble de l'état actuel en Ontario de la capacité en matière de SSEF à travers tout le continuum de soins et de la façon dont elle est mieux adaptée pour soutenir les rôles et les responsabilités du Ministère.

## 2 CADRE ANALYTIQUE



Les données ont été analysées à l'aide de différentes répartitions et divers concepts définis dans cette section. En outre, un glossaire des termes est disponible en Annexe 1.

## RESPONSABILITÉ À L'ÉGARD DES SSEF

La responsabilité concernant les services en français (SEF) est exercée à travers la désignation, soit une procédure juridique et administrative qui suit les règles et procédures prescrites par la *LSF*, le Règlement 398/93 de l'Ontario et les directives du MAFO (Ministère des Affaires francophones de l'Ontario). Cette procédure fournit un cadre législatif et réglementaire qui permet aux FSS de démontrer qu'ils ont la capacité de fournir des SEF sur une base permanente tout en répondant aux besoins spécifiques de la population francophone qu'ils desservent. (Ces modalités ne s'appliquent qu'aux services inclus dans leur désignation.)

Le Guide concernant les SSEF indique que tous les fournisseurs d'une région donnée peuvent contribuer à la prestation de SEF. C'est pourquoi tous les FSS devraient être pris en compte dans le processus visant à établir la capacité d'une région donnée à fournir des SSEF. Il n'est pas nécessaire que tous les FSS soient en mesure d'offrir des SSEF avec le même degré de couverture du continuum de soins, mais leurs efforts doivent être combinés de manière à assurer une prestation efficace des services tout au long du continuum de services et de soins. À cette fin, le Guide concernant les SSEF attribue différents niveaux de responsabilité aux FSS : désignés, identifiés et non-identifiés.

Tous les FSS au sein d'une région donnée doivent contribuer à l'offre de SSEF, selon leur niveau de responsabilité. Cette obligation évoque la notion de capacité en matière de SSEF. La « capacité » fait référence à la capacité de fournir des SSEF et peut être examinée à différents échelons, à savoir auprès d'un FSS, dans une localité, d'un secteur de soins ou d'un RLISS.

En ce qui concerne les RLISS, la capacité est organisée à travers la répartition des responsabilités en matière de

SSEF. En ce qui concerne les FSS, la capacité est assurée par un nombre suffisant de RH qui dispose d'un niveau de compétence linguistique adéquat en français. Pour les besoins du présent rapport, les FSS désignés sont considérés comme ayant la pleine capacité d'offrir des SSEF, alors que les FSS identifiés sont considérés comme ayant une certaine capacité qui pourrait être renforcée par la désignation. Les FSS non-identifiés ne sont pas considérés comme ayant la capacité d'offrir des SSEF, bien que certaines de leurs RH puissent disposer de divers niveaux de compétence linguistique en français.

Il convient de rappeler les différents niveaux de responsabilité que peuvent avoir les FSS - en fonction de leur statut de désignation - en ce qui concerne la prestation de SSEF.

- **Les FSS désignés** ont l'obligation de fournir tous leurs services en français sur une base garantie et de façon permanente, en conformité avec les 34 exigences de désignation. Tous les trois ans, ils doivent également soumettre une attestation de conformité au MAFO afin de démontrer qu'ils continuent de respecter les exigences de désignation. Il convient de noter qu'un FSS désigné est considéré comme ayant la pleine capacité de fournir des SEF et que sa présence est analogue de l'existence d'une offre effective de SSEF.
- **Les FSS identifiés** ont été sélectionnés pour travailler en vue de leur désignation en vertu de la *LSF*. Ils ont la responsabilité d'élaborer un plan de prestation de SEF et de fournir des SEF conformément à la capacité actuelle en matière de SSEF. Les progrès réalisés par ces FSS en vue d'obtenir la désignation nous renseignent sur le développement des SSEF dans la région.
- **Les FSS non-identifiés** ne sont ni identifiés aux fins de désignation ni désignés en vertu de la *LSF*. Bien qu'on ne s'attende pas à ce qu'ils aient une capacité en matière de SSEF, ils ont toujours la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre un plan visant à répondre aux besoins de leur communauté francophone locale. Cela consiste notamment à fournir des informations sur les services de santé offerts en français dans leur

région. À cette fin, ils devraient adopter certaines pratiques organisationnelles susceptibles de favoriser la prestation de SEF.

## RÉPARTITION PAR PROVINCE, RLISS ET LOCALITÉ

Le niveau provincial représente l'Ontario comme une grande région ou un vaste territoire géographique. Il comprend par défaut la somme de toute autre répartition géographique. L'échelon des RLISS décrit les 14 régions ou territoires géographiques relevant de la compétence de chaque RLISS.

Le niveau localité représente les 76 localités de l'Ontario. Ce niveau peut également être représenté par un RLISS. Dans ce cas, il représente les localités se trouvant spécifiquement dans le secteur géographique d'un RLISS donné.

## RÉPARTITION PAR SECTEUR

La répartition par secteur de soins donne un aperçu de haut niveau de la capacité en matière de SSEF dans l'ensemble du continuum de soins.

Les cinq secteurs de soins considérés sont les suivants :

- hôpitaux;
- services de santé mentale et de dépendance (SMD);
- soins de longue durée (SLD);
- services de soutien communautaire (SSC);
- centres de santé communautaire (CSC).

Chaque FSS a été attribué à un ou plusieurs secteurs de soins par leur RLISS, et cette attribution sert de base à la répartition sectorielle.

## RÉPARTITION DE DENSITÉ FRANCOPHONE

La densité francophone varie considérablement dans certaines régions. Afin de mieux représenter la capacité, deux répartitions par région de densité francophone ont été créées pour ce rapport : la région à forte densité francophone et la région à faible densité

francophone. La région à forte densité francophone est composée des RLISS de Champlain et du Nord-Est. La région à faible densité francophone comprend les 12 RLISS restants. Une justification détaillée de la répartition se trouve dans la section « Aperçu de la population francophone ».

## LOCALITÉS DÉSIGNÉES

Une localité désignée est une localité qui partage sa géographie, en tout ou en partie, avec une région désignée. Les localités désignées ont été définies par recouplement des 26 régions désignées selon la *LSF* avec les 76 localités selon le MSSLD et les RLISS. Cette répartition donne un aperçu de l'application de la *LSF* dans le cadre de planification des soins de santé. Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet dans l'aperçu de la localité désignée ci-dessous.

Il convient de noter qu'il est possible qu'un FSS soit désigné ou identifié dans une localité non désignée lorsque celui-ci fournit des services à la population d'une région désignée. Cela réduit au minimum la nécessité de mettre sur pied une installation dans la localité désignée. Dans le domaine des soins de santé, cela permet de planifier l'accès aux SSEF, tout en reconnaissant que divers types de services sont prévus selon un ratio par habitant et qu'on ne peut s'attendre à ce qu'ils soient fournis physiquement dans chaque localité désignée.

## MISES EN GARDE ET RESTRICTIONS

Ce rapport s'appuie sur les données recueillies à des fins administratives dans le cadre de l'obligation de chaque FSS de fournir un rapport annuel sur les SEF.

Par conséquent, il pourrait y avoir des limites quant aux éléments suivants :

- différences dans les définitions des concepts;
- niveau de contrôle de la qualité des données;
- manque de données exhaustives.

Afin de réduire les répercussions anticipées de ces limites, le personnel responsable de la collecte de données s'est vu offrir une formation et un soutien à cet égard. En outre, les RLISS et les entités ont procédé à

un examen de validation des rapports à l'échelle locale afin d'assurer un taux le plus élevé possible de complétion de Rapports de SEF.

Les données recueillies permettent de dresser un portrait de la capacité de prestation de SSEF conformément aux critères établis par le cadre analytique et les indicateurs établis. Les données serviront également de base de référence pour évaluer la prestation de SSEF.

De surcroît, certains indicateurs étant basés sur des pourcentages, la taille de l'échantillon doit être prise en considération.

Enfin, il convient de noter les mises en garde suivantes :

- Certains RLISS ont choisi de ne pas faire participer leurs FSS autochtones au projet de collecte de données OZi, alors que d'autres ont invité leurs FSS autochtones à y participer sur une base volontaire. Aux fins du présent rapport, les FSS autochtones qui ont soumis un rapport sur les SEF sont représentés dans les chiffres et les analyses, alors que les FSS autochtones qui n'ont pas soumis de rapport sur les SEF en sont exclus.
- La répartition des FSS par région et par secteur de soins signifie qu'un seul FSS sera compté autant de fois qu'il opère dans des régions ou secteurs locaux différents. Le nombre de FSS recensés par localités ou secteurs peut donc être supérieur au nombre total de FSS effectivement présents dans la répartition géographique.

## ÉVOLUTION DES RÉSULTATS

Afin de pouvoir faire une comparaison éclairée entre les trois périodes, de 2017-2018 à 2019-2020, il est nécessaire de mettre en évidence certains facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur les résultats. Il est à noter que pour préserver une certaine cohérence temporelle, la méthode de collecte et de traitement de données est demeurée inchangée pour cette nouvelle période de rapportage.

Toutefois, tel que discuté dans la section précédente sur les limites en matière de collecte de données, la disponibilité et la qualité des données, ainsi que

l'interprétation des définitions qui les régissent ont évolué de façon naturelle. Au fil du temps, les FSS et les RLISS ont acquis une compréhension plus approfondie des mesures, et leurs pratiques organisationnelles se sont standardisées. Il est donc possible de s'attendre à une certaine évolution des méthodes de collecte de données dans ces organisations. Ainsi, l'exactitude des données rapportées devrait s'améliorer avec le temps.

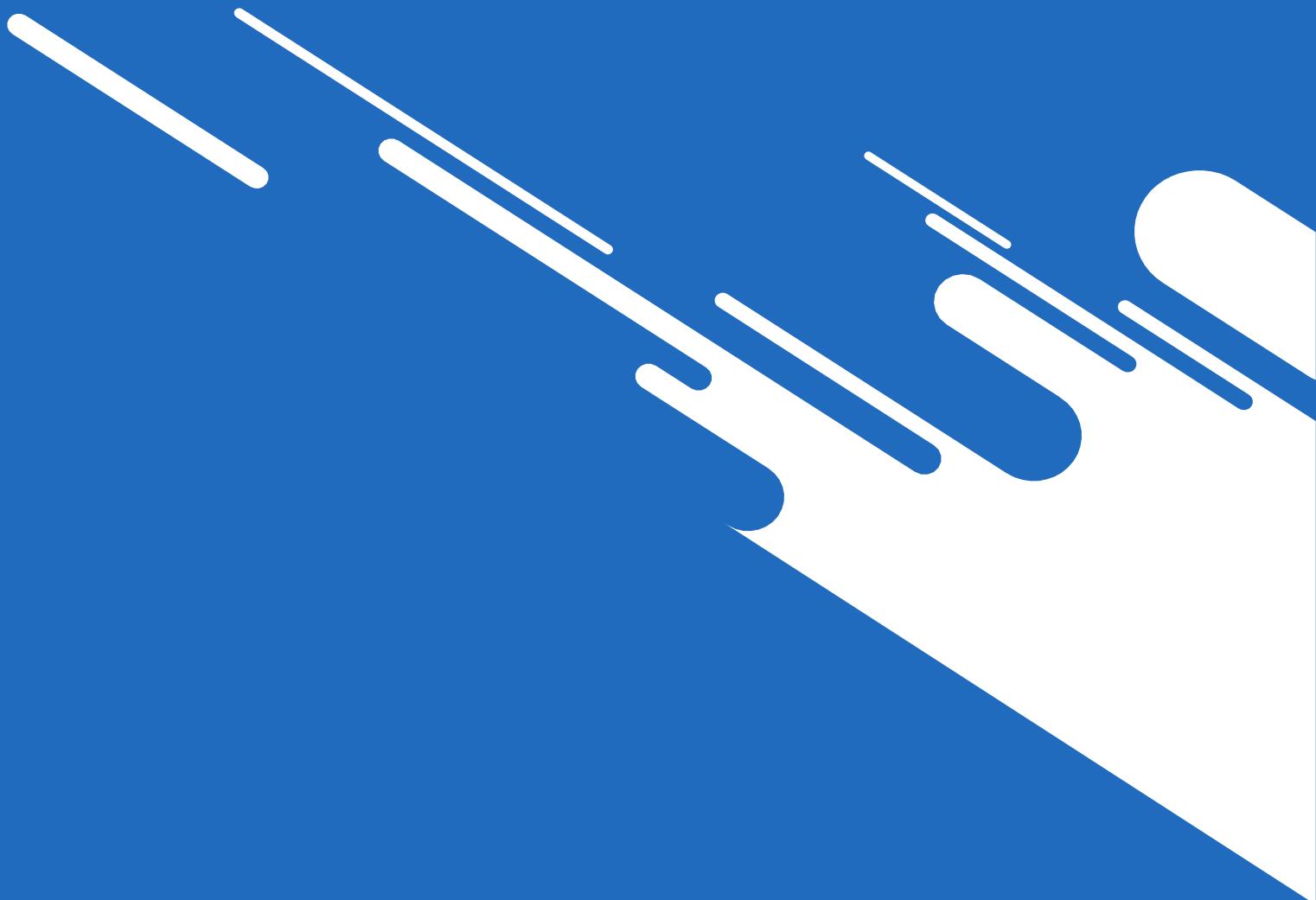
Des ajustements ont également été apportés au portail OZi dans le but d'améliorer la satisfaction des usagers et d'accroître la qualité des données recueillies. Les changements les plus importants sont :

- Un tutoriel de démarrage rapide qui donne un aperçu des nouvelles fonctions du tableau de bord, dès la première connexion;
- Une fonction permettant aux usagers de marquer comme complétée chacune des sections du Rapport de SEF;
- Une fonction pour aider les RLISS et les entités dans l'exercice de validation des données en suggérant des sections qui nécessitent une attention particulière en fonction des données fournies par les FSS.

Ces ajustements technologiques avaient pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des données.

Comme pour la période de rapportage 2018-2019, quelques changements ont eu lieu dans l'attribution des secteurs de soins aux FSS. Pour la présente période, quelques-unes de ces attributions ont été changées afin de mieux refléter la réalité. Par conséquent, certains changements dans les résultats ne sont donc pas attribués à une tendance en matière de SSEF, mais plutôt au nombre et à la catégorisation des FSS. L'incidence de ces changements est plus grande quand la taille de l'échantillon est petite, tel qu'au niveau de la localité. Cette incidence est toutefois bien moindre au niveau provincial.

### 3 APERÇU DES LOCALITÉS DÉSIGNÉES



Dans le domaine de la santé, les régions géographiques desservies sont réparties conformément aux délimitations du système de santé établies par les RLISS et les localités. Du point de vue provincial, l'aire géographique à considérer est la province en entier, subdivisée en 14 territoires des RLISS qui, à leur tour, sont subdivisés en 76 localités.

Du point de vue de la *LSF*, une région géographique de l'Ontario peut devenir une région désignée si, selon le MAFO, les francophones représentent au moins 10 % de la population d'une région donnée.

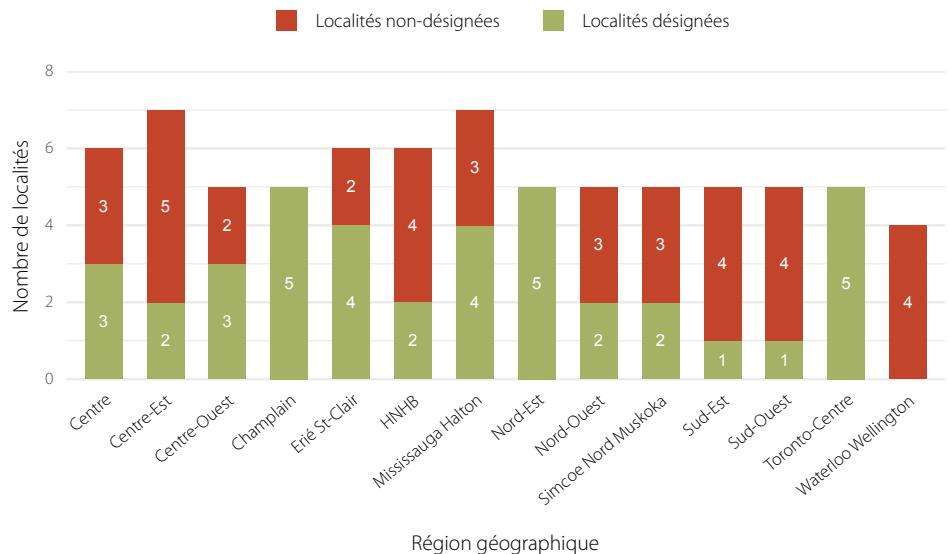
De plus, dans les centres urbains, il doit y avoir au moins 5 000 francophones pour devenir une région désignée. Dans les régions désignées, un francophone a le droit de pouvoir accéder à des services et programmes gouvernementaux en français. En Ontario, il y a 26 régions désignées en vertu de la *LSF* (voir la liste complète à l'annexe 2), et ces régions géographiques servent de base à la planification et à la prestation des SEF.

Pour comprendre la corrélation entre les frontières géographiques du système de santé – régions où les francophones ont le droit de recevoir des SSEF – nous superposons les régions désignées et les localités pour déterminer où elles coïncident.

Nous utilisons l'expression « localités désignées » pour définir une localité qui partage sa géographie, en partie ou en totalité, avec une région désignée. Au total, il y a 37 localités en Ontario qui coïncident avec les 26 régions désignées en vertu de la *LSF* et, par conséquent, 37 localités désignées. Une liste complète des localités désignées par RLISS se trouve à l'annexe 3.

La figure 1 montre que toutes les localités des RLISS de Champlain, du Nord-Est et du Centre-Toronto sont désignées. Le RLISS de Waterloo Wellington, par contre, est le seul RLISS qui ne possède aucune localité désignée. En outre, les 10 autres RLISS comptent entre une et quatre localités désignées. Essentiellement, 13

Figure 1: Répartition par RLISS des localités désignées et non désignées



des 14 RLISS ont désigné des localités dans lesquelles ils doivent planifier l'offre des SSEF.

Une analyse approfondie de la répartition des localités désignées et non désignées a été effectuée. L'objectif de cette analyse était de découvrir la distance entre les localités désignées et de voir s'il y avait des obligations évidentes en matière de services de santé et de services sociaux en français ou, pour emprunter un terme du domaine des télécommunications, des zones mortes en Ontario. Plus l'étendue de ces zones mortes est grande, plus il serait difficile pour un francophone vivant dans cette région d'avoir accès à des SEF.

Cette analyse a révélé que seulement sept localités non désignées n'étaient pas directement adjacentes à une localité désignée. En outre, 7 des 76 régions représentent une proportion relativement faible, mais selon leur positionnement, elles créent deux régions géographiques importantes où il n'y a aucune obligation d'offrir des SEF aux francophones vivant dans ces régions en vertu de la *LSF*. Ces zones mortes se trouvent entre Scarborough et Kingston, ainsi que dans la région du RLISS de Waterloo Wellington et ses environs.

## 4 APERÇU DE LA POPULATION FRANCOPHONE



La répartition de la population francophone permet de localiser les régions où les besoins en matière de SSEF entraînent l'obligation d'avoir la capacité d'offrir des SSEF. La figure 2 représente la proportion de la population francophone présente dans chaque RLISS. Le tableau 1 représente la répartition de cette population francophone au niveau provincial, régional et dans les localités désignées.

Le ratio de population francophone au sein des RLISS se situe entre 1,4 % et 3,3 %, à deux exceptions notables près : le RLISS de Champlain et celui du Nord-Est. Les RLISS de Champlain et du Nord-Est ont une densité francophone beaucoup plus élevée, soit de 19,8 % et 22,5 % respectivement.

Figure 2: Répartition de la population francophone par RLISS

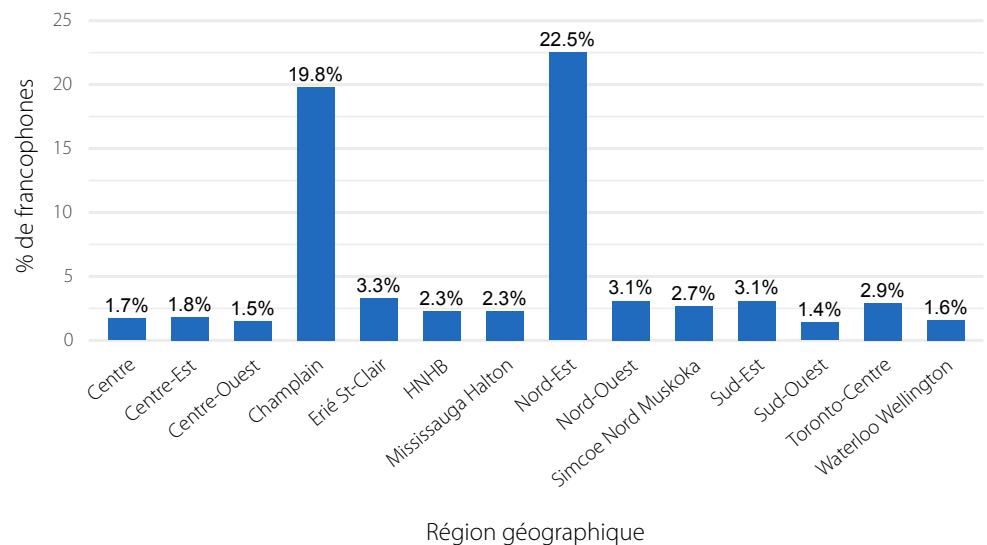


Tableau 1: Répartition de la population francophone au niveau provincial, régional et par localités désignées

Région géographique	Population totale	Nombre de francophones	Pourcentage de francophones	Nombre de francophones dans l'ensemble des localités désignées	Pourcentage de francophones dans l'ensemble des localités désignées
Ontario	13,242,160	616,805	4.7 %	531,240	86.13 %
Centre	1,796,585	30,810	1.7 %	17,935	58.21 %
Central-Est	1,528,935	27,425	1.8 %	10,055	36.66 %
Central-Ouest	916,755	13,625	1.5 %	12,095	88.77 %
Champlain	1,266,560	251,205	19.8 %	251,205	100 %
Érie St.-Clair	615,375	20,230	3.3 %	16,260	80.37 %
Hamilton Niagara Haldimand Brant	1,372,640	31,260	2.3 %	23,695	75.79 %
Mississauga Halton	1,153,200	26,445	2.3 %	17,185	64.98 %
Nord-Est	541,705	121,740	22.5 %	121,740	100 %
Simcoe Nord Muskoka	455,660	12,250	2.7 %	9,145	74.65 %
Nord-Ouest	224,105	6,970	3.1 %	3,270	46.92 %
Sud-Est	470,510	14,570	3.1 %	5,765	39.57 %
Sud-Ouest	935,410	12,960	1.4 %	7,990	61.65 %
Toronto-Centre	1,209,845	34,905	2.9 %	34,905	100 %
Waterloo Wellington	754,875	12,410	1.6 %	0	0 %

Tableau 2: Répartition de la population francophone entre les régions à faible et à forte densité

Région géographique	Nombre de francophones	Pourcentage de francophones
Région à faible densité francophone	243,860	39.53%
Région à forte densité francophone	372,945	60.46%
Total	616,805	100%

En fait, le tableau 2 démontre que 60,46 % de la population francophone de l'Ontario se trouve dans les RLISS de Champlain et du Nord-Est, les 39,5 % restants étant répartis entre les 12 autres RLISS. Cet écart au chapitre de la densité renvoie à la notion de régions à forte et à faible densité francophone décrites dans le cadre analytique.

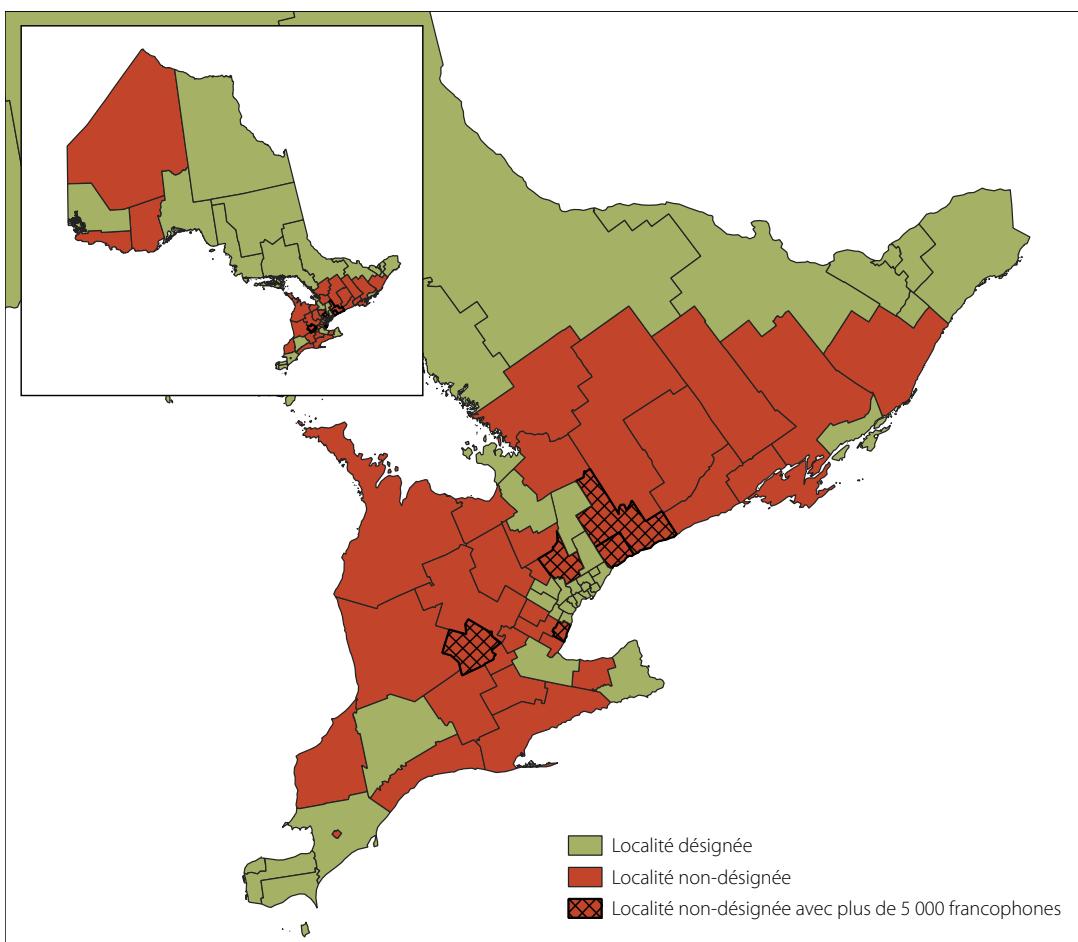
Si l'on considère la répartition des Francophones dans des localités désignées, nous constatons que 86 % de la

population francophone réside dans ces zones de rayonnement (voir le tableau 1). En croisant les localités avec les données sur la population francophone, cinq localités non désignées sont mises en évidence comme comptant plus de 5 000 francophones. Ces localités sont situées à :

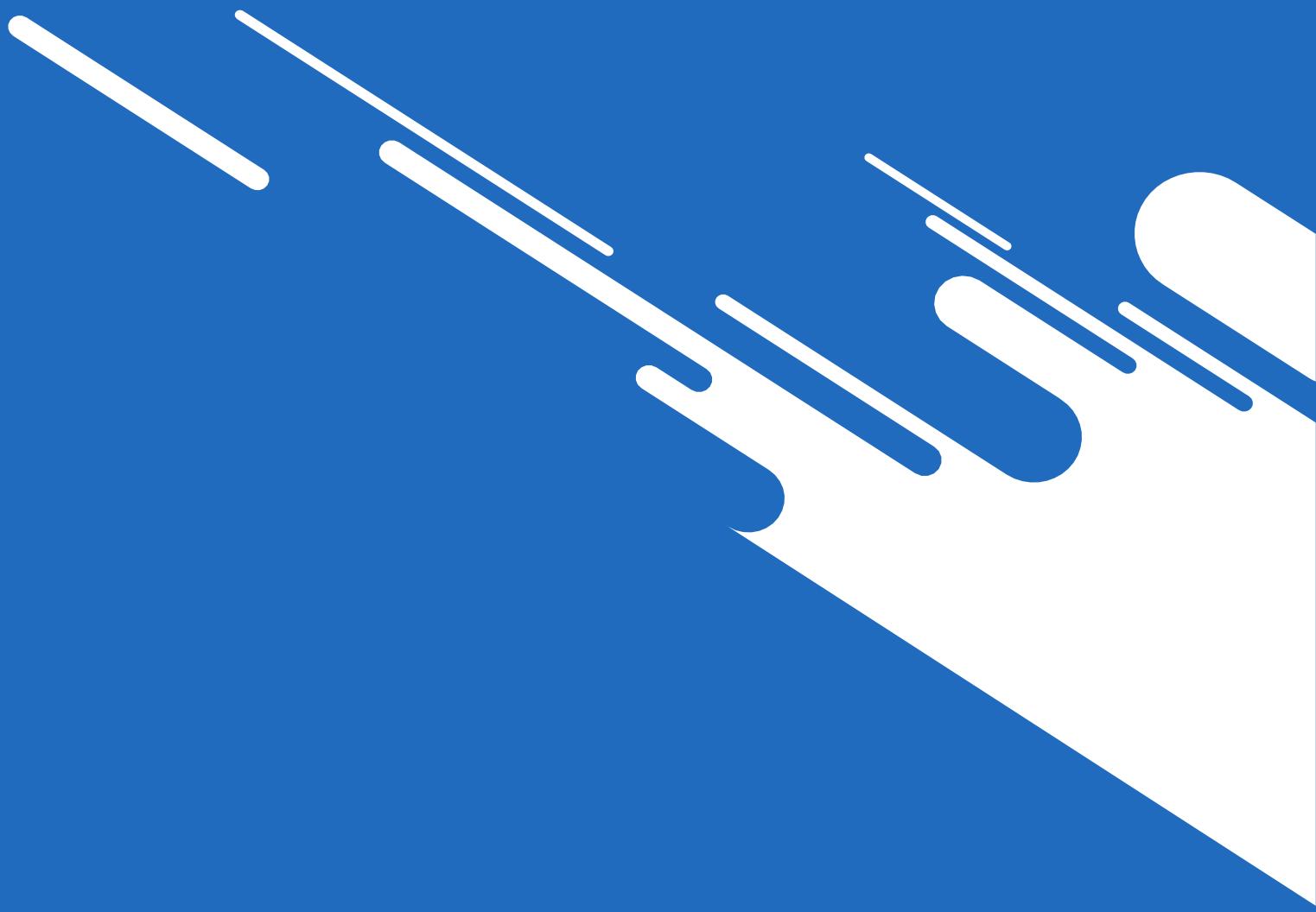
- Kitchener-Waterloo-Wellesley-Wilmot-Woolwich (RLISS de Waterloo Wellington);
- Oakville (RLISS de Mississauga Halton);
- Région de York Ouest (RLISS du Centre);
- Durham Nord-Est (RLISS du Centre-Est);
- Durham Ouest (RLISS du Centre-Est).

Dans de nombreux cas, les localités ne sont pas plus grandes que certaines régions urbaines désignées dans le cadre d'offre de SSEF. En outre, les localités susmentionnées se trouvent principalement dans les zones mortes de la LSF.

Figure 3: Répartition des localités désignées et non-désignées



## 5 RÉPARTITION DES FSS

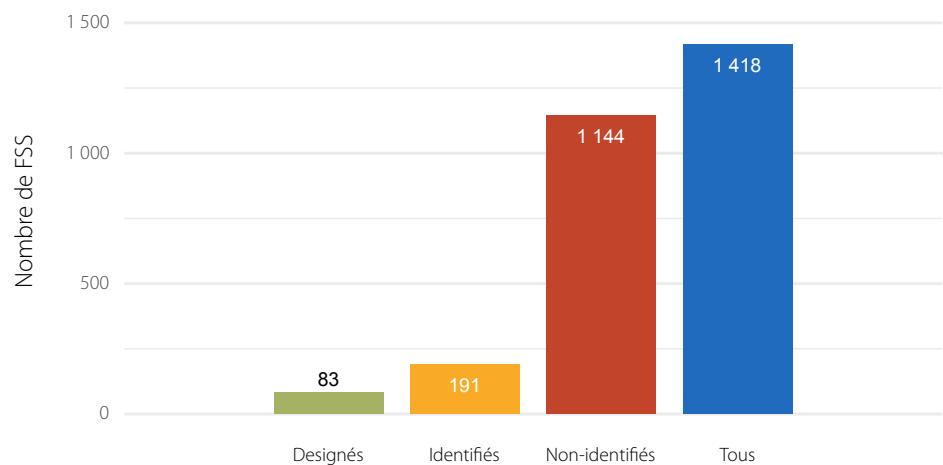


Les FSS sont chargés de fournir des services de santé à la population. La compréhension de leur niveau de responsabilité, du secteur de la santé auquel ils appartiennent et de l'emplacement de chaque FSS est à la base de l'analyse de la capacité d'offrir les SSEF. Cela définit où se situe actuellement la capacité, où elle est renforcée, où il y a place à l'amélioration et, en fin de compte, si la capacité actuelle est suffisante pour assurer une prestation raisonnable de SSEF.

La répartition provinciale présentée à la figure 4 montre que, des 1418 FSS financés par les RLISS, 83 ou 6% d'entre eux sont désignés, et 191 ou 13 % d'entre eux sont identifiés. Cela signifie qu'un pourcentage combiné de 19 % des FSS ont, par définition, la responsabilité d'offrir ou de renforcer leurs services en français. Les 1144 qui restent, représentant 81 % de tous les FSS financés par les RLISS, ne sont pas identifiés.

Il y a une légère différence dans le nombre total de FSS par rapport à l'année précédente. Bien que minimes relativement au nombre total de FSS, ces différences sont tout de même importantes :

Figure 4: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité



- les FSS désignés ont augmenté d'un FSS;
- les FSS identifiés ont augmenté de 6% (10 FSS de plus) en raison de l'identification des FSS, particulièrement dans le RLISS du Nord-Ouest;

Comme l'année précédente, le nombre total de FSS a marginalement diminué (0,7%). Cette diminution est plus notable dans les FSS non-identifiés. Certains de ces changements peuvent s'expliquer par les fusions.

De plus, certains FSS offrant à la fois des services identifiés et non-identifiés ont été considérés comme plusieurs FSS au cours de la période

précédente, alors que leurs rapports étaient consolidés pour la présente période de rapportage. Ceci est particulièrement observable parmi les FSS qui fournissent des services dans plus d'un secteur de soins, ou pour lesquels seul une partie des programmes est identifiée ou désignée. Cependant, les proportions sont demeurées plus ou moins les mêmes.

Tableau 3: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité

	Désignés		Identifiés		Désignés & Désignés		Non-identifiés		Tous
	# de FSS	%	# de FSS	%	# de FSS	%	# de FSS	%	
Ontario	83	6%	191	13%	274	19%	1144	81%	1418

Lorsque les données sont réparties par secteur, il est évident que la répartition des FSS désignés et identifiés est inégale (Figure 5 et Tableau 4). Par exemple, le pourcentage de foyers de soins de longue durée désignés et identifiés est nettement inférieur à celui des autres secteurs, avec un pourcentage combiné de 9%. D'autre part, le secteur hospitalier compte une bonne proportion combinée de FSS désignés et identifiés, soit 48%. À l'échelon provincial, il est difficile de déterminer si cela se traduit par une capacité raisonnable. Une répartition à l'échelle des RLISS fournira un aperçu plus exact.

Figure 5: Répartition des FSS par niveau de responsabilité et secteur

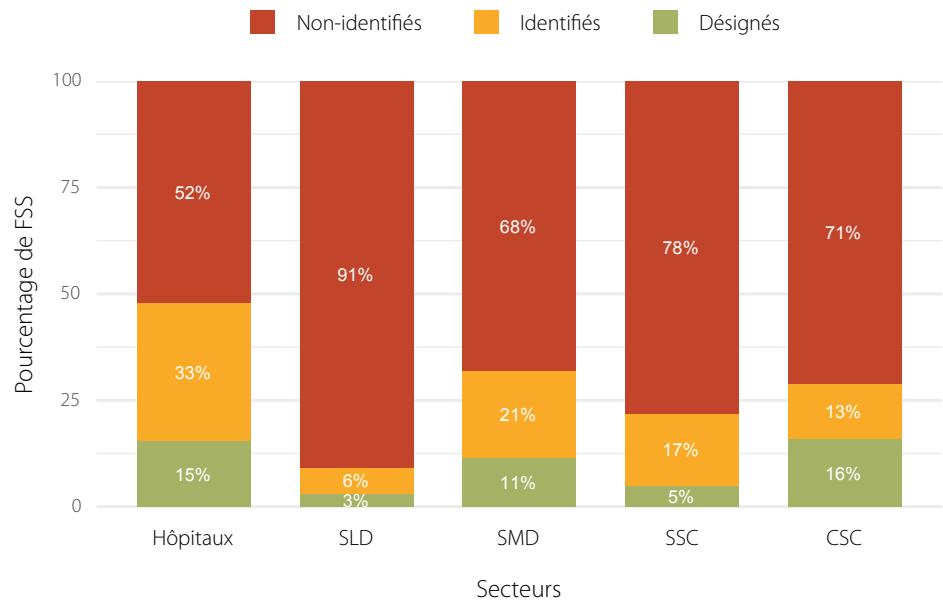


Tableau 4: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et secteur

Secteur	Désignés		Identifiés		Désignés & Identifiés		Non-identifiés		Tous
	#	%	#	%	#	%	#	%	
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

À l'échelon des RLISS, la répartition des FSS par secteur aide à cerner les lacunes plus nettement. Par exemple, l'absence de FSS désignés dans un ou plusieurs secteurs démontre qu'un secteur entier présente un manque au chapitre de la capacité. L'absence de FSS identifiés dans un ou plusieurs secteurs démontre que la capacité n'est pas développée dans un secteur donné. Il peut y avoir des cas où il n'est pas nécessaire de renforcer la capacité d'un secteur si les FSS désignés assument la responsabilité, mais c'est rarement le cas.

La figure 6 représente le nombre de secteurs ayant au moins un FSS

identifié ou désigné et montre certaines lacunes évidentes en matière de la capacité. En fait, seuls les RLISS de Champlain et du Nord-Est ont au moins un FSS désigné dans chaque secteur. Tous les secteurs dans six RLISS (Simcoe Nord Muskoka, Érié St-Clair, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Nord-Ouest, Sud-Ouest et Centre-Toronto) ont au moins un FSS responsable – ou une combinaison de FSS identifiés ou désignés – d'assurer ou de renforcer la capacité par l'entremise de FSS identifiés.

En revanche, dans quatre RLISS, au moins deux secteurs sont

dépourvus de FSS désignés ou identifiés. Le secteur le plus affecté par l'absence des FSS ayant une obligation envers les SSEF est le secteur des SLD, dans lequel quatre RLISS n'ont aucun FSS identifié ou désigné. Finalement, des 14 RLISS comptant des localités désignées, seulement deux ont au moins un FSS désigné par secteur de soins. Encore une fois, il s'agit des RLISS de Champlain et du Nord-Est. Un tableau détaillé contenant de l'information complémentaire à ce sujet figure à l'annexe 4.

Figure 6: Secteurs comptant au moins un FSS désigné ou identifié par RLISS

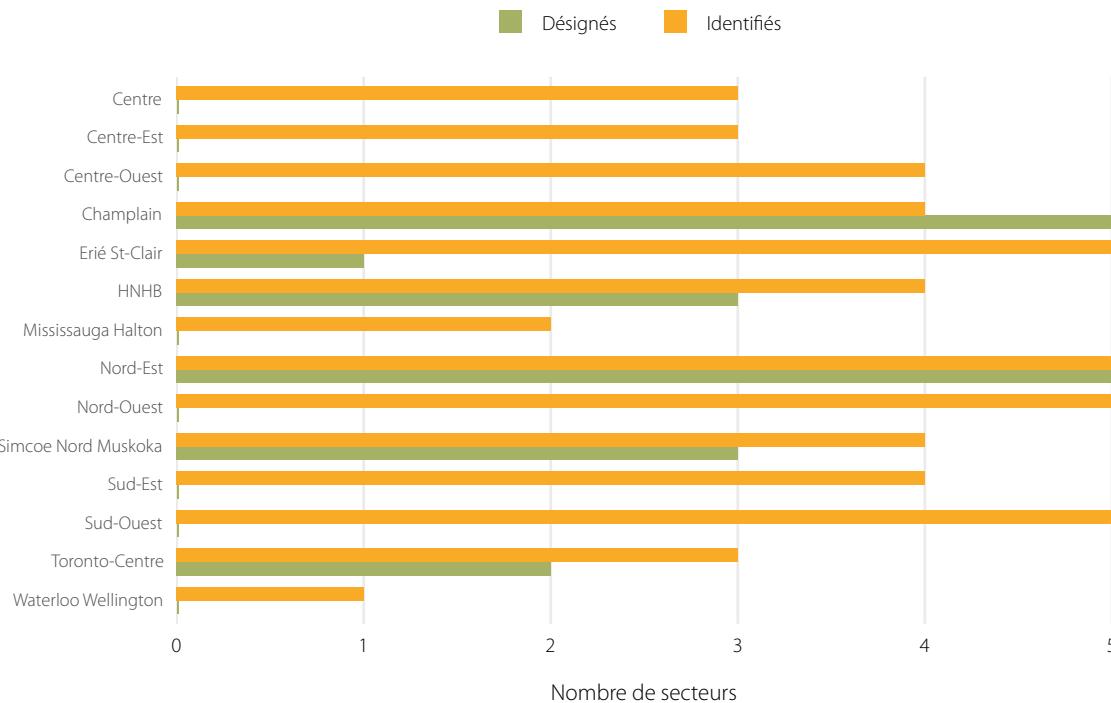


Tableau 5: Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et région de densité francophone

Région de densité francophone	Désignés		Identifiés		Désignés & Identifiés		Non-Identifiés		Tous
	#	%	#	%	#	%	#	%	
Faible	8	1%	129	11%	137	12%	1020	88%	1157
Forte	75	29%	62	24%	137	52%	124	48%	261
Total	83	6%	191	13%	274	19%	1144	81%	1418

Lorsque les FSS sont répartis entre les régions à faible et à forte densité francophone, le nombre et le pourcentage de FSS désignés sont faibles dans les régions à faible densité francophone. En fait, il y a huit FSS désignés dans une région géographique qui équivaut à 12 RLISS. Il est difficile d'imaginer que huit FSS désignés suffiraient à fournir des SSEF dans un territoire aussi vaste.

En revanche, la région à forte densité francophone compte 75 FSS désignés répartis au sein de deux RLISS. Ce nombre constitue 90% de l'ensemble des FSS désignés de la province, et 29% de l'ensemble de

FSS de la région à forte densité francophone. En ce qui concerne les FSS identifiés, les régions à faible densité francophone totalisent plus du double du nombre de FSS identifiés de la région à forte densité, soit 129 FSS comparativement à 62 dans la région à forte densité francophone. La région à faible densité représente donc 68% de l'ensemble des FSS identifiés et a connu une augmentation de 10% en termes du nombre de FSS identifiés par rapport à l'année de reportage précédente. La répartition des FSS par secteur, tant dans les régions à forte densité

francophone que dans celles à faible densité francophone, met rapidement en lumière la rareté des FSS désignés dans la région à faible densité francophone. Par exemple, un seul hôpital, deux FSS dans le secteur de SMD, et un foyer de soins de longue durée, ont l'obligation d'offrir un certain niveau de capacité en SSEF.

Dans les deux régions (à forte et à faible densité francophone), le secteur des SLD est celui où la proportion de FSS identifiés et désignés est la plus faible. La proportion est particulièrement basse dans la région à faible densité francophone.

Figure 7: Répartition des FSS par secteurs et selon le niveau de responsabilité dans les régions de forte densité francophone

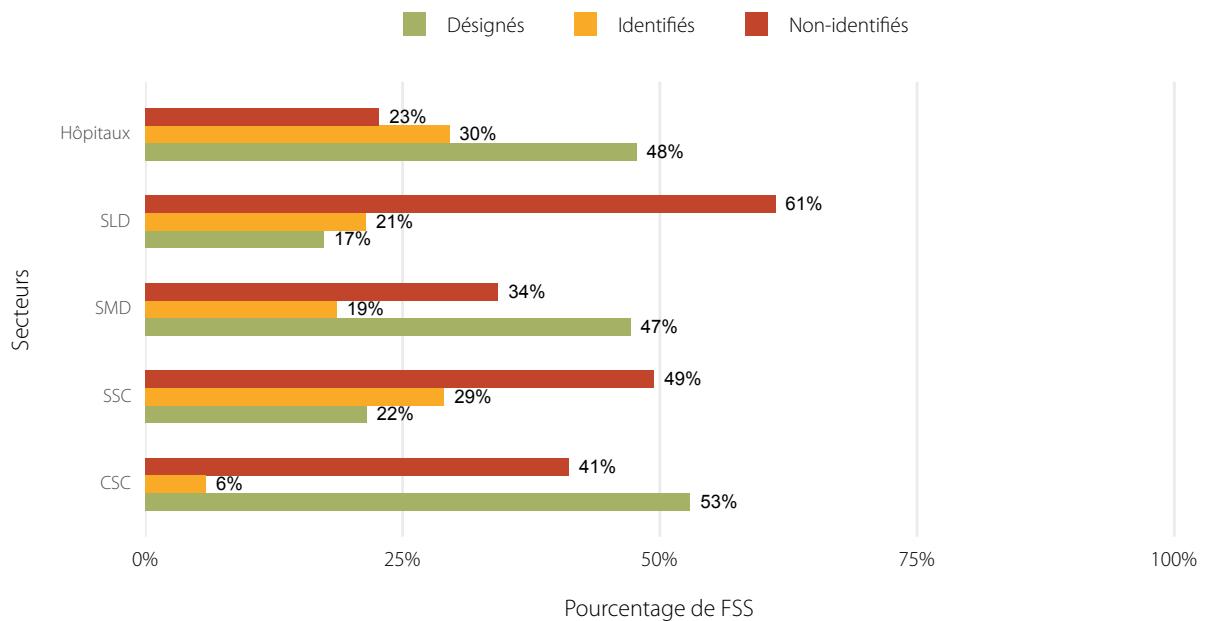


Figure 8: Répartition des FSS par secteurs et selon le niveau de responsabilité, dans les régions à faible densité francophone

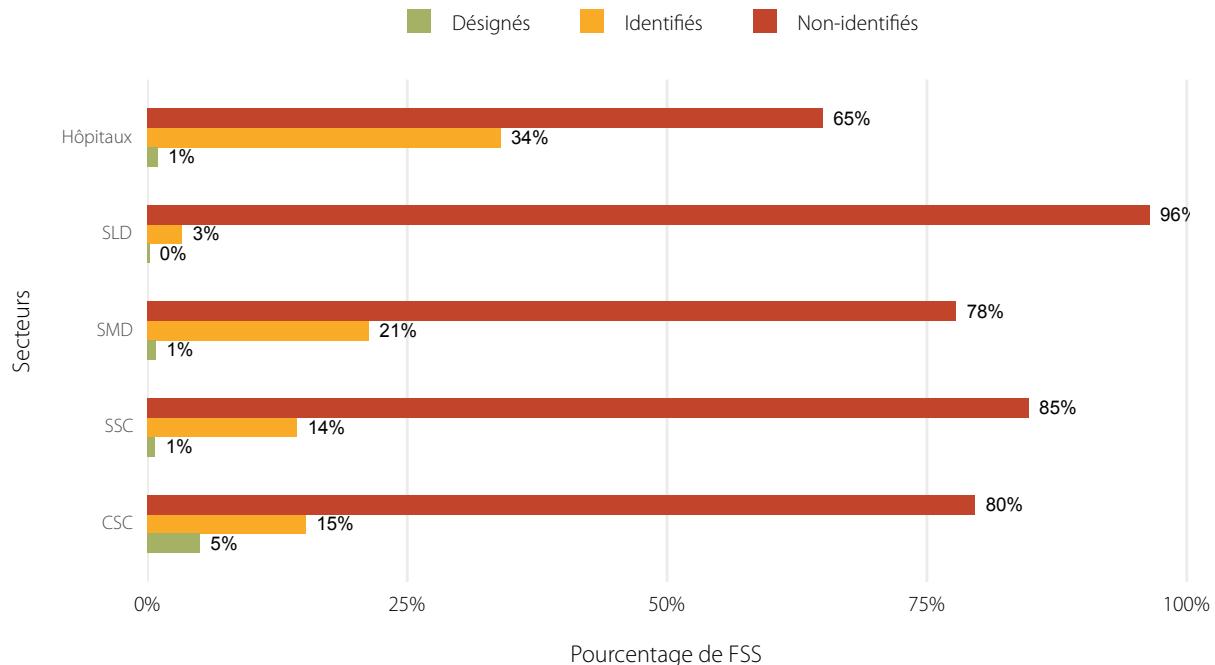


Tableau 6: Répartition provinciale des FSS par secteur et région de densité francophone

Secteur	Désignés		Identifiés		Non-Identifiés		Tous			
	Faible densité		Forte densité		Faible densité		Forte densité		Faible	Forte
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	#
Hosp	1	1%	21	48%	34	34%	13	30%	65	67%
SLD	1	0%	17	17%	17	3%	21	21%	488	96%
SMD	2	1%	33	47%	51	21%	13	19%	186	78%
SSC	3	1%	20	22%	57	14%	27	29%	335	85%
CSC	3	5%	9	53%	9	15%	1	6%	47	80%
									7	41%
									59	17

Une répartition sectorielle, à l'échelon local, peut également aider à comprendre les capacités et les lacunes. En fait, étant donné que les localités sont des zones de rayonnement géographiques plus petites, la capacité peut expliquer, dans une certaine mesure, le niveau d'accessibilité en matière de SSEF. De plus, en établissant une distinction entre les FSS qui offrent des services à une localité désignée

et à une localité non désignée, les lacunes au chapitre de la prestation de SSEF deviennent également des lacunes au chapitre de l'accès aux SEF dans une région désignée en vertu de la *LSF*. Il convient de noter que, dans le cadre de cette répartition, un FSS fournit des services dans une localité plutôt que d'être physiquement présent uniquement dans une localité. Par conséquent, un FSS peut fournir

des services à plus d'une localité, qu'il s'agisse d'une localité désignée ou non désignée.

La figure 9 et le tableau 7 montrent que presque tous les FSS désignés fournissent des services exclusivement à des localités désignées, à l'exception d'un FSS dans le secteur des SSC. En ce qui concerne les FSS identifiés, la proportion est plus élevée dans les localités désignées au sein de

chaque secteur. Il y a une augmentation notable des FSS identifiés dans les localités non-désignées, particulièrement dans le secteur de SMD.

Lorsque les FSS désignés et identifiés sont combinés au sein de localités désignées, leur proportion devient plus significative, s'étendant entre 14% (SLD) et 74% (hôpitaux). Lorsque les FSS désignés et identifiés sont combinés au sein de localités non désignées, leur proportion est plus faible, s'étendant entre 3 % (SLD) et 28 % (hôpitaux).

Figure 9: Répartition des FSS par secteur et selon le niveau de responsabilité dans les localités désignées

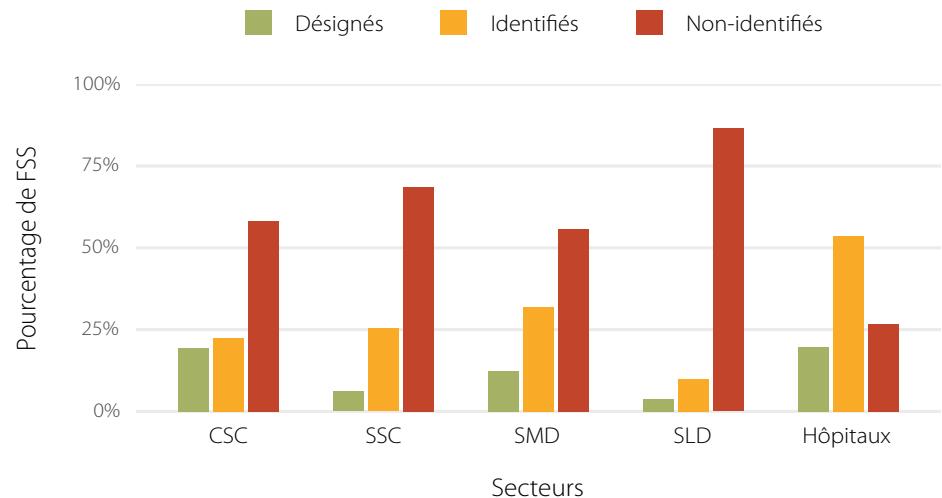


Figure 10: Répartition des FSS par secteur et selon le niveau de responsabilité dans les localités non désignées

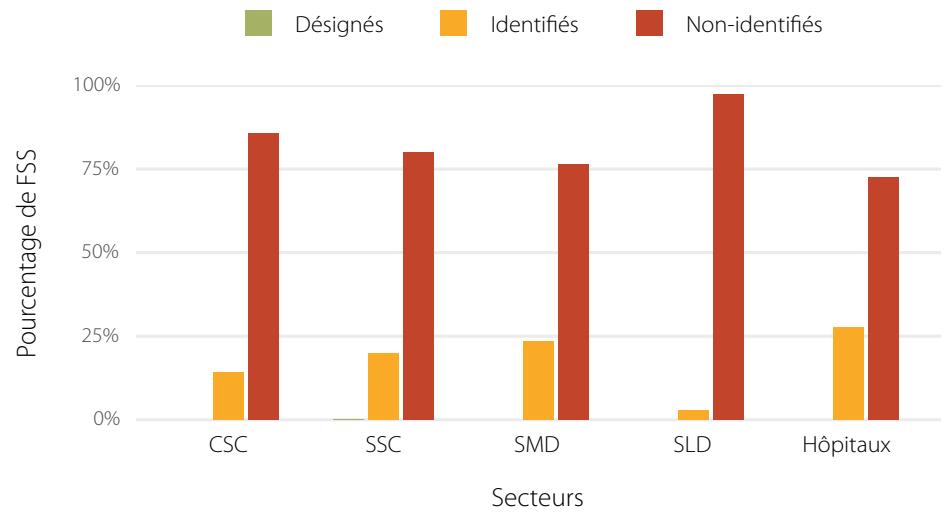


Tableau 7: Répartition des FSS par secteur et niveau de responsabilité dans des localités désignées et non désignées

Secteur	FSS désignés				FSS identifiés				FSS non-identifiés			
	Localités désignées		Localités non désignées		Localités désignées		Localités non désignées		Localités désignées		Localités non désignées	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hôpitaux	22	20%	0	0%	60	54%	19	28%	30	27%	50	72%
SLD	18	4%	0	0%	47	10%	9	3%	415	86%	323	97%
SMD	36	12%	0	0%	92	32%	42	24%	161	56%	135	76%
SSC	27	6%	1	0%	112	25%	67	20%	303	69%	272	80%
CSC	13	19%	0	0%	15	22%	4	14%	39	58%	24	86%

## 6 CONTINUUM DE SSEF



La perspective du service définit dans quelle mesure chaque FSS contribue à l'étendue du continuum de services disponibles en français. Pour ce faire, on détermine le pourcentage de services directs financés par les RLISS par rapport à chaque FSS au moyen des centres fonctionnels assujettis à la désignation ou à l'identification.

En vertu des Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada, les données financières et statistiques sont enregistrées par centre fonctionnel, type de dépense et source de revenus. Les centres fonctionnels correspondent aux activités de base menées par les FSS et permettent aux organisations de disposer d'informations financières comparables et de statistiques connexes (comme la charge de travail et l'activité des patients) pour les nombreux services cliniques qu'elles fournissent. Ces données peuvent ensuite être utilisées pour calculer des indicateurs clés, ce qui

constitue un outil utile pour mesurer et surveiller le rendement.

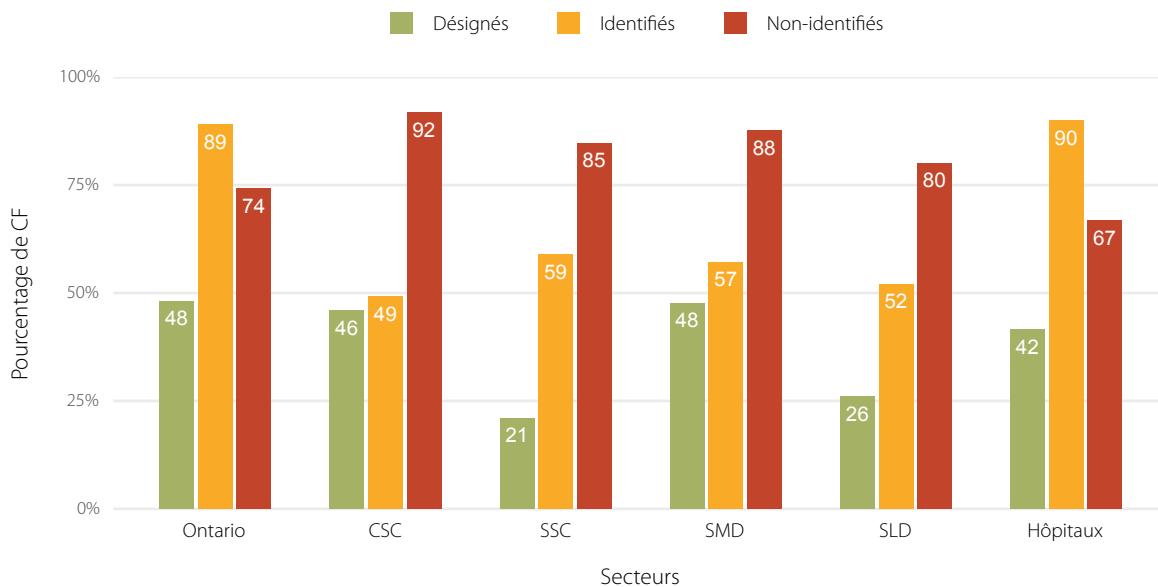
En dressant la liste de tous les centres fonctionnels financés relevant de chaque FSS, en éliminant les redondances pour garder les centres fonctionnels uniques et en extrayant ceux qui représentent des services directs à la population (éliminant ainsi les centres fonctionnels administratifs), nous obtenons une représentation du continuum des services directs fournis dans une région géographique donnée. À l'échelle provinciale, tous les FSS financés par les RLISS ont été pris en compte. À l'échelle des RLISS, seuls les FSS financés par leurs RLISS respectifs ont été pris en compte. La même méthode s'applique à la répartition sectorielle, où seuls les centres fonctionnels financés dans un secteur donné sont pris en compte.

Deux méthodes ont été utilisées pour représenter le continuum de

services directs par niveau de responsabilité. La première méthode consiste à répartir tous les centres fonctionnels uniques par responsabilité, comme le montrent la figure 11 et le tableau 8. Dans cette représentation, les mêmes centres fonctionnels uniques peuvent être attribués à plus d'un niveau de responsabilité. Cela est possible lorsqu'un FSS désigné, un FSS identifié et même un FSS non identifié sont financés pour le même centre fonctionnel. Cela nous permet de comprendre le continuum des services directs pour chaque niveau de responsabilité indépendamment. Cette représentation est utile pour la planification et le développement de la capacité à l'échelle locale, car l'accessibilité peut exiger plus d'un FSS par centre fonctionnel dans diverses localités.

Pour la deuxième méthode, chaque centre fonctionnel unique ne peut être attribué qu'à un seul niveau de responsabilité, comme le montrent

Figure 11: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur



la figure 12 et le tableau 9. Pour ce faire, la priorité a été accordée aux services désignés, puis aux services identifiés et enfin, aux services non identifiés. Par conséquent, la somme de tous les services s'élève à 100%. Cette représentation du continuum de services donne une idée plus claire de la proportion des services accessibles, de ceux qui visent à renforcer la capacité et de ceux qui sont considérés comme n'ayant aucune capacité (ou pour lesquels la capacité est laissée au hasard). Cela donne une représentation plus adéquate pour comprendre les lacunes dans le continuum des services directs.

Le tableau 8 montre que 48 % de tous les services directs financés par les RLISS comptent au moins un FSS désigné en Ontario. Par conséquent, 52 % des services directs financés par les RLISS ne sont pas garantis d'être accessibles en français en Ontario. De plus, la répartition par secteur démontre

qu'un secteur comme celui des SSC ne peut garantir que 21 % de tous les services financés par les RLISS en français. Les services identifiés, en revanche, lorsque combinés avec les services désignés, couvrent une proportion importante du continuum de soins, soit 89%. L'annexe 5 renferme de plus amples renseignements sur ces pourcentages. Ces données de base

permettront d'améliorer la capacité de prestation de SSEF, ce qui permettra de mesurer et de dégager des tendances au fil du temps quant à l'évolution des services désignés.

La répartition des services directs priorisés par niveau de responsabilité met en évidence les cas où il y a un manque de services ou de renforcement des capacités. Cette lacune est représentée par les

Figure 12: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés par niveau de responsabilité

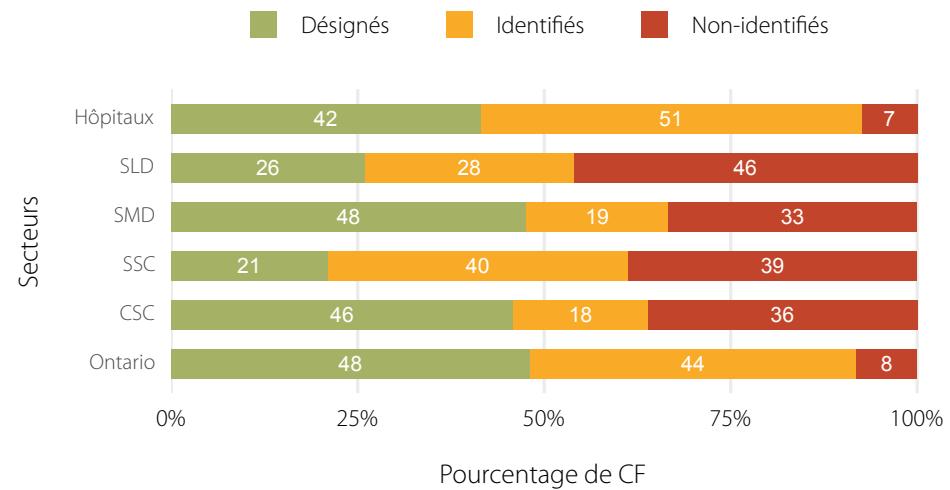


Tableau 8: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur

Niveau de responsabilité	% de services financés par les RLISS					
	Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Ontario
Désignés	42%	35%	39%	23%	44%	48%
Identifiés	90%	47%	61%	57%	54%	89%
Non-Identifiés	68%	74%	86%	90%	95%	75%

Tableau 9: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés par niveau de responsabilité et secteur

Niveau de responsabilité	% de services directs financés par les RLISS par priorité relativement au niveau de responsabilité					
	Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Ontario
Désignés	42%	35%	39%	23%	44%	48%
Identifiés	50%	25%	25%	36%	19%	43%
Non-Identifiés	8%	40%	36%	41%	37%	8%

services non identifiés illustrés, par secteur, à la figure 12 (et dans le Tableau 9).

Lorsque l'on compare ces données avec celle de la période 2018-2019, nous observons une augmentation de la proportion de services désignés dans les secteurs de SMD et CSC, et une diminution dans les secteurs des SLD et des SSC. Certains de ces changements pourraient être expliqués avec les

ajustements de la distribution de FSS dans différents secteurs de soins par rapport à la période de rapportage précédente. Une étude plus approfondie est nécessaire.

Le tableau 10 dresse une liste de localités désignées dans lesquelles aucun service dans au moins un secteur de soins n'est offert par un FSS désigné ou identifié. 23 des 37 localités désignées contiennent au moins un secteur de soins où des

services avec une obligation en matière des SSEF sont absents. De plus, 10 localités n'ont pas de services offerts par des FSS identifiés ou désignés dans au moins trois secteurs de soins. L'amélioration observée par rapport à l'année de rapportage précédente peut être attribuée à l'augmentation du nombre de FSS identifiés entre les deux périodes.

Tableau 10: Localités désignées dont les services directs aux patients financés par les RLISS sont seulement disponibles chez les FSS non-identifiés

RLISS	Localité désignée	Nombre de francophones	Secteurs de service offert seulement par des FSS non-identifiés
Centre	Région de York Est	5,270	SSC, Hôpitaux, SLD, SMD
	North York Centre	8,890	CSC, CSS, SLD
	North York Ouest	3,775	SSC, Hôpitaux, SLD
Centre Est	Scarborough Nord	2,345	CSC, SSC, SLD, SMD
	Scarborough Sud	7,710	SSC, Hôpitaux
Centre Ouest	Bramalea et localités	3,550	CSC, SLD
	Brampton et localités	5,525	SLD
	Etobicoke Nord, Malton et Woodbridge Ouest	3,020	SLD
Champlain	Champlain Ouest	8,405	CSC
	Ottawa Ouest	26,460	Hôpitaux, SLD, SMD
Mississauga Halton	Mississauga Est	5,765	CSC, SLD, SMD
	Mississauga Nord-Ouest	5,920	SSC, SLD, SMD
	Etobicoke Sud	2,550	SSC, SLD, SMD
	Mississauga Sud-Ouest	2,950	SLD, SMD
Simcoe Nord Muskoka	Barrie et localités	6,075	CSC, SLD
Nord Ouest	District de Kenora	1,125	SMD
	District de Thunder Bay	2,145	SSC
Sud Ouest	Kingston	5,765	CSC
Toronto-Centre	Toronto Est	7,130	CSC, CSS, SMD
	Mid-East Toronto	5,885	CSC, SMD
	Mid-West Toronto	9,800	SSC, SMD
	Toronto Nord	5,450	CSC, SSC, SLD, SMD
	Toronto Ouest	6,640	CSC, CSS

Les figures 13 à 17 représentent la répartition des services directs uniques financés à l'échelon des RLISS, classés par ordre de priorité selon le niveau de responsabilité. Chaque figure représente un secteur. En un coup d'œil, ces figures montrent clairement

l'absence de SSEF dans divers secteurs. Dans le secteur des hôpitaux, la plupart des RLISS, à l'exception du RLISS du Centre-Est, ont une capacité en développement grâce aux FSS identifiés. Quant aux autres secteurs, les écarts varient d'un RLISS à l'autre. À titre de

rappel, seul le RLISS de Waterloo Wellington ne comporte pas de régions désignées. Cette année, ce RLISS comporte un FSS identifié, d'où la présence de services directs identifiés dans le secteur de SMD.

Figure 13: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur hospitalier

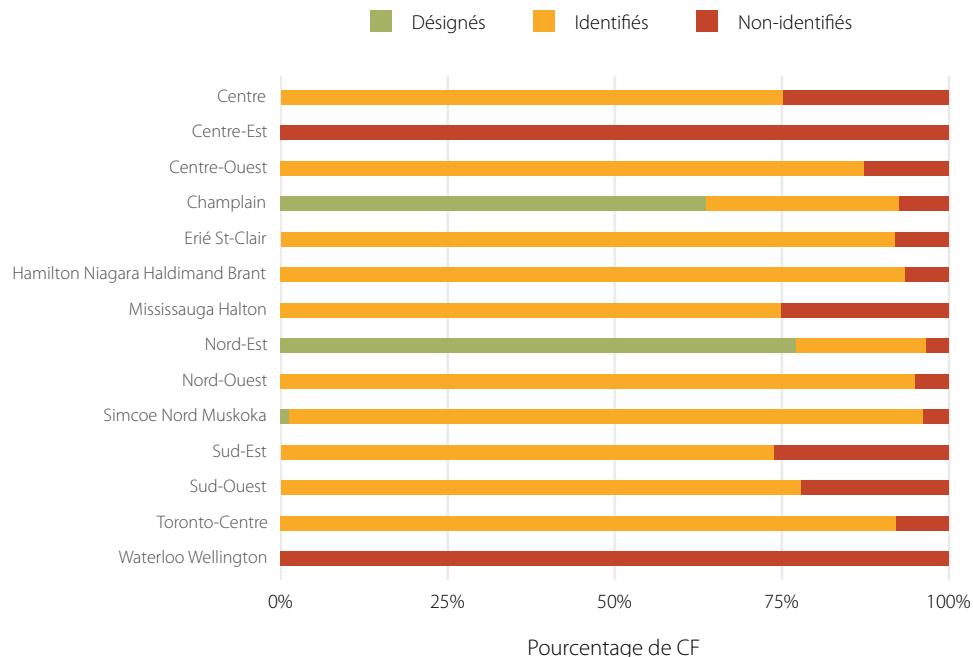


Figure 14: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur des SLD

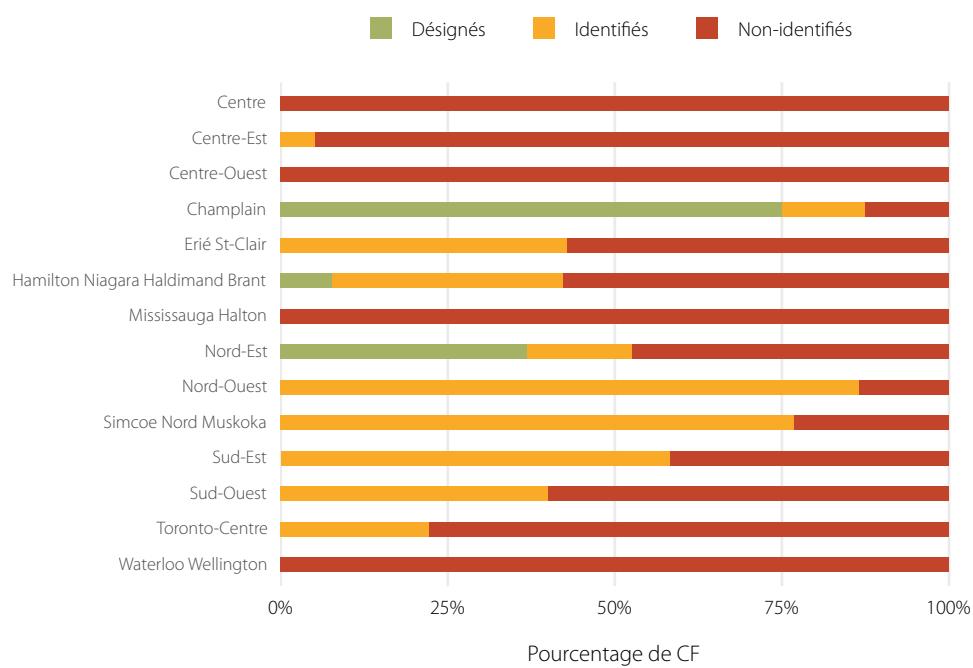


Figure 15: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur de SMD

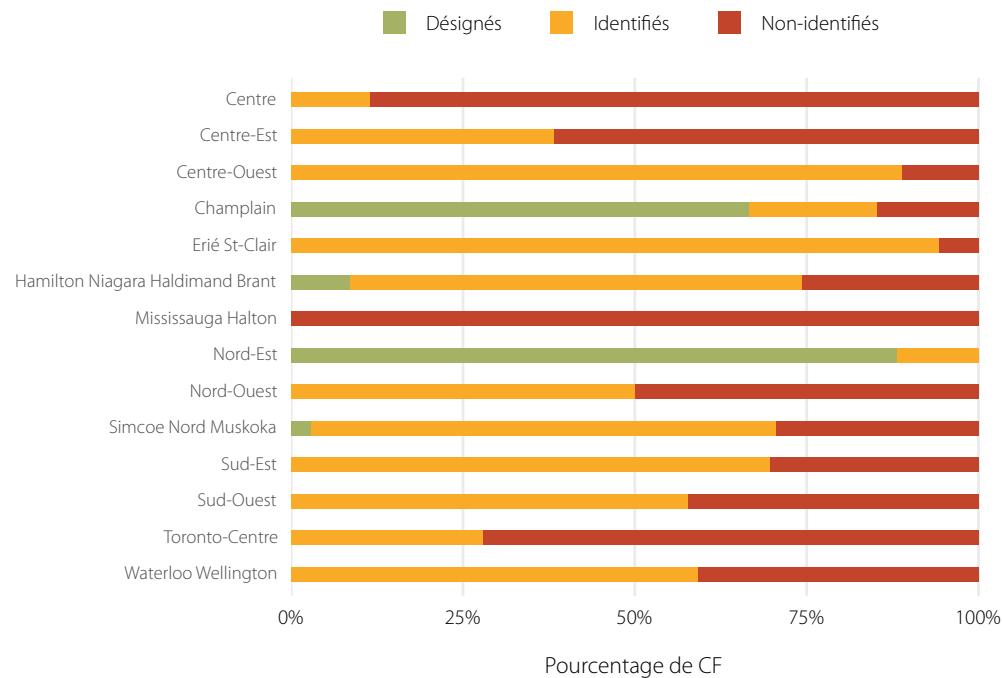


Figure 16: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur des SSC

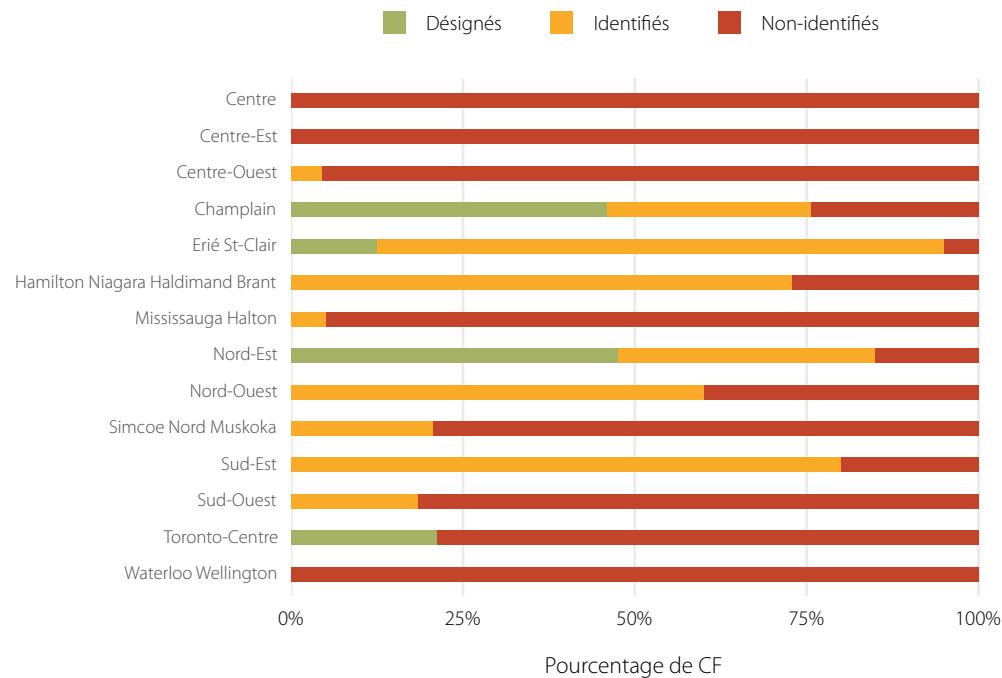
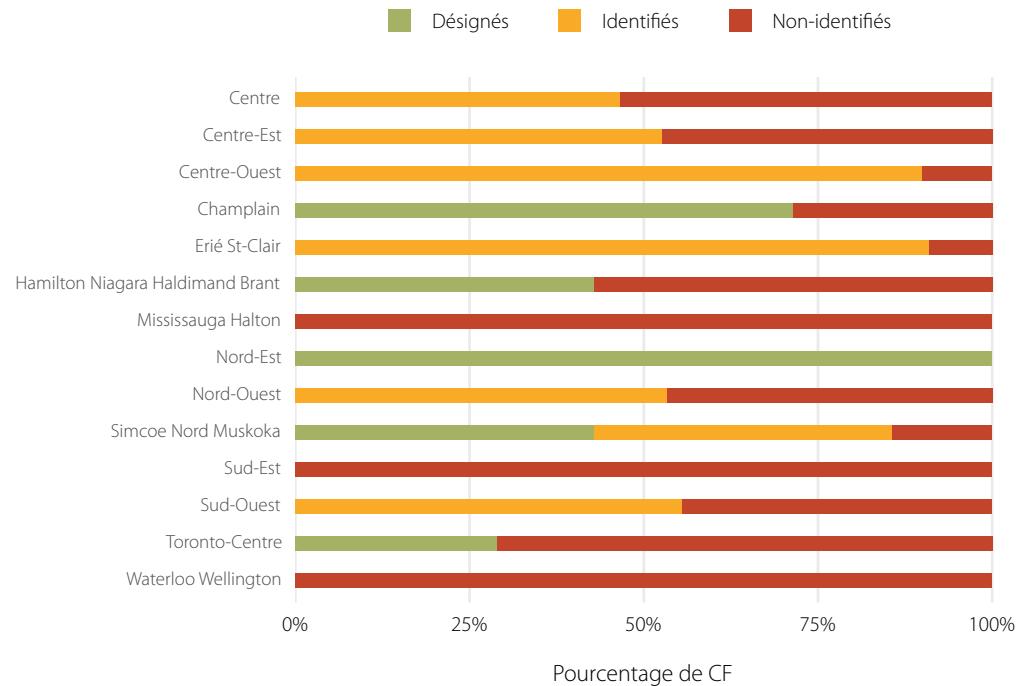


Figure 17: Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur des CSC



## 7 COMPLÉTION DES EXIGENCES DE DÉSIGNATION



Le taux moyen de complétiōn des 34 exigences de désignatiōn sert d'élément d'information pour les FSS désignés et identifiés.

- Concernant les FSS désignés, le taux de complétiōn moyen des exigences de désignatiōn fait observer comment la désignatiōn a été mise en œuvre ou maintenue au sein de l'organisation. Un niveau élevé de complétiōn des exigences reflète la probabilité d'une capacité effective.
- Quant aux FSS identifiés, le taux de complétiōn moyen des exigences de désignatiōn démontre l'état d'avancement vers la désignatiōn. Plus le taux de complétiōn est élevé, plus la demande de désignatiōn et, par

conséquent, l'acquisition d'une capacité effective en matière de prestation de SSEF est imminente.

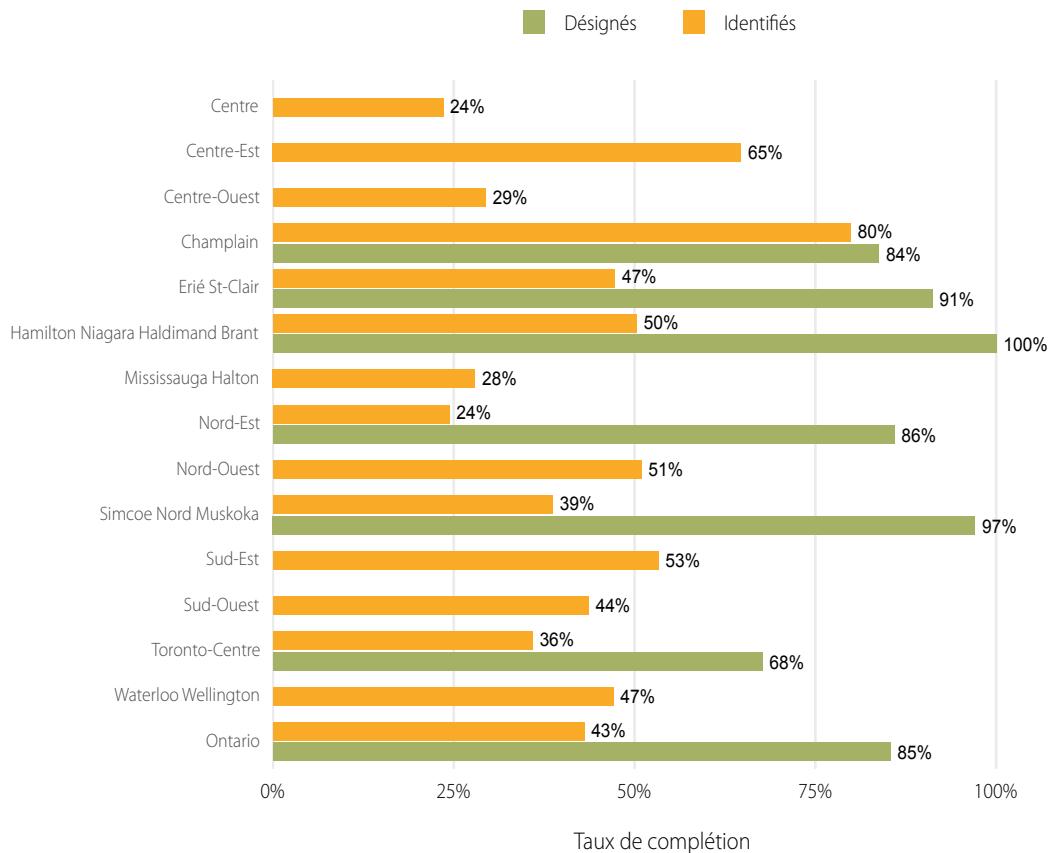
C'est la troisième année de collecte de données. Ainsi, la collecte de données sur plusieurs années nous permet de déterminer le niveau de complétiōn des FSS désignés et le rythme de progression vers la désignatiōn des FSS identifiés. La perspective ci-après présente d'abord l'état actuel de la complétiōn des exigences de la désignatiōn suivi d'une constatation de l'évolution de la complétiōn des exigences entre 2018-19 et 2019-20.

De plus, comme il s'agit d'une moyenne des taux, il convient de noter que certains FSS se situent à un taux très élevé, alors que d'autres

se situent à un taux très faible. Le nombre de FSS y joue aussi un rôle. Plus le nombre est petit, plus grand est l'impact de chacune des exigences sur la moyenne.

Comme le montre la figure 18, les FSS identifiés se situent généralement au premier niveau du processus de désignatiōn, affichant un taux de complétiōn moyen de 43%. Comparativement à l'année 2018-19, il s'agit d'une augmentation de 8%. Les FSS désignés présentent un taux de complétiōn moyen de 85 %. Comparativement à l'année 2018-19, il s'agit d'une progression de 10%.

Figure 18: Taux de complétiōn moyen des exigences de désignatiōn par niveau de responsabilité



La figure 19 montre la variation dans le taux de complétiōn par RLISS. Les deux dernières années ont été marquées par une progression en termes de complétiōn moyen des exigences de désignation, tant chez les FSS identifiés que chez les FSS désignés.

Chez les FSS identifiés, la progression du taux de complétiōn des exigences a été remarquée dans 11 RLISS, alors qu'une progression de plus de 15% a eu lieu dans 5 de ces RLISS. Cette progression témoigne d'une avancée chez les FSS visant à obtenir la désignation.

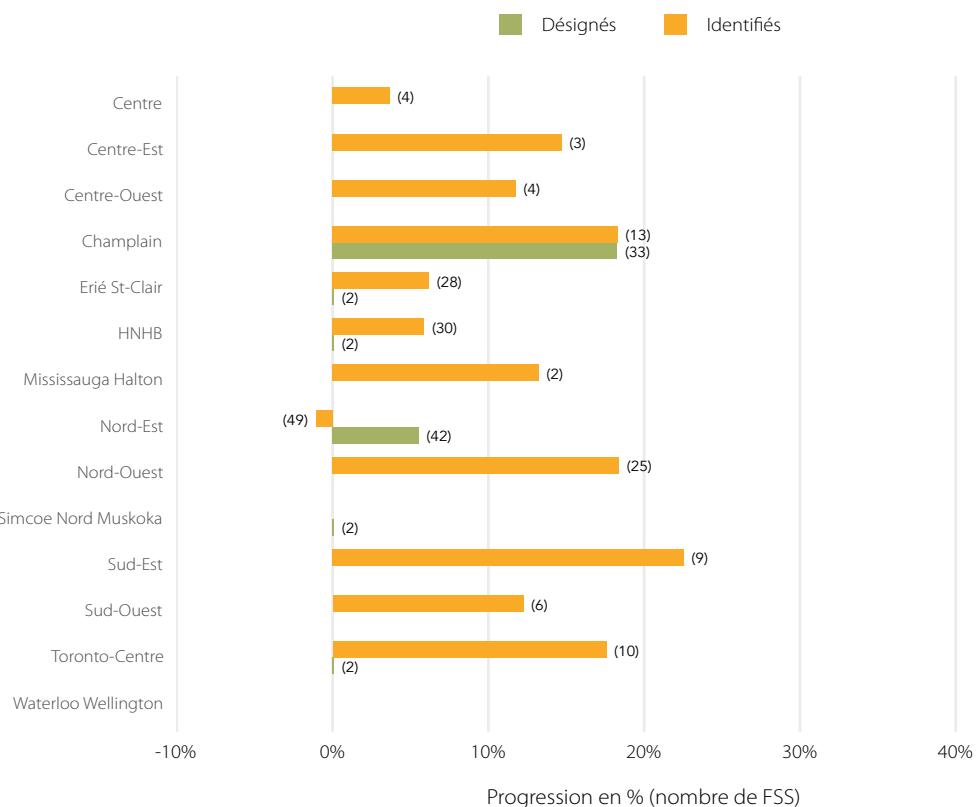
Chez les désignés, une progression a été observée dans 4 RLISS. Bien que ceci puisse témoigner d'un progrès, il faut noter que les FSS sont supposés avoir rempli toutes

les exigences au moment de l'obtention de la désignation

Il est possible que cette progression soit donc en partie attribuable à une amélioration progressive de la collecte de données. Pour les FSS précédemment désignés, le processus de déclaration de conformité mis en place en 2015 commence à prendre forme, ce qui pourrait avoir un impact sur cette progression.

La liste complète de taux de complétiōn moyen par RLISS figure à l'annexe 6.

Figure 19: Taux de changement de complétiōn moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité



Lorsque ces données sont distribuées par localités désignées et non-désignées (figures 20 et 21), nous remarquons que le taux de complétiōn moyen est plus élevé dans les localités non-désignées. Les FSS identifiés dans les localités non-désignées semblent plus avancés dans leur processus d'obtention de la désignation que ceux d'une localité désignée, et cela, dans la plupart des secteurs.

Rappelons qu'un FSS peut être désigné même s'il n'est pas situé dans une région désignée, puisqu'il peut fournir des services à une population francophone résidant dans une région désignée environnante.

Comparativement à l'année 2018-2019, il y a eu une progression dans le taux de complétiōn en général, et dans presque tous les secteurs individuellement, que ce soit dans les localités désignées ou non désignées.

Figure 20: Taux de complétiōn moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité et par secteur dans les localités désignées

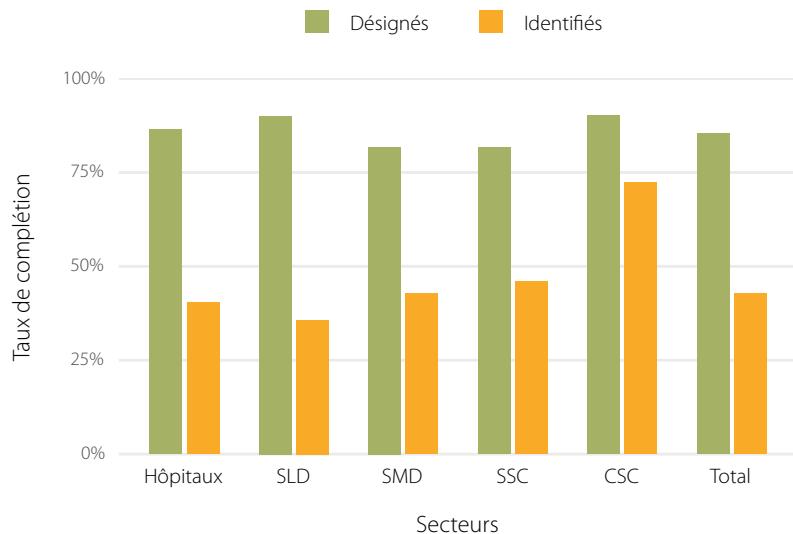


Figure 21: Taux de complétiōn moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité et par secteur dans les localités non-désignées

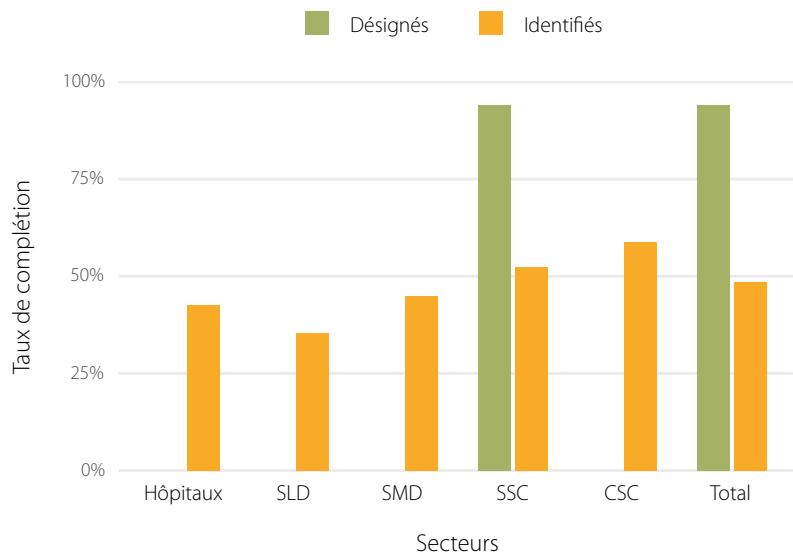


Tableau 11: Taux de conformité moyen aux exigences de désignation par secteur et localité

État de la localité	Niveau de responsabilité	Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Tous
Désignée	Désignée	86%	90%	82%	82%	90%	85%
	Identifiés	40%	36%	43%	46%	72%	43%
Non désignée	Désignée	0%	0%	0%	94%	0%	94%
	Identifiés	43%	35%	45%	52%	59%	48%

Dans la perspective de densité de la population francophone, on remarque que le taux de complétiōn chez les FSS désignés est plus élevé dans les régions à faible densité francophone, et ce, dans tous les secteurs. De même, les FSS identifiés dans les régions à faible densité francophone affichent, en général, un meilleur taux que leurs homologues. D'ailleurs, on remarque une croissance notable du taux de complétiōn moyen des exigences de désignation dans la région à faible densité francophone entre 2018-19 et 2019-20. Cette croissance a eu lieu chez les FSS désignés comme chez les identifiés.

Figure 22: Taux de complétiōn moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à faible densité

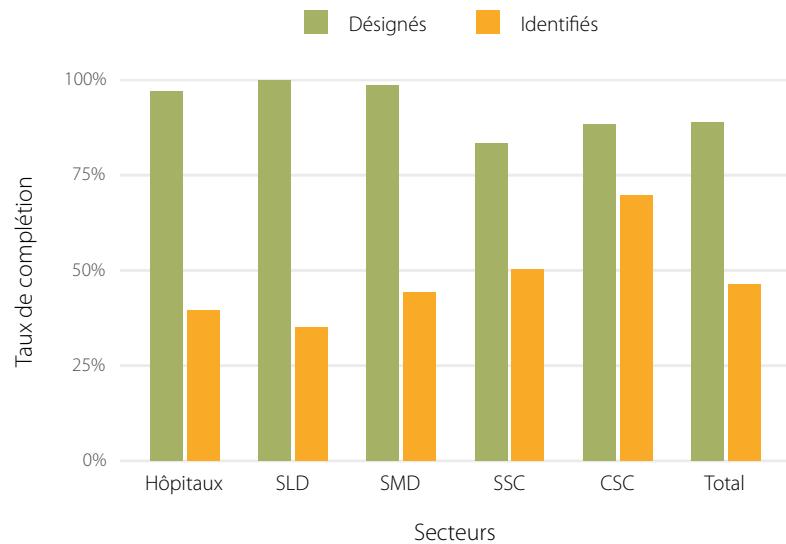


Figure 23: Taux de complétiōn moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à forte densité francophone

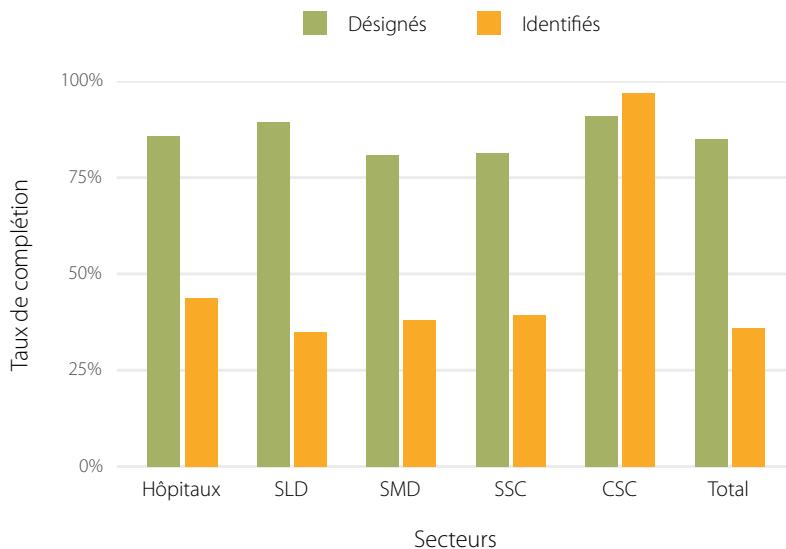
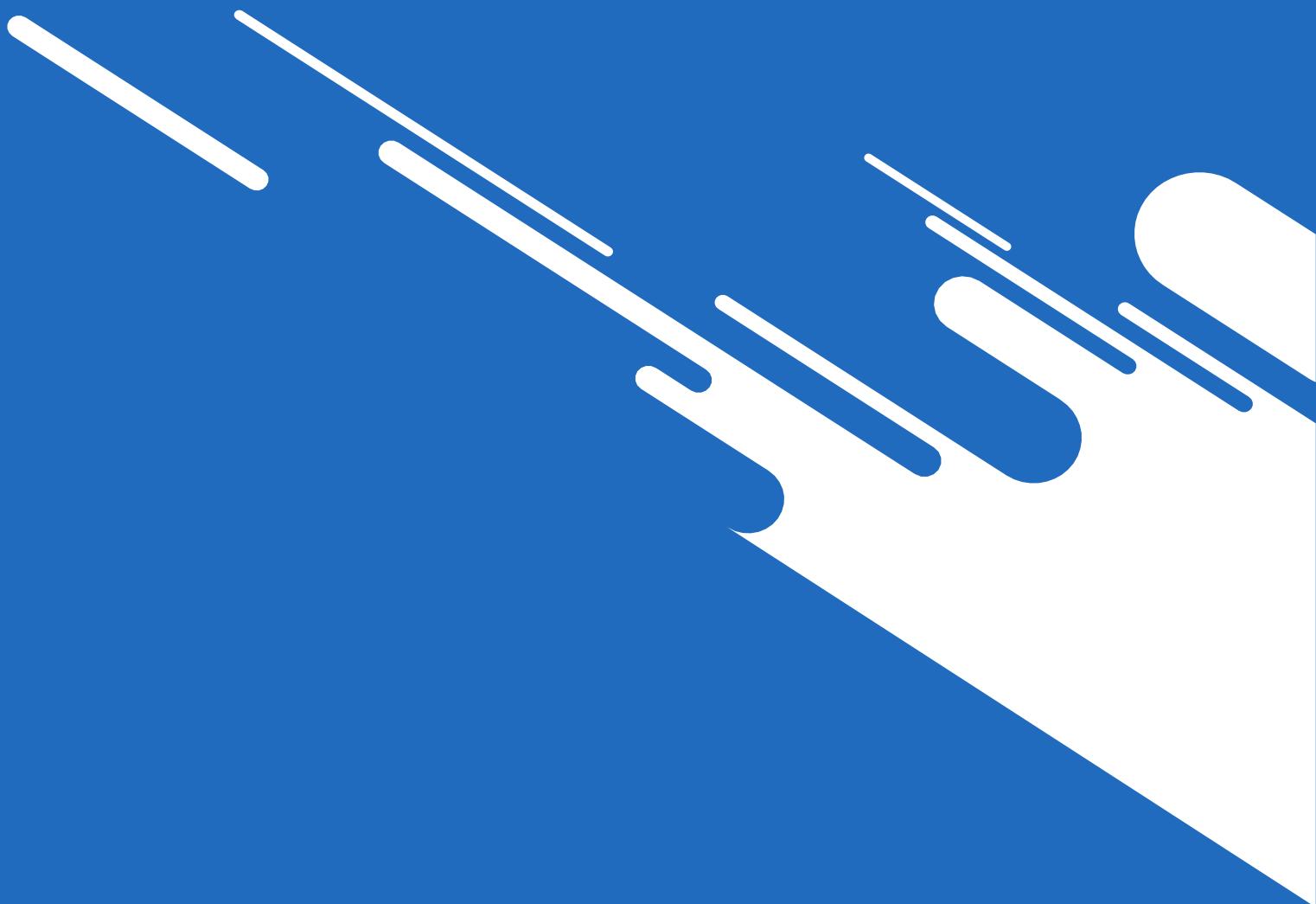


Tableau 12: Taux moyen de conformité aux exigences de désignation par région et secteur de densité francophone

Densité francophone		Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Total
Faible	FSS désignés	97%	100%	100%	83%	84%	88%
	FSS identifiés	29%	31%	34%	43%	46%	37%
Forte	FSS désignés	74%	76%	71%	81%	82%	74%
	FSS identifiés	44%	31%	41%	32%	0%	33%

# 8 RESSOURCES HUMAINES (RH)



Les RH ayant le bon niveau de compétence linguistique en français représentent l'essence même des SSEF. Les RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF sont celles qui ont un niveau de compétence avancé moins à un niveau supérieur (référence à l'annexe 7 pour consulter les définitions des niveaux de compétence). Aux fins du présent rapport, seules les RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF seront présentées. Pour obtenir une répartition complète des RH ayant des compétences en français, y compris celles qui se situent aux niveaux intermédiaire et élémentaire, voir l'annexe 8.

Dans cette perspective, il convient d'envisager d'autres mises en garde. Certains FSS désignés ont recours à des évaluations linguistiques formelles, mais la réalité en est que seule une minorité d'entre eux procèdent ainsi. En outre, les FSS ont déclaré toutes leurs RH ayant des compétences en français, et pas seulement celles qui fournissent des services directs. Une enquête et analyse plus poussée s'imposent afin de déterminer quelle proportion des RH est réellement en mesure d'offrir des services directs de santé en français.

À la figure 24, la répartition des RH par niveau de responsabilité démontre que la grande majorité des RH qui sont en mesure de fournir des SSEF relèvent de FSS désignés et identifiés. Il y a aussi un nombre appréciable de RH relevant de FSS non-identifiés, ce qui représente des occasions d'accroître la capacité.

Figure 24: Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité

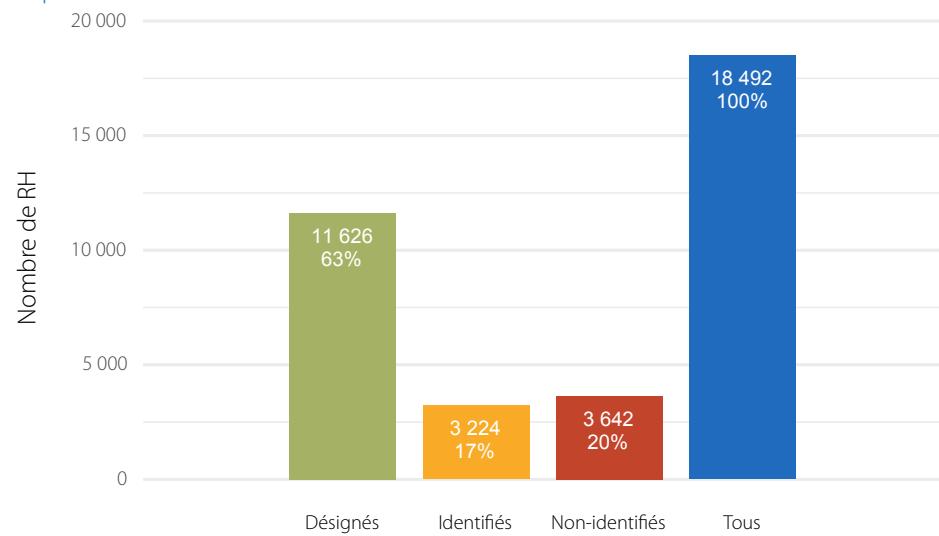


Figure 25: Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité

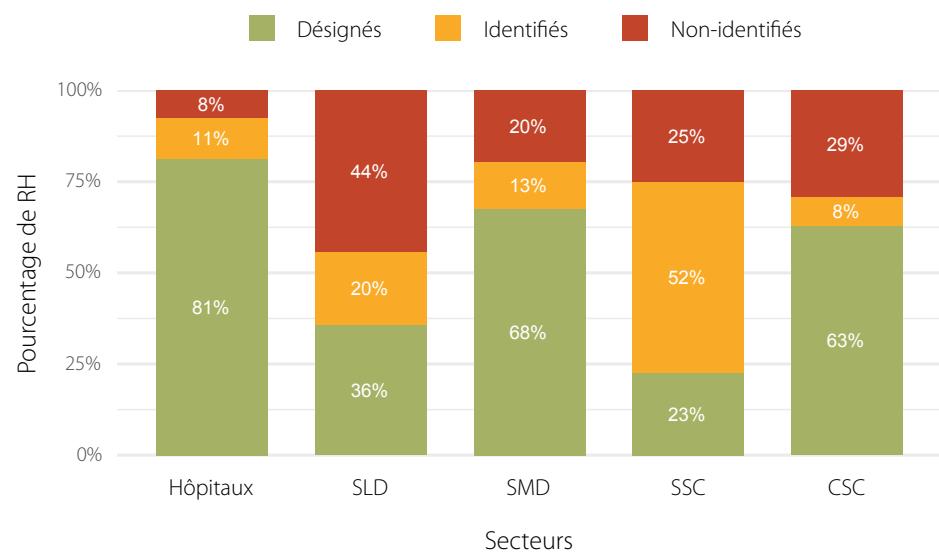


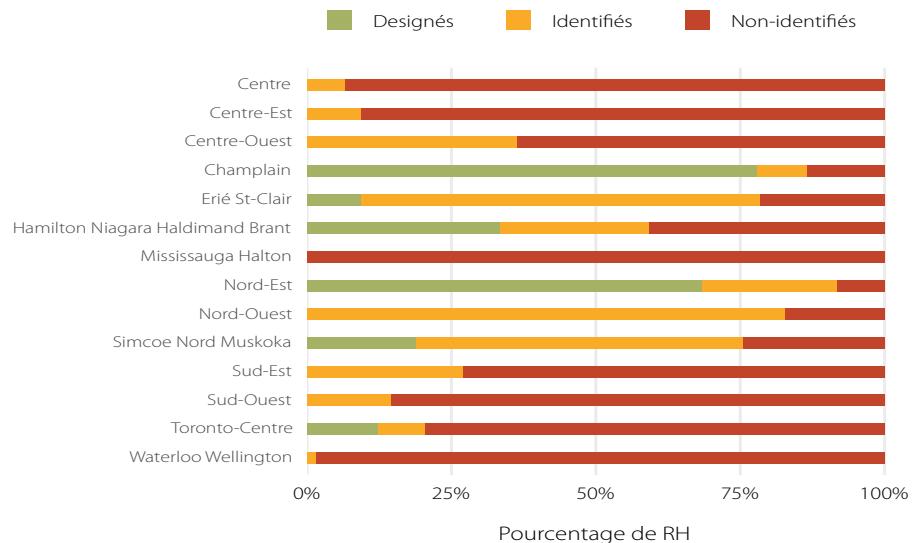
Tableau 13: Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité

Secteurs	Nombre de RH capables d'offrir les SSEF		
	FSS désignés	FSS identifiés	FSS non-identifiés
Hôpitaux	8212	1135	760
SLD	1519	844	1876
SMD	888	169	258
SSC	439	1005	484
CSC	568	71	264

Réparties par secteur, ces données montrent que les FSS désignés du secteur hospitalier représentent une proportion importante, tant en pourcentage (figure 25) qu'en nombre (tableau 13), des RH qui sont capables d'offrir des SSEF. Le secteur des SLD offre de meilleures possibilités d'améliorer la capacité, puisque ses FSS non-identifiés comportent le plus grand pourcentage et le plus grand nombre de RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF.

La figure 26 montre la proportion des RH capables d'offrir des SSEF par RLISS, alors que le tableau 14 présente les données en chiffres. Dans plus de la moitié des RLISS, la proportion la plus élevée de RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF provient des FSS non-identifiés. Cela laisse entrevoir des possibilités

Figure 26: Répartition au niveau des RLISS de RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité



d'améliorer la capacité de prestation de SSEF dans l'avenir.

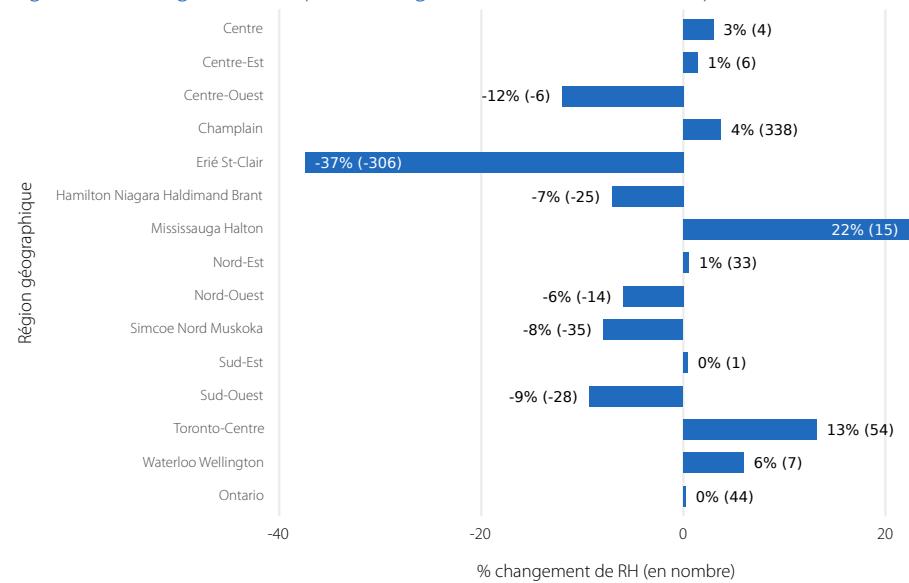
Tableau 14: Répartition au niveau des RLISS des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité

Régions géographique	Nombre de RH capables d'offrir les SSEF		
	Désignés	Identifiés	Non-identifiés
Centre	0	10	124
Centre-Est	0	41	380
Centre-Ouest	0	24	26
Champlain	7315	568	1211
Érié St. Clair	43	688	98
Hamilton Niagara Haldimand Brant	110	100	144
Mississauga Halton	0	0	67
Nord-Est	3914	1432	442
Simcoe Nord Muskoka	56	287	99
Nord-Ouest	0	168	69
Sud-Est	0	65	163
Sud-Ouest	0	79	222
Toronto-Centre	40	41	380
Waterloo Wellington	0	0	126

Par rapport à l'année précédente, le nombre des RH capables d'offrir les SSEF dans l'ensemble, est demeuré pratiquement stable au niveau provincial.

À la figure 27, nous observons qu'il y a eu une augmentation des RH capables d'offrir les SSEF dans certains RLISS, notamment dans le RLISS de Champlain. Cependant, la diminution des RH dans le RLISS d'Érié St-Clair est assez significative. Dans ces deux RLISS, la fluctuation s'explique par un FSS qui, dans chacun des cas, a rapporté un nombre de RH significativement différent de celui de la période précédente.

Figure 27: Changement, en pourcentage et en nombre des RH capables d'offrir des SSEF



## 9 RÉFLEXIONS APRÈS 3 ANS DE COLLECTE



## CONTEXTE HISTORIQUE

Avant le déploiement provincial du portail OZi, il y avait peu de données normalisées sur l'offre de services de santé en français (SSEF) au niveau provincial. Chaque RLISS organisait sa collecte de données sur les SSEF en utilisant un format qui lui était propre. Certains RLISS n'avaient aucune procédure de soumission du rapport de SSEF et, dans certaines régions, les FSS n'étaient pas tous tenus de soumettre un rapport. Le taux de soumission des rapports, ainsi que d'autres renseignements clés, tels que le taux de conformité aux exigences de désignation, n'étaient ni mesurés ni publiés. De plus, chaque RLISS avait son propre format de rapport à soumettre au MSSLD. Enfin, les données n'étaient pas compilées et diffusées à l'échelle de la province.

Le déploiement d'OZi auprès de tous les FSS financés par les RLISS avait comme objectif principal de rendre disponibles des données normalisées sur les SSEF à l'échelle provinciale. Au départ, le Réseau, en partenariat avec le MSSLD (à l'époque), a élaboré une série d'indicateurs pour mieux comprendre la capacité du système à offrir des SSEF. À partir de ces indicateurs, le Réseau a développé le cadre analytique et les outils logiciels pour collecter, extraire, compiler et analyser, de manière itérative, les données fournies par les FSS.

Après trois ans de collecte de données, l'objectif principal a

certainement été atteint. De plus, les données recueillies ont été utilisées pour identifier les possibilités d'améliorer les SSEF à travers la province. Elles continuent de servir dans le cadre d'une planification et une prise de décision éclairées en matière de SSEF. Depuis, le Réseau (aujourd'hui OZi) a publié près de 50 tableaux de bord et 50 rapports détaillés en anglais et en français, tant au niveau régional que provincial. Le présent rapport est l'un des résultats de cet effort.

## COLLECTE DE DONNÉES

Le résultat du processus de collecte de données dépend grandement de l'approche utilisée pour inviter les utilisateurs à fournir des données. Pour cette raison, une attention particulière a été accordée à la définition des rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans la soumission des rapports des SSEF. En outre, les besoins des utilisateurs

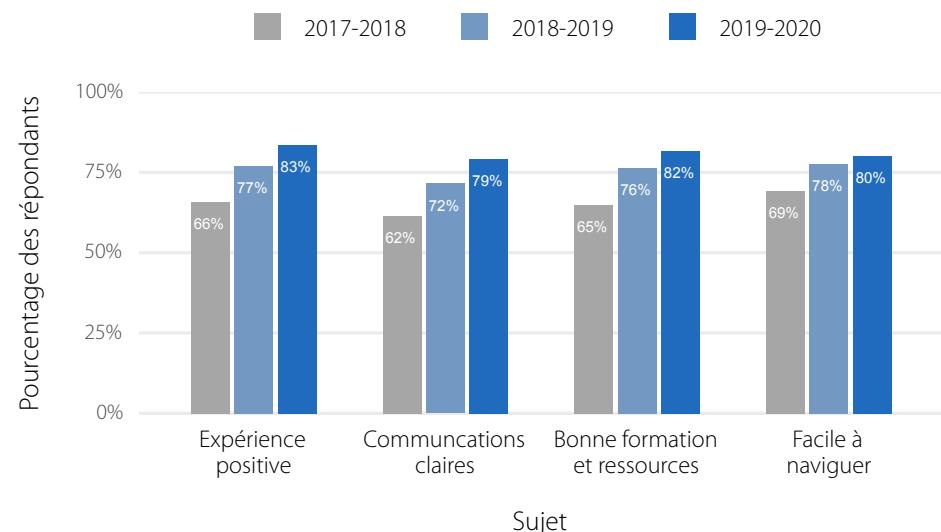
devaient être compris et pris en compte dans l'outil de collecte de données, afin d'assurer une expérience client positive.

À la fin de chaque période de collecte de données, le Réseau envoie un sondage anonyme à tous les utilisateurs inscrits afin de recueillir des commentaires sur leur expérience. Ces informations sont ensuite utilisées pour améliorer le processus, la communication et le logiciel.

Avec le déploiement d'OZi, l'approche adoptée peut être considérée comme un succès, le taux de soumission des rapports étant compris entre 94% et 96% pour les trois années. Les facteurs suivants ont contribué à ce succès:

- Le service en ligne : en rendant accessible le logiciel sur tout ordinateur connecté à Internet, il a favorisé l'accès en permanence aux outils nécessaires pour compléter et déposer le rapport annuel. À cela s'ajoutent une interface

Figure 28: Pourcentage de répondants au sondage qui sont d'accord ou fortement d'accord avec les sujets concernant OZi, par période



utilisateur conviviale, des didacticiels en ligne, des vidéos de formation et une ligne d'assistance téléphonique adaptée aux besoins des utilisateurs. Tous ces éléments ont contribué à la satisfaction globale des utilisateurs du portail OZi (Figure 28).

- La collaboration des parties prenantes : la coordination des efforts de communication a permis de s'assurer que les messages entourant le rapportage sur les SSEF étaient positifs et cohérents. La figure 28 montre le niveau de satisfaction par rapport à la communication.
- L'amélioration continue du portail : au fil des années, un certain nombre d'améliorations ont été apportées au portail pour simplifier le flux du travail des utilisateurs, et par la même occasion, les aider davantage dans leurs tâches. Cela a également eu pour effet de garder les utilisateurs engagés.

En prévision d'études plus approfondies, certains défis liés à la collecte de données méritent d'être mentionnés. Ces défis résident principalement dans les processus et la normalisation des données sur les SSEF. En voici quelques exemples:

- Les données auto-déclarées : certaines des données collectées sont auto-déclarées par les FSS et ne sont pas minutieusement vérifiées. Bien qu'une procédure de validation de données soit en place, elle ne

déetecte pas toutes les anomalies. Cette validation vise à garantir que les données sont plausibles. Elle est complétée par une procédure de demande de vérification et de correction des anomalies si nécessaire.

- La standardisation des mesures : l'une des dimensions utilisées dans l'analyse est le continuum de soins. Cette dimension est abordée de deux manières: à un niveau supérieur, le secteur de soins est utilisé, et à un niveau plus granulaire, la liste des centres fonctionnels financés est utilisée. Dans certains cas, cependant, il y a une discordance entre ces deux mesures. En outre, l'utilisation des centres fonctionnels évolue en permanence, et cette évolution n'est pas concordante chez tous les FSS. Cette évolution peut donner lieu à des fluctuations dans les résultats attribuables aux pratiques de comptabilisation plutôt qu'à des changements dans l'offre de SSEF.
- Les services identifiés pour la désignation : lorsqu'une organisation est identifiée ou partiellement désignée, les intervenants ne comprennent pas tous bien quels services doivent être inclus dans une désignation future. Cette situation peut également se produire lors de fusions entre des FSS ayant différents niveaux de responsabilité. Cette situation découle de certaines ambiguïtés dans les procédures

et la réglementation en matière des FSS identifiés. Par conséquent, le continuum de soins présenté au niveau des FSS identifiés peut ne pas être tout à fait exact.

Malgré ces défis, l'objectif de recueillir des données à l'échelle de la province concernant les SSEF a été atteint. De plus, ces données ont permis de dresser un portrait de la capacité en matière d'offre de SSEF aux niveaux provincial, régional et local. Les connaissances issues de cet effort sont devenues très précieuses, comme on pourra le constater dans la prochaine section.

## RÉSULTATS

Comme mentionné précédemment dans ce rapport, il est nécessaire de mettre en évidence certains facteurs qui peuvent avoir un impact sur les résultats au fil du temps, afin de bien comparer les résultats entre les trois années de collecte et d'analyse.

Premièrement, au fur et à mesure que les FSS et les RLISS acquièrent une compréhension plus approfondie des mesures et que les pratiques deviennent de plus en plus normalisées, on peut s'attendre à ce que les procédures utilisées au sein des organisations s'améliorent. Ainsi, l'exactitude des données rapportées devrait s'améliorer avec le temps.

Deuxièmement, à la suite de la rétroaction des utilisateurs par l'entremise des sondages d'évaluation, certaines modifications ont été apportées au portail et aux ressources qui l'accompagnent. Ces changements

ont été faits dans le but d'améliorer l'expérience utilisateur et l'exactitude des données. Ils ont peut-être également influencé la façon dont les utilisateurs naviguent dans le système et répondent aux questions.

Ces deux facteurs sont de nature à influencer l'appropriation des concepts et des outils liés aux SSEF par les FSS. Cette appropriation est illustrée par l'évolution du niveau d'aide dont les utilisateurs ont eu besoin. La figure 29 montre la diminution de l'aide externe offerte par les RLISS, les entités et OZi pour terminer l'exercice de collecte de données.

L'accroissement du niveau d'appropriation des concepts peut aussi s'observer en examinant les tendances des SSEF. Ainsi, lors de l'analyse des données collectées sur 3 ans, nous avons constaté ce qui suit :

- En ce qui concerne les 34 exigences de désignation, il y a eu une amélioration de la conformité en général (Figure 30). Pour les FSS identifiés, cela signifie essentiellement qu'ils ont pris des mesures pour se conformer aux exigences et pour progresser vers la désignation. Pour les FSS désignés, cela signifie qu'ils ont acquis une conscience accrue de leurs obligations en matière de SSEF et qu'ils améliorent leurs pratiques et leur capacité à rester conformes. Veuillez noter que de nombreux FSS ont été désignés dans les premiers jours de la LSF avant l'élaboration des exigences

Figure 29: Pourcentage de répondants ayant besoin d'aide pour remplir le rapport SSEF, par source et par période de rapport

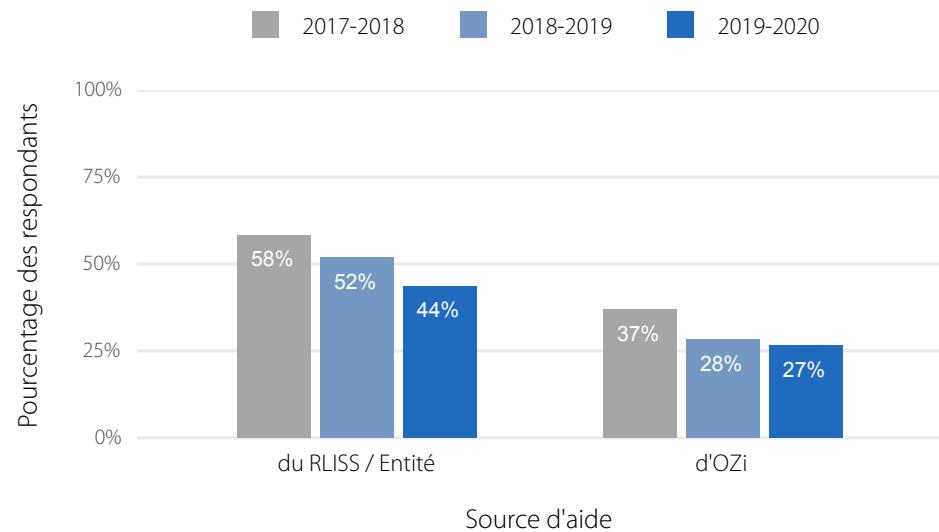
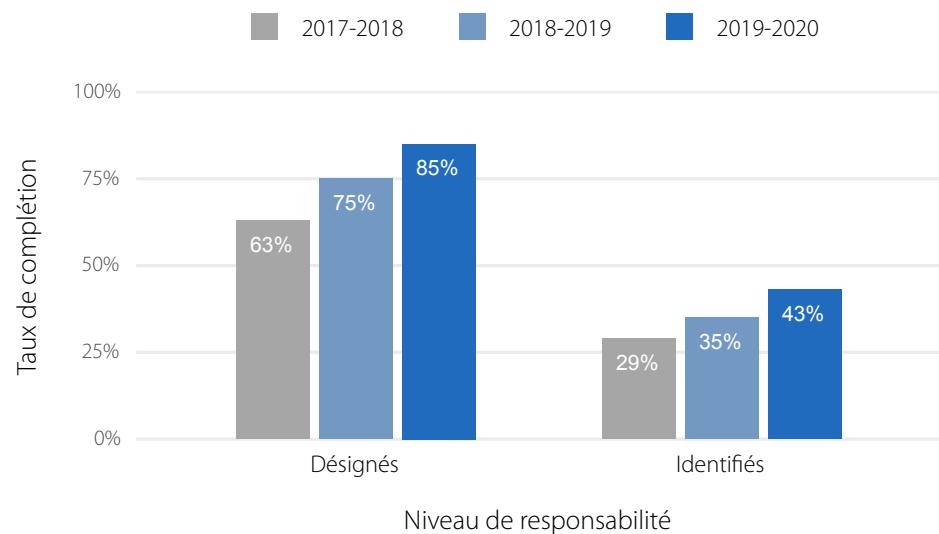


Figure 30: Taux moyen de compléTION des exigences de désignation par niveau de responsabilité et par période



actuelles. Compte tenu de la nature des 34 exigences de désignation, cet avancement devrait se traduire par un meilleur accès aux SSEF pour les francophones.

- Il y a eu une augmentation du niveau de responsabilisation des FSS, comme en témoigne le nombre d'organisations identifiées et désignées (Figure

31). En conséquence, il y a moins de localités désignées sans FSS désignés ou identifiés dans un secteur donné. Il s'agit d'une étape positive dans le développement de l'offre de SSEF dans les régions désignées et dans la réduction de l'écart de service en matière de SSEF.

- Le bassin de ressources humaines capables d'offrir des

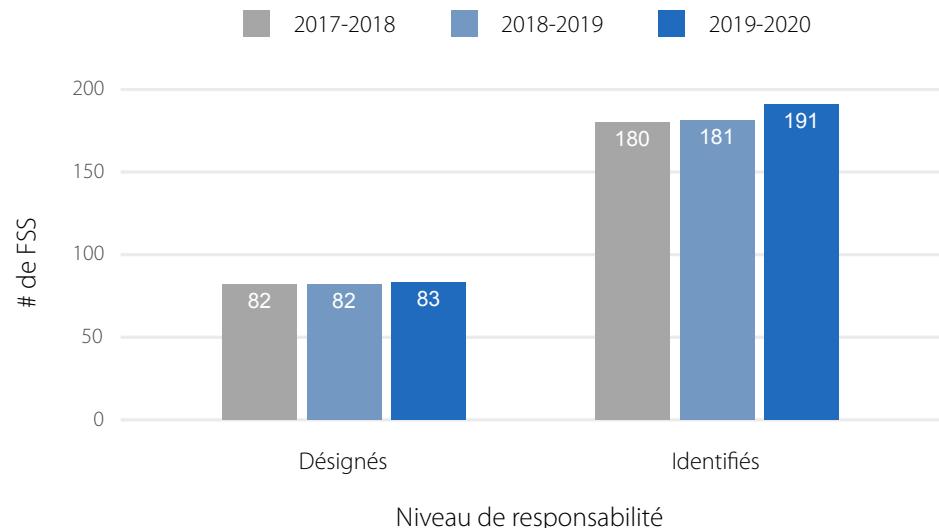
SSEF est resté assez stable au cours des deux dernières années ; 20% de ces RH œuvrent d'ailleurs au sein de FSS non identifiés (voir Figure 24, plus haut). Cela signifie que même s'il y a peu de mouvements en nombre, il existe encore de nombreuses opportunités au sein des FSS non-identifiés. Les opportunités les plus importantes se trouvent dans le secteur des SLD, où près de la moitié des RH ayant une maîtrise du français œuvrent dans des FSS non-identifiés.

À partir de l'analyse des sondages de satisfaction OZi, des questionnaires sur l'utilisation des données et des journaux d'accès au système, de nombreuses indications confirment l'utilité des données collectées via OZi. De nombreux utilisateurs ont noté que l'outil et les données leur étaient utiles. Les parties prenantes responsables des SSEF consultent OZi de façon quotidienne. Les Entités utilisent les données collectées régulièrement pour soutenir les FSS tout au long de leur processus de désignation. Bien qu'on ne soit pas encore en mesure de démontrer que l'accès aux données en matière de SSEF et à leurs indicateurs véhiculés via OZi a amélioré l'offre de SSEF, on ne peut nier l'effet catalyseur d'OZi.

Malgré ces résultats positifs, il est important de noter que de nombreux domaines relatifs aux SSEF continuent de nécessiter une certaine attention. En voici quelques exemples :

- Au niveau régional, la moitié des RLISS n'ont pas de FSS

Figure 31: Nombre de FSS par niveau de responsabilité et par période



désignés. Seuls deux RLISS ont des FSS désignés dans chaque secteur de soins.

- Au niveau local, 23 des 37 localités désignées ont au moins un secteur de soins qui n'a pas de FSS ayant une obligation envers les SSEF. 10 de ces localités ont cette même lacune dans au moins 3 secteurs de soins.
- Il existe des zones mortes dans des zones géographiques importantes où aucun FSS n'a d'obligation envers les SSEF. Ces zones mortes se situent entre Scarborough et Kingston, ainsi que dans et autour de la région du RLISS de Waterloo Wellington.
- En ce qui concerne l'obligation d'offrir des SSEF, le secteur des SLD est le moins bien loti, tant en nombre de FSS qu'au niveau du continuum de soins. Le secteur des SLD reste le secteur ayant la plus faible proportion de FSS identifiés et désignés par

rapport aux autres secteurs. Cependant, si l'on considère le nombre élevé de RH ayant une maîtrise adéquate du français, le secteur des SLD a le plus grand potentiel d'amélioration en ce qui concerne les SSEF.

## AVENIR

Dans un avenir rapproché, quelques éléments du modèle de prestation de services de santé pourraient remettre en question la conception actuelle de la capacité en matière de SSEF. Dans tous les cas, le modèle de données et le cadre analytique doivent être revus et adaptés pour mieux refléter la constante évolution de la réalité.

Premièrement, le système de santé de l'Ontario est en pleine transformation. Sur le terrain, cette transformation modifiera probablement la coordination des soins entre les FSS grâce à la promotion des équipes Santé Ontario (ESO), ce qui pourrait aussi avoir un effet sur la façon dont les

SSEF sont fournis et coordonnés. Cette transformation affectera aussi probablement la dynamique des décisions en matière de SSEF. Il serait donc important de s'assurer que les nouveaux acteurs clés du système disposent de l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées en ce qui a trait aux SSEF. Il serait aussi nécessaire de maintenir à jour les données sur ces services afin d'assurer une amélioration continue de l'accès aux SSEF et de la capacité en matière de SSEF tout au long de la transformation.

Deuxièmement, il y a eu une consolidation lente mais constante des FSS par le biais des fusions ou des acquisitions. Cela a été observé dans OZi par le nombre décroissant de FSS chaque année. Avec le temps, cela peut brouiller davantage la frontière entre les différents niveaux de responsabilité (de non-identifié à désigné) au niveau organisationnel, à mesure que les organisations s'agrandissent. Ceci peut avoir un impact sur le modèle de prestation des SSEF.

Enfin, l'offre de certains services de santé a évolué de façon constante, passant de la prestation de services en personne à l'utilisation de mécanismes de prestation de services virtuels axés sur la technologie. Ce changement a été exacerbé par la crise actuelle de la COVID-19 en raison des restrictions entourant les contacts en personne. Ceci, combiné à l'automatisation de nombreux outils de navigation et de réservation en ligne, pourrait permettre d'offrir des SSEF aux francophones des

régions éloignées. À l'inverse, cela peut également constituer un défi pour ceux qui sont privés d'outils et de connaissances technologiques. Néanmoins, l'offre de certains services de santé en ligne finira par s'étendre au-delà des zones géographiques et aura un impact sur le continuum de soins. Celle-ci devrait donc être incluse dans la modélisation des SSEF.

Il convient de noter que la collecte de données OZi est limitée aux services financés par le RLISS. Cela couvre une partie importante mais incomplète du continuum de soins. Afin de donner une vision complète de l'offre de SSEF, la collecte de données devrait être étendue aux autres secteurs importants, tels que les soins primaires.

# 10 CONCLUSION



Avant l'instauration d'OZi, l'information concernant l'offre de services de santé en français était peu accessible et non standardisée. Pour une troisième année, le présent rapport a été établi grâce aux données colligées à l'aide du portail OZi sur la capacité de SSEF des FSS financés par les RLISS. Le système de soins de santé de l'Ontario peut utiliser ces données probantes pour guider la prise de décision sur la santé de la population francophone.

La période 2019-2020 a été marquée par l'appropriation des outils de mesure et l'amélioration des méthodes de collecte de données, et ce à tous les niveaux. Cela a contribué à une amélioration générale de la qualité des données collectées, ainsi que des pratiques organisationnelles propices à l'offre de SSEF. Cependant, il y a encore des améliorations à faire dans certains domaines.

Les résultats ont été analysés en fonction de quatre perspectives : la répartition des FSS, le continuum de soins

## INÉGALITÉ DE LA RÉPARTITION DES FSS DÉSIGNÉS

L'analyse de la répartition géographique des FSS désignés a révélé que l'accès aux SSEF peut être difficile dans de nombreuses régions et localités, et ce malgré le fait que certaines de ces zones géographiques soient désignées.

- Au niveau régional, la moitié des RLISS n'ont aucun FSS

désigné. En plus, seuls deux RLISS comptent des FSS désignés dans chaque secteur de soins.

- Au niveau local, 23 des 37 localités désignées ont au moins un secteur de soins dans lequel aucun FSS n'a d'obligation envers les SSEF. En plus, 10 de ces zones locales ont cette même lacune dans au moins 3 secteurs de soins. Il convient de noter qu'il s'agit d'une amélioration par rapport à l'année dernière, vu l'augmentation du nombre de FSS identifiés dans ces localités.
- Il existe des zones mortes étalées sur de larges zones géographiques où aucun FSS n'a d'obligation à l'égard des SSEF. Ces zones mortes sont situées entre Scarborough et Kingston, ainsi que dans la région du RLISS de Waterloo Wellington et ses environs.

## DISPARITÉS DANS LE CONTINUUM DE SOINS

En matière de responsabilité à l'égard des SSEF, le secteur des SLD est le moins bien loti, tant en nombre que sur l'étendue du continuum de services. Le secteur des SLD demeure le secteur ayant la plus faible proportion de FSS identifiés et désignés comparativement aux autres secteurs. Par ailleurs, lorsqu'on considère le nombre élevé de RH ayant des compétences linguistiques en français qui y travaillent, le secteur des SLD s'avère être celui qui a le plus grand potentiel

d'amélioration en matière d'offre de SSEF.

Au niveau régional, c'est dans les secteurs des SLD et des SSC que l'on trouve souvent les FSS qui n'ont pas d'obligation à l'égard des SSEF. De plus, lorsque des FSS identifiés ou désignés sont présents, souvent ils ne couvrent qu'une petite proportion du continuum de soins dans un RLISS donné.

## AMÉLIORATION DE LA CONFORMITÉ AUX EXIGENCES DE DÉSIGNATION

Au cours des deux dernières années, il y a eu une augmentation notable et régulière du taux de conformité aux exigences de désignation, et ce, dans la plupart des secteurs. Cette augmentation d'une année à l'autre – qui a varié entre 12% et 19% – indique aussi un certain progrès dans l'offre de SSEF chez les FSS ayant cette obligation.

Par ailleurs, nous avons aussi observé que les FSS identifiés œuvrant dans les localités non désignées rapportent un progrès plus important dans le processus de désignation que ceux des localités désignées.

## NOMBRE CONSTANT DE RESSOURCES HUMAINES (RH) CAPABLES D'OFFRIR DES SSEF

Par rapport à l'année précédente, on constate peu de changement dans le nombre total de RH capables d'offrir des SSEF. Ceci est le cas pour tous les niveaux de responsabilité et tous les RLISS, à quelques exceptions près qui pourraient être expliquées par des anomalies dans le rapportage. Cela peut suggérer qu'à court terme, les opportunités d'améliorer l'offre de SSEF résident principalement dans le recours aux RH ayant des compétences en français qui ne sont pas impliquées dans l'offre de SSEF au sein des FSS qui les emploient.

## PERSPECTIVES D'AVENIR

Grâce à l'introduction d'indicateurs de performance, OZi a pu démontrer des progrès mesurables dans les comportements organisationnels en ce qui concerne les exigences de désignation. À l'avenir, il sera intéressant de voir l'impact mesurable que cela aura sur l'offre de SSEF. Une hausse de l'adoption d'OZi par divers acteurs de la santé a également été observée, alors qu'OZi devient un outil de référence pour rendre compte des SSEF. En effet, la qualité des données s'est améliorée en même temps qu'augmentait l'appropriation de l'outil au cours des trois dernières années.

Le système de santé de l'Ontario est en pleine transformation. Cette transformation affectera probablement aussi la dynamique de prise des décisions en matière de SSEF compte tenu de la mise en place des équipes Santé Ontario et de l'Agence Santé Ontario. Il serait donc important de s'assurer que les nouveaux décideurs disposent des données requises pour prendre des décisions éclairées en ce qui concerne les SSEF. Le maintien des données actuelles sur les SSEF et l'adaptation du processus de responsabilisation à la nouvelle structure seront essentiels pour continuer d'améliorer l'accès aux SSEF ainsi que la capacité du système en matière de SSEF, à la fois lors de la période de transformation et après celle-ci.

Avec cette transformation, il est également reconnu que le secteur des SLD a besoin d'une attention particulière pour relever les défis propres à ce secteur. Le secteur des SLD étant celui ayant le plus grand potentiel d'amélioration, OZi pourrait mesurer l'impact de cette réorganisation sur les SSEF. Les tendances initiales démontrent qu'il est utile d'investir dans le processus de désignation. L'identification des FSS pour une désignation future est la première étape de ce processus, et les localités désignées avec moins de SSEF pourraient en bénéficier. De plus, certaines localités non désignées remplissent les conditions requises pour devenir désignées. Ainsi, les données collectées via OZi peuvent également être utilisées pour identifier les localités et les FSS susceptibles de connaître une grande amélioration de leur

offre de SSEF, s'ils devenaient désignés.

Au cours des trois dernières années, OZi a fourni des données de base sur l'état des SSEF à différents niveaux, ainsi que quelques tendances préliminaires. À long terme, OZi a le potentiel de mesurer l'impact des changements de politiques sur les SSEF.

# ANNEXES



## ANNEXE 1

### ACRONYMES, ABRÉVIATIONS ET GLOSSAIRE DES TERMES

#### ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

CSC : Centres de santé communautaire  
Entités : Entités de planification des services de santé en français  
FSS : Fournisseur de services de santé  
*LSF* : *Loi sur les services en français*  
MAFO : Ministère des Affaires francophones de l'Ontario  
MS : Ministère de la santé  
MSLD : Ministère des soins de longue durée  
MSSLD : Anciennement, le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
RH : Ressources humaines  
RLISS : Réseau local d'intégration des services de santé  
SEF : Services en français  
SLD : Soins de longue durée  
SMD : Santé mentale et dépendance  
SSC : Services de soutien communautaire  
SSEF : Services de santé en français

#### GLOSSAIRE DE TERMES

**Attestation de conformité :** Les FSS désignés doivent soumettre une attestation de conformité au MAFO tous les trois ans afin de démontrer qu'ils se conforment toujours aux 34 exigences en matière de désignation.

**Capacité en matière de SSEF :** La capacité peut être définie comme l'aptitude d'offrir les SSEF de façon à assurer que les services financés par le RLISS répondent aux besoins de la population francophone locale. Au niveau du RLISS, la capacité est garantie par une répartition adéquate des responsabilités à l'égard des SSEF. Au niveau du FSS, la capacité est assurée grâce à des RH suffisantes et à un niveau adéquat de maîtrise de la langue française («niveau avancé moins», «niveau avancé», «niveau avancé plus» et «niveau supérieur»). Aux fins du présent rapport, les FSS désignés sont considérés comme ayant une capacité effective en SSEF, tandis que les FSS identifiés sont considérés comme ayant une certaine capacité qui devrait être développée grâce au processus de la désignation. Les FSS non-identifiés ne sont pas considérés comme ayant la capacité d'offrir les SSEF, bien qu'ils puissent avoir des RH avec des niveaux de compétence différents. Les RH avec les niveaux «Avancé moins», «Avancé», «Avancé plus» et «Supérieur» sont considérées comme ayant une capacité effective à offrir les SSEF, tandis que les RH ayant un niveau de compétence «Intermédiaire» sont considérées comme ayant une capacité potentielle qui pourrait être développée grâce à la formation linguistique. Les RH ayant le

niveau de compétence «Élémentaire» sont considérées comme ayant une capacité limitée à offrir les services en français.

**Capacité limitée :** Aux fins du présent rapport, les membres du personnel ayant un niveau de compétence «élémentaire» en français, sont considérés comme ayant une capacité limitée à offrir les SSEF. Bien que cette capacité puisse être améliorée à l'aide d'une formation linguistique en français, présentement cette catégorie de RH ne contribue pas de manière significative, à la capacité de SSEF des fournisseurs des services de santé.

**Capacité réelle :** Selon les critères de désignation, les membres du personnel ayant l'un des niveaux de compétence en français suivants sont jugés capables d'offrir les services en français et peuvent occuper des postes désignés bilingues: «Avancé moins», «Avancé», «Avancé plus» ou «Supérieur». La présence des RH possédant ces niveaux de compétence correspond donc à la capacité réelle du fournisseur des services de santé à offrir les SSEF.

**Capacité potentielle :** Aux fins du présent rapport, les membres du personnel ayant un niveau de compétence «intermédiaire» en français, sont considérés comme ayant la capacité potentielle d'offrir des SSEF. Cette capacité pourrait être développée grâce à une formation linguistique en français.

**Continuum de soins :** Le continuum de soins est composé de différentes composantes du système de soins de santé structurées de manière à ce qu'un patient ou un client puisse être soigné sans interruption ou rupture des services. En Ontario, le

continuum de soins comprend les secteurs de soins suivants: hôpitaux, services de santé mentale et de dépendance, soins de longue durée, centres de santé communautaires et services de soutien communautaires.

**Compétence linguistique en français :** La compétence linguistique d'un employé est déterminée par l'évaluation linguistique effectuée par une firme accréditée. Selon le gouvernement de l'Ontario, le personnel peut être classé selon sept niveaux de compétence orale et écrite (ou profils linguistiques): «Aucune compétence» (non répertorié dans le présent rapport) «Élémentaire», «Intermédiaire», «Avancé moins», «Avancé», «Avancé Plus» et «Supérieur». Les employés ayant les niveaux de compétence suivants sont considérés comme capables de fournir les SSEF: «Avancé moins», «Avancé», «Avancé Plus» et «Supérieur». Une description détaillée de chaque profil linguistique est disponible à l'Annexe 2.

**Définition inclusive de francophone (DIF) :** Définition utilisée par le gouvernement de l'Ontario pour identifier la population francophone. Selon cette définition, les francophones sont les personnes de langue maternelle française et celles dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, mais qui ont une connaissance particulière du français comme langue officielle et qui utilisent le français à la maison.

**Désignation :** Une procédure juridique et administrative qui suit les règles et procédures prescrites par la *Loi sur les services en français*, le Règlement de l'Ontario 398/93 et les directives du MAFO. Cette procédure fournit un cadre législatif et réglementaire qui permet aux FSS de démontrer qu'ils ont la capacité de fournir des SEF sur une base permanente tout en répondant aux besoins spécifiques de la population francophone qu'ils desservent.

**Entité de planification :** Les entités de planification de la santé en français (parfois désignées dans le présent rapport sous le nom d'entités ou d'entités de planification) ont été établies en vertu du Règlement de l'Ontario 515/09 sur la participation de la communauté francophone. Les entités ont la responsabilité de conseiller les RLISS sur les SSEF, notamment en collaborant avec la communauté francophone locale. Il existe actuellement 6 entités de planification en Ontario.

**Exigences de désignation :** Pour être désignés, les fournisseurs de services de santé doivent se conformer aux 34 exigences établies par le MAFO. Ces exigences sont basées sur les cinq critères suivants :

- l'agence doit offrir des services de qualité en français sur une base permanente;
- garantie par des employés ayant des compétences linguistiques requises en français; l'accès aux services doit être garanti et suivre le principe de l'offre active;
- les dispositions relatives à la représentation effective des francophones au conseil d'administration et à ses comités

sont incluses dans les règlements administratifs et doivent refléter la proportion de la population francophone au sein de la communauté desservie;

- l'équipe de direction doit avoir une représentation effective des francophones;
- le conseil d'administration et l'équipe de la haute direction doivent être responsables de la qualité des services en français.

**FSS désignés :** En vertu de la *Loi sur les services en français*, les fournisseurs de services de santé désignés ont l'obligation de fournir des services en français sur une base garantie et permanente, conformément aux 34 exigences de désignation. (Cette obligation ne s'applique qu'aux services pour lesquels le fournisseur est désigné). Les FSS désignés doivent également soumettre une attestation de conformité au Ministère des affaires francophones (MAFO) tous les trois ans pour démontrer qu'ils respectent toujours les exigences en matière de désignation. Aux fins du présent rapport, un FSS désigné est considéré comme ayant la pleine capacité d'offrir les services de santé en français. Cependant, un FSS peut être désigné partiellement. Une désignation partielle a lieu quand un règlement désignant un organisme de services publics limite la désignation, soit en ne visant que certains services fournis par l'organisme, soit en précisant les services qui sont exclus de la désignation.

**FSS identifiés :** Les FSS identifiés ont été amenés à viser la désignation en vertu de la . En outre, ils ont la responsabilité d'élaborer un plan de SEF et de fournir des SEF conformément à la capacité actuelle en matière de SSEF. Aux fins du présent rapport, les FSS identifiés sont considérés comme ayant une certaine capacité de fournir des SSEF; le processus de désignation vise à renforcer cette capacité.

**FSS non-identifiés :** Les FSS non-identifiés ne sont ni identifiés pour la désignation ni désignés en vertu de la *Loi sur les services en français*. Bien qu'ils n'aient aucune obligation de fournir des SSEF ni de présenter un plan de désignation, ces FSS ont toujours la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre un plan visant à répondre aux besoins de leur communauté francophone locale. Ce plan comprend la prestation de renseignements sur les SSEF offerts dans leur région. Aux fins du présent rapport, les FSS non identifiés devaient soumettre un Rapport de SEF par l'entremise du portail OZi. Dans le présent rapport, les FSS nonidentifiés ne sont pas considérés comme ayant la capacité d'offrir des SSEF.

**Guide concernant les SSEF :** Document qui a été publié par le MSSLD et est entré en vigueur en novembre 2017. Le Guide des SSEF détaille les exigences et obligations des RLISS, des fournisseurs de services de santé et des entités de planification en matière de services de santé en français.

**Loi sur les services en français :** Règlement de l'Ontario 398/93. La Loi sur les services en français a été adoptée pour la première fois par l'Assemblée législative de l'Ontario en 1986 et est entrée

en vigueur en 1989. Le cadre législatif et réglementaire de la désignation est défini dans la *Loi sur les services en français*.

**Offre active :** L'offre active peut être définie comme une 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 œuvre une série de pratiques organisationnelles. Ces pratiques sont également des exigences de désignation.

**Plan de désignation :** Pour être désignés, les FSS doivent soumettre un plan de désignation qui démontre comment ils se conforment aux 34 exigences de désignation. Le plan de désignation contient le plan de RH.

**Plan des ressources humaines :** Le plan des RH est soumis dans le cadre du plan de désignation. Ce document a pour objet de démontrer que les postes désignés sont occupés par le personnel ayant les niveaux de compétence en français requis («Avancé moins», «Avancé», «Avancé plus» ou «Supérieur») pour offrir les SSEF.

**Portail Ozi :** Une solution de gestion de données en ligne créée par le Réseau pour recueillir et analyser des données sur la

prestation de services de santé en français aux niveaux provincial, régional, local et sectoriel. Le portail Ozi a été déployé entre 1464 fournisseurs de services de santé financés par le RLISS entre février et juin 2018 afin de collecter des données aux fins du présent rapport.

**Rapport de SEF :** Aux fins du présent rapport, les FSS financés par le RLISS devaient soumettre un Rapport de SEF par le biais du portail Ozi. Deux gabarits de rapport différents ont été utilisés: l'un pour les FSS désignés et identifiés, basé sur les 34 exigences de désignation (et le plan des RH), et l'autre pour les FSS non-identifiés.

**Réseau :** Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (parfois désigné dans le présent rapport sous le nom de Réseau). Le Réseau est l'entité de planification pour les régions de Champlain et du Sud-Est. Le Réseau a créé le portail Ozi et doit également gérer le processus de collecte et d'analyse de données aux fins du présent rapport.

**Responsabilité à l'égard des SSEF :** Dans le présent rapport, le concept de responsabilité des SSEF est lié au statut de désignation du FSS. La responsabilité englobe les obligations en matière des SSEF attribuées aux FSS désignés, aux FSS identifiés et aux FSS nonidentifiés, comme énoncé dans le Guide des rôles et responsabilités à l'égard des SSEF.

## ANNEXE 2

### RÉGIONS DÉSIGNÉES

- 1.** Cité de Toronto – la totalité
- 2.** Cité de Hamilton – la totalité, telle qu'elle existait au 31 décembre 2000
- 3.** Cités de Port Colborne et Welland dans la municipalité régionale de Niagara
- 4.** Ville d'Ottawa – la totalité
- 5.** Cités de Mississauga et Brampton dans la municipalité régionale de Peel
- 6.** Sudbury – la totalité du district de Sudbury et de la ville du Grand Sudbury
- 7.** Canton de Winchester dans le comté de Dundas
- 8.** Comté d'Essex :
  - Cité de Windsor
  - Villes de Belle River et Tecumseh
  - Cantons d'Anderdon, Colchester North, Maidstone, Sandwich South, Sandwich West, Tilbury North, Tilbury West et Rochester
- 9.** Comté de Glengarry – la totalité
- 10.** Comté de Kent :
  - Ville de Tilbury
  - Cantons de Dover et Tilbury East
- 11.** Comté de Prescott – la totalité
- 12.** Comté de Renfrew :
  - Ville de Pembroke
  - Cantons de Stafford et Westmeath
- 13.** Comté de Russell – la totalité
- 14.** Comté de Simcoe
  - Ville de Penetanguishene
  - Cantons de Tiny et Essa
- 15.** Comté de Stormont – la totalité
- 16.** District d'Algoma – la totalité
- 17.** District de Cochrane – la totalité
- 18.** Canton d'Ignace dans le district de Kenora
- 19.** District de Nipissing – la totalité
- 20.** District de Sudbury – la totalité
- 21.** District de Thunder Bay
  - Villes de Geraldton, Longlac et Marathon
  - Cantons de Manitouwadge, Beardmore, Nakina et Terrace Bay
- 22.** District de Timiskaming – la totalité
- 23.** Cité de London
- 24.** Municipalité de Callander dans le district de Parry Sound
- 25.** Cité de Kingston
- 26.** Cité de Markham (à partir du 1er juillet 2018) dans la municipalité régionale de York

## ANNEXE 3

### LOCALITÉS DÉSIGNÉES PAR RLISS

RLISS	Sous-régions	Statut de localités
Érie St. Clair	Windsor	Localité désignée
	Tecumseh Lakeshore Amherstburg LaSalle	Localité désignée
	Essex South Shore	Localité désignée
	Chatham City Centre	Localité non-désignée
	Rural Kent	Localité désignée
Sud-Ouest	Lambton	Localité non-désignée
	Grey Bruce	Localité non-désignée
	Huron Perth	Localité non-désignée
	London Middlesex	Localité désignée
	Elgin	Localité non-désignée
Waterloo Wellington	Oxford	Localité non-désignée
	Guelph-Puslinch	Localité non-désignée
	Cambridge-North Dumfries	Localité non-désignée
	Kitchener-Waterloo-Wellesley-Wilmot-Woolwich	Localité non-désignée
	Wellington	Localité non-désignée
Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton	Localité désignée
	Burlington	Localité non-désignée
	Niagara North West	Localité non-désignée
	Niagara	Localité désignée
	Brant	Localité non-désignée
Centre-Ouest	Haldimand Norfolk	Localité non-désignée
	North Etobicoke Malton West Woodbridge	Localité désignée
	Dufferin	Localité non-désignée
	Bolton-Caledon	Localité non-désignée
	Bramalea	Localité désignée
Mississauga Halton	Brampton	Localité désignée
	East Mississauga	Localité désignée
	Halton Hills	Localité non-désignée
	Milton	Localité non-désignée
	Oakville	Localité non-désignée
Toronto-Centre	North West Mississauga	Localité désignée
	South West Mississauga	Localité désignée
	South Etobicoke	Localité désignée
	West Toronto	Localité désignée
	Mid-West Toronto	Localité désignée
Toronto-Centre	North Toronto	Localité désignée
	Mid-East Toronto	Localité désignée
	East Toronto	Localité désignée

<b>RLISS</b>	<b>Sous-régions</b>	<b>Statut de localités</b>
Centre	North York West	Localité désignée
	North York Central	Localité désignée
	Western York Region	Localité non-désignée
	Eastern York Region	Localité désignée
	South Simcoe	Localité non-désignée
	Northern York Region	Localité non-désignée
Centre-Est	Peterborough City and County	Localité non-désignée
	Haliburton County and City of Kawartha Lakes	Localité non-désignée
	Northumberland County	Localité non-désignée
	Durham North East	Localité non-désignée
	Durham West	Localité non-désignée
	Scarborough North	Localité désignée
Sud-Est	Scarborough South	Localité désignée
	Rural Hastings	Localité non-désignée
	Quinte	Localité non-désignée
	Rural Frontenac, Lennox & Addington	Localité non-désignée
	Kingston	Localité désignée
	Lanark, Leeds & Grenville	Localité non-désignée
Champlain	Central Ottawa	Localité désignée
	Western Ottawa	Localité désignée
	Eastern Champlain	Localité désignée
	Western Champlain	Localité désignée
	Eastern Ottawa	Localité désignée
	Barrie and Area	Localité désignée
Simcoe Nord Muskoka	South Georgian Bay	Localité non-désignée
	Couchiching	Localité non-désignée
	Muskoka	Localité non-désignée
	North Simcoe	Localité désignée
	Nipissing-Temiskaming	Localité désignée
Nord-Est	Sudbury-Manitoulin-Parry Sound	Localité désignée
	Algoma	Localité désignée
	Cochrane	Localité désignée
	James and Hudson Bay Coasts	Localité désignée
	District of Kenora	Localité désignée
Nord-Ouest	District of Rainy River	Localité non-désignée
	District of Thunder Bay	Localité désignée
	City of Thunder Bay	Localité non-désignée
	Northern	Localité non-désignée

## ANNEXE 4

### RÉPARTITION DES FSS PAR RLISS, SECTEUR ET NIVEAU DE RESPONSABILITÉ

Régions géographique	Niveau de responsabilité	Nombre de FSS				
		Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC
Centre	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	2	0	1	0	1
Centre-Est	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	0	1	2	0	1
Centre-Ouest	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	1	0	4	2	1
Champlain	Désignée	10	9	14	10	4
	Identifiée	2	6	3	7	0
Érie St. Clair	Désignée	0	0	0	2	0
	Identifiée	4	3	13	16	3
Hamilton Niagara Haldimand Brant	Désignée	0	1	1	0	1
	Identifiée	4	2	9	19	0
Mississauga Halton	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	1	0	0	1	0
Nord Est	Désignée	11	8	19	10	5
	Identifiée	11	15	10	20	1
Simcoe Nord Muskoka	Désignée	1	0	1	0	1
	Identifiée	3	1	5	3	0
Nord-Ouest	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	7	7	5	9	2
Sud-Est	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	2	1	5	5	0
Sud-Ouest	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	2	1	4	2	1
Toronto-Centre	Désignée	0	0	0	1	1
	Identifiée	8	1	2	0	0
Waterloo Wellington	Désignée	0	0	0	0	0
	Identifiée	0	0	1	0	0

## ANNEXE 5

### RÉPARTITION DES SERVICES DIRECTS FINANÇÉS PAR LES RLISS, PAR SECTEUR ET NIVEAU DE RESPONSABILITÉ, EN POURCENTAGE.

Secteurs	Régions géographique	Désignés (%)	Identifiés (%)	Désignés & Identifiés (%)	Non-Identifiés (%)
<b>Hôpitaux</b>	Centre	0	75	75	25
	Centre-Est	0	0	0	100
	Centre-Ouest	0	87	87	13
	Champlain	64	29	93	7
	Érie St. Clair	0	92	92	8
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	0	93	93	7
	Mississauga Halton	0	75	75	25
	Nord-Est	77	20	97	3
	Simcoe Nord Muskoka	1	95	96	4
	Nord-Ouest	0	95	95	5
	Sud-Est	0	74	74	26
	Sud-Ouest	0	78	78	22
	Toronto-Centre	0	92	92	8
	Waterloo Wellington	0	0	0	100
<b>SLD</b>	Centre	0	0	0	100
	Centre-Est	0	5	5	95
	Centre-Ouest	0	0	0	100
	Champlain	75	12	88	12
	Érie St. Clair	0	43	43	57
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	8	35	42	58
	Mississauga Halton	0	0	0	100
	Nord-Est	37	16	53	47
	Simcoe Nord Muskoka	0	77	77	23
	Nord-Ouest	0	87	87	13
<b>SLD</b>	Sud-Est	0	58	58	42
	Sud-Ouest	0	40	40	60
	Toronto-Centre	0	22	22	78
	Waterloo Wellington	0	0	0	100

Secteurs	Régions géographique	Désignés (%)	Identifiés (%)	Désignés & Identifiés (%)	Non-Identifiés (%)
SMD	Centre	0	11	11	89
	Centre-Est	0	38	38	62
	Centre-Ouest	0	89	89	11
	Champlain	67	19	85	15
	Érie St. Clair	0	94	94	6
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	9	66	74	26
	Mississauga Halton	0	0	0	100
	Nord-Est	88	12	100	0
	Simcoe Nord Muskoka	3	68	71	29
	Nord-Ouest	0	50	50	50
	Sud-Est	0	70	70	30
	Sud-Ouest	0	58	58	42
	Toronto-Centre	0	28	28	72
	Waterloo Wellington	0	59	59	41
SSC	Centre	0	0	0	100
	Centre-Est	0	0	0	100
	Centre-Ouest	0	5	5	95
	Champlain	46	30	76	24
	Érie St. Clair	12	82	95	5
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	0	73	73	27
	Mississauga Halton	0	5	5	95
	Nord-Est	48	38	85	15
	Simcoe Nord Muskoka	0	21	21	79
	Nord-Ouest	0	60	60	40
	Sud-Est	0	80	80	20
	Sud-Ouest	0	18	18	82
	Toronto-Centre	21	0	21	79
	Waterloo Wellington	0	0	0	100
CSC	Centre	0	47	47	53
	Centre-Est	0	53	53	47
	Centre-Ouest	0	90	90	10
	Champlain	71	0	71	29
	Érie St. Clair	0	91	91	9
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	43	0	43	57
	Mississauga Halton	0	0	0	100
	Nord-Est	100	0	100	0
	Simcoe Nord Muskoka	43	43	86	14
	Nord-Ouest	0	53	53	47
	Sud-Est	0	0	0	100
	Sud-Ouest	0	56	56	44
	Toronto-Centre	29	0	29	71
	Waterloo Wellington	0	0	0	100

## ANNEXE 6

### TAUX DE COMPLÉTION MOYEN DES EXIGENCES DE DÉSIGNATION.

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

## ANNEXE 7

### NIVEAU DE COMPÉTENCE LINGUISTIQUE EN FRANÇAIS.

#### ORALES

#### ÉCRITES

##### Niveau de base

À ce niveau, la personne ne possède pas une réelle autonomie d'expression. Les compétences orales en français se limitent à certaines expressions mémorisées sur des sujets familiers relatifs au travail. La personne est capable d'exprimer des mots isolés, des expressions de deux ou trois mots et des phrases simples et sans suite. Le vocabulaire est limité et l'élocution est lente et difficile. La personne connaît les expressions de l'accueil et du départ et d'autres expressions de politesse. Le vocabulaire limité, les erreurs fréquentes et l'élocution lente gênent considérablement la communication.

##### Niveau intermédiaire

À ce niveau, la personne est capable d'écrire quelques mots, peut-être des phrases sur des sujets portant sur le travail, à l'aide d'un dictionnaire. Elle peut remplir des formulaires, donner des renseignements généraux comme l'heure et le lieu de réunions et rédiger des avis d'annulation en utilisant des formules normalisées. Le vocabulaire se limite aux mots d'usage quotidien; la personne ne maîtrise pas les expressions idiomatiques. Elle ne possède aucune aptitude pratique pour la communication écrite et n'est pas en mesure de rédiger un texte en français.

##### Niveau avancé perfectible

À ce niveau, la personne peut assumer diverses tâches de communication. Elle peut fournir des descriptions et des explications dans tous les cadres temporels, dans la plupart des situations informelles et dans certaines situations formelles, sur divers sujets connus. Son vocabulaire manque souvent de précision. Néanmoins, elle peut reformuler ses phrases et paraphraser. Même si ses erreurs de grammaire, de vocabulaire et de prononciation sont évidentes, elle peut parler avec suffisamment d'exactitude pour se faire comprendre.

##### Niveau avancé

À ce niveau, la personne peut participer à des conversations et satisfaire à de nombreuses obligations de travail. Elle peut discuter de questions professionnelles avec une certaine aisance et une certaine facilité, exprimer des opinions et offrir ses points de vue. Elle peut participer à divers échanges verbaux et à des réunions et à des groupes de discussion. Cependant, elle a encore besoin d'aide pour faire face aux questions ou aux situations complexes. Généralement, elle possède soit une bonne grammaire, soit un bon vocabulaire, mais pas les deux.

##### Niveau de base

At this level one is able to write a few words, maybe sentences on topics related to work, maybe with the help of a dictionary. One can fill in forms, give general information such as time and location of meetings and notices of cancellation using a standard format. Vocabulary is limited to daily use with no mastery of idiomatic expressions. One has no practical communicative writing skills. One cannot produce French text.

##### Niveau intermédiaire

À ce niveau, la personne est capable d'écrire des mots et des phrases simples. Elle est en mesure de faire de simples demandes de renseignements ou de répondre à de telles demandes. Le vocabulaire se limite aux mots d'usage quotidien. La personne éprouve souvent des difficultés en grammaire et en orthographe. Elle possède certaines connaissances pratiques élémentaires en rédaction mais elle n'est pas en mesure de produire un texte acceptable en français.

##### Niveau avancé perfectible

À ce niveau, la personne peut répondre aux besoins rédactionnels de base de son travail. Elle peut rédiger une narration et une description en utilisant les formes et les temps verbaux principaux et composer des résumés simples sur des sujets connus. Elle peut combiner et relier des phrases dans des paragraphes afin de former des textes complets. Elle écrit de manière compréhensible, mais certains efforts supplémentaires peuvent être exigés.

##### Niveau avancé

À ce niveau, la personne peut utiliser des phrases variées pour exprimer des idées et des avis d'ordre général sur des sujets non spécialisés. Elle peut rédiger des lettres et des rapports simples qui entrent dans le cadre de ses fonctions. Elle ne commet pas beaucoup d'erreurs en grammaire ou en orthographe. Toutefois, sa rédaction peut comporter des traductions littérales. Néanmoins, elle commence à manifester un sens de l'organisation et à sentir la différence entre ce qui convient et ce qui ne convient pas sur les plans du style et de la grammaire en français.

<b>Niveau avancé plus</b>	<b>Niveau avancé plus</b>
<p>At this level, the individual is able to give oral presentations in both formal and informal settings. The individual is able to present a fairly detailed outline of his/ her line of reasoning on general or work-related topics in formal and informal settings, in meetings and in discussion groups. Some mastery of idioms and of specific vocabulary appropriate to a variety of contexts is evident. Grammar is generally appropriate. Deficiencies in vocabulary are compensated for by synonyms and paraphrases. Problems may be encountered when discussing more specialized topics, but the individual at this level has very little difficulty in making himself / herself understood.</p>	<p>À ce niveau, la personne peut rédiger sur divers sujets de manière très précise et détaillée. Elle peut traiter de la correspondance informelle et formelle selon les conventions appropriées et rédiger des résumés et des rapports de nature factuelle. Elle peut aussi rédiger des textes approfondis sur des sujets liés à des intérêts particuliers et à des domaines de compétence spécialisés bien que son style d'écriture ait tendance à se concentrer sur les aspects concrets de ces sujets.</p>
<b>Niveau supérieur</b>	<b>Niveau supérieur</b>
<p>À ce niveau, la personne peut s'exprimer couramment avec une précision structurale et un vocabulaire suffisants pour participer efficacement à la plupart des conversations formelles et informelles portant sur des sujets pratiques, sociaux et professionnels. Elle peut utiliser des idiomes et un vocabulaire particulier dans divers contextes et présenter des exposés dans des contextes formels et informels.</p>	<p>À ce niveau, la personne peut s'exprimer efficacement et précisément dans la plupart des tâches ou des travaux de rédaction formels et informels portant sur des sujets pratiques, sociaux et professionnels. Elle peut reconnaître une maladresse dans la structure des phrases et des paragraphes. Ses erreurs en grammaire et en orthographe sont rares et d'ordre secondaire</p>

## ANNEXE 8

### RÉPARTITION DES RH AYANT DES COMPÉTENCES EN FRANÇAIS PAR RLISS, NIVEAU DE RESPONSABILITÉ ET NIVEAU DE COMPÉTENCE.

RLISS	Niveau de responsabilités	Secteurs	Nombre de RH					Base
			Supérieur	Avancé plus	Avancé	Avancé perfectible	Intermédiaire	
Centre	Identifiés	SMD	1	0	5	0	0	0
		CSC	0	0	0	3	0	0
		Hôpitaux	0	0	13	4	8	12
		SLD	16	5	12	5	27	78
		SMD	7	3	17	6	23	140
	Non-Identifiés	SSC	3	6	23	8	54	65
		CSC	0	0	0	1	0	4
		SLD	1	2	24	6	0	0
		SMD	0	0	1	0	0	0
		CSC	4	2	0	0	0	0
Centre-Est	Identifiés	Hôpitaux	20	26	39	148	481	1870
		SLD	27	7	37	14	59	71
		SMD	5	1	4	12	40	248
		SSC	8	5	10	15	49	229
		CSC	2	0	2	4	9	19
	Non-Identifiés	SMD	2	3	2	9	0	0
		Hôpitaux	0	0	0	0	0	1
		SLD	3	3	5	6	23	130
		SMD	0	1	0	0	0	0
		SSC	2	1	3	3	13	51
Centre-Ouest	Non-Identifiés	CSC	1	0	0	0	0	0
		Hôpitaux	101	1656	2932	684	0	0
		SLD	188	123	338	383	0	0
		SMD	228	33	144	71	0	0
		SSC	57	31	58	7	0	0
	Désignés	CSC	120	80	114	0	0	0
		Hôpitaux	0	0	6	2	0	0
		SLD	7	168	48	27	0	0
		SMD	4	3	1	1	0	0
		SSC	0	4	59	484	0	0
Champlain	Identifiés	Hôpitaux	17	17	29	7	38	84
		SLD	207	324	238	86	359	628
		SMD	38	16	12	8	35	58
		SSC	54	19	30	26	64	121
		CSC	71	20	39	8	36	42

RLISS	Niveau de responsabilités	Secteurs	Nombre de RH					
			Supérieur	Avancé plus	Avancé	Avancé perfectible	Intermédiaire	Base
Érie St. Clair	Identifiés	Désignés	SSC	14	31	2	1	0
		Hôpitaux	129	1	14	51	0	0
		SLD	0	1	29	16	0	0
		SMD	7	6	9	18	0	0
		SSC	6	10	12	30	0	0
	Non-Identifiés	CSC	2	2	8	2	0	0
		Hôpitaux	3	6	5	6	27	1
		SLD	25	20	23	9	45	143
		SMD	3	0	0	0	4	44
		SSC	4	0	4	0	9	36
Hamilton Niagara Haldimand Brant	Identifiés	CSC	0	0	1	1	2	29
		SLD	0	0	68	0	0	0
		CSC	42	0	0	0	0	0
		Hôpitaux	4	0	11	6	0	0
		SMD	1	1	0	1	0	0
	Non-Identifiés	SSC	4	5	10	42	0	0
		Hôpitaux	8	2	6	5	20	59
		SLD	17	9	41	10	80	163
		SMD	2	0	1	2	13	103
		SSC	2	3	7	10	19	70
Mississauga Halton	Non-Identifiés	CSC	4	2	1	2	17	50
		Hôpitaux	0	0	2	0	1	0
		SLD	7	0	16	5	17	88
		SMD	5	1	4	4	18	38
		SSC	11	12	8	4	25	39
	Désignés	CSC	1	0	2	0	1	11
		Hôpitaux	62	12	2389	314	0	0
		SLD	7	22	296	94	0	0
		SMD	50	37	250	75	0	0
		SSC	27	39	93	41	0	0
Nord-Est	Identifiés	CSC	29	78	71	0	0	0
		Hôpitaux	91	7	174	259	0	0
		SLD	3	22	41	416	0	0
		SMD	1	0	13	9	0	0
		SSC	9	3	78	211	0	0
	Non-Identifiés	CSC	0	1	14	0	0	0
		Hôpitaux	5	0	2	0	4	5
		SLD	194	78	99	86	92	111
		SSC	4	2	7	2	9	19

RLISS	Niveau de responsabilités	Secteurs	Nombre de RH						Base
			Supérieur	Avancé plus	Avancé	Avancé perfectible	Intermédiaire		
Simcoe Nord Muskoka	Désignés	Hôpitaux	0	0	62	0	0		0
		CSC	6	1	5	3	0		0
	Identifiés	Hôpitaux	14	12	83	68	0		0
		SLD	0	0	1	17	0		0
		SMD	0	1	5	23	0		0
		SSC	0	2	0	4	0		0
	Non-Identifiés	Hôpitaux	5	3	8	0	52	192	
		SLD	11	5	24	2	22	60	
		SMD	7	2	4	0	8	17	
		SSC	16	1	10	0	8	46	
		CSC	1	0	0	1	2	3	
		Hôpitaux	38	2	36	51	0		0
Nord Ouest	Identifiés	SLD	0	0	10	5	0		0
		SMD	0	1	14	4	0		0
		SSC	0	1	2	5	0		0
		CSC	0	10	2	2	0		0
	Non-Identifiés	Hôpitaux	2	1	1	2	17	47	
		SLD	7	0	4	2	4	20	
		SMD	3	2	0	3	14	47	
		SSC	3	1	5	0	2	3	
		CSC	1	1	0	0	0		0
		Hôpitaux	5	15	8	9	0		0
Sud-Est	Identifiés	SMD	0	1	1	1	0		0
		SSC	4	5	7	6	0		0
		Hôpitaux	16	18	7	6	41	130	
	Non-Identifiés	SLD	18	9	14	6	29	80	
		SMD	2	1	6	8	24	116	
		SSC	6	3	6	4	26	167	
		CSC	17	1	15	4	38	53	
		Hôpitaux	0	0	1	0	0		0
		SMD	2	1	2	13	0		0
Sud-Ouest	Identifiés	SSC	2	0	0	0	0		0
		CSC	1	2	5	11	0		0
		Hôpitaux	17	7	32	26	138	1186	
		SLD	21	11	26	15	135	772	
	Non-Identifiés	SMD	2	2	11	1	17	94	
		SSC	29	6	12	13	60	293	
		CSC	0	0	0	2	8	33	

RLISS	Niveau de responsabilités	Secteurs	Nombre de RH					
			Supérieur	Avancé plus	Avancé	Avancé perfectible	Intermédiaire	Base
Toronto-Centre	Désignés	SSC	0	38	0	0	0	0
		CSC	19	0	0	0	0	0
	Identifiés	Hôpitaux	5	18	15	0	0	0
		Hôpitaux	3	2	158	33	38	0
		SLD	7	3	12	3	21	18
	Non-Identifiés	SMD	5	7	20	10	29	54
		SSC	5	8	27	6	48	98
		CSC	14	6	24	15	56	117
		SMD	1	0	1	0	0	0
Waterloo Wellington	Identifiés	Hôpitaux	9	7	12	15	68	175
		SLD	11	4	21	6	30	73
		SMD	1	3	3	3	16	58
	Non-Identifiés	SSC	8	6	8	5	34	64
		CSC	0	0	0	0	0	23