



Santé Santé
Canada Canada

**Programme de contribution pour
l'amélioration de l'accès aux services
de santé pour les communautés de
langue officielle en situation minoritaire**

Évaluation formative

Approuvé par le

Comité exécutif ministériel sur les
finances, l'évaluation et la responsabilisation (CEM-FÉR)
de Santé Canada

20 décembre 2007

Canada 

TABLE DES MATIÈRES

- Plan d'action de gestion de l'évaluation formative de la Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire
- Rapport final de l'évaluation formative du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire

Programme de contributions visant à améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire
Plan d'action de gestion

| <i>Recommandations</i> | <i>Réponses du Programme</i> | <i>Échéances</i> |
|---|---|---|
| <p>1* Il est recommandé de développer un plan visant à consolider et à disséminer, sur une base continue, les travaux de recherche objectifs, rigoureux et neutres (autant que possible) ayant été publiés. Les travaux de recherche ciblés devraient contribuer à mieux documenter les aspects pertinents aux CLOSM en ce qui a trait à l'accès pour ces communautés aux services de santé et à leur état de santé.</p> <p><i>La consolidation de travaux de recherche devrait être considérée comme une composante du plan de mesure de la performance du Programme. Conséquemment, le plan de mesure de la performance devrait être révisé pour refléter cette recommandation.</i></p> <p>* Pour plus de détails quant à la recommandation 1, veuillez vous référer à la section intitulée Sommaire et Recommandations à la fin du rapport d'évaluation.</p> | <p>Le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de Santé Canada développera un plan afin de consolider et disséminer les travaux de recherche en lien avec les CLOSM et la santé.</p> <p>Suite à ce plan, le BACLO préparera un plan pour le développement d'une base de connaissances intégrée fournissant des connaissances à jour en lien avec les CLOSM et les problématiques liées à la santé, comparant les CLOSM à la majorité linguistique qui leur est associée.</p> <p>Cette base de donnée pourrait inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une analyse de la législation et des politiques en lien avec les CLOSM; • Une analyse démographique; • Une analyse des pratiques en ce qui a trait à la santé ainsi que de l'accès aux services de santé et autres services sociaux; • Une analyse des institutions et réseaux offrant des services aux CLOSM dans le secteur de la santé. <p>Cette base de connaissances sera utilisée pour s'assurer que le modèle du Programme ainsi que sa mise en œuvre sont basés sur des données probantes.</p> <p>Le BACLO continuera de participer activement dans les fora interministérielles et interagence visant à promouvoir, à structurer, à consolider et à diffuser les travaux de recherche en lien avec les CLOSM et la santé. Ces fora incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité coordinateur interministériel pour la recherche sur les langues officielles; • Comité consultatif sur les CLOSM des Instituts canadiens de recherche en santé; • CNFS Commission conjointe de recherche; • Comité directeur et groupe de travail pour le sondage sur la vitalité des minorités de langue officielle. | <p>Décembre 2007</p> <p>Mars 2008</p> <p>En continu</p> |

| <i>Recommandations</i> | <i>Réponses du Programme</i> | <i>Échéances</i> |
|---|--|--|
| <p>2 Santé Canada devrait effectuer une révision en profondeur du modèle du programme avant le renouvellement des modalités du Programme, laquelle révision sera basée sur : 1) les conseils d'un plus grand nombre d'individus neutres ayant une expérience pertinente tout en étant représentant adéquatement les CLOSM au niveau local, 2) sur les résultats d'évaluation; et, 3) sur les résultats de recherche recueillis (voir recommandation n° 1).</p> | <p>Le mandat de presque tous les représentants des Comités consultatifs pour les communautés minoritaires de langue française et anglaise se terminera en mars 2008. Les nominations à ces comités sont à la discrétion du Ministre de la santé. Le ministère prendra en considération l'expérience, la représentativité et l'indépendance des membres actuels et potentiels dans ses recommandations pour les nominations par le Ministre à ces comités en 2008.</p> <p>Santé Canada continuera d'être conseillé et guidé en ce qui a trait à la planification et à la mise en œuvre du Programme par les Comités consultatifs pour les communautés minoritaires de langue française et anglaise.</p> <p>Plusieurs instruments seront utilisés afin de s'assurer qu'un grand nombre d'individus / organisations et de perspectives seront considérés lors de l'examen du modèle du Programme, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les résultats de recherche (Recommandation n° 1) et d'évaluation (incluant les résultats du Recensement de 2006 et ceux du Sondage de 2006 sur la Vitalité des minorités de langue officielle); • les résultats de consultations avec les ministères de la santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec d'autres ministères pertinents. | <p>En continu</p> <p>En continu</p> <p>Mars 2008</p> |
| <p>3 Lors du renouvellement du Programme, Santé Canada devrait réviser son processus de sélection afin de s'assurer que ce processus est ouvert, transparent et basé sur des critères spécifiques permettant d'évaluer la capacité des bénéficiaires à atteindre les objectifs du Programme. Santé Canada devrait également s'assurer que l'ensemble des bénéficiaires primaires s'engagent à mettre en application un processus similaire pour sélectionner les bénéficiaires secondaires.</p> | <p>Les comités consultatifs ont déterminé quels sont les quatre bénéficiaires primaires qui allaient pouvoir présenter des propositions dans le cadre du Programme de contributions visant à améliorer l'accès aux services de santé pour les CLOSM. Ces organisations n'ont pas eu à passer par le processus de sélection. Même si les bénéficiaires primaires ont été présélectionnés, Santé Canada a évalué les propositions de manière itérative et uniforme avant d'approuver les accords de financement conclus au titre du Programme de contributions en 2003.</p> <p>Au cours de l'examen du Programme de contributions visant à améliorer l'accès aux services de santé pour les CLOSM, Santé Canada collaborera avec son centre d'expertise ministériel en matière de subventions et de contributions afin de s'assurer que les exigences du Programme sont conformes aux recommandations du Groupe d'experts.</p> | <p>Mai 2008</p> |

| <i>Recommandations</i> | <i>Réponses du Programme</i> | <i>Échéances</i> |
|---|---|----------------------|
| | <p>Dans le cadre du Programme de contributions renouvelé, Santé Canada veillera à ce que les processus d'examen et d'approbation demeurent ouverts, transparents et rigoureux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les pratiques exemplaires employées au cours des processus d'examen et d'approbation seront transmises à tous les bénéficiaires primaires et secondaires actuels et éventuels; 2. les processus d'examen et d'approbation du Programme seront affichés sur le site Web de Santé Canada; 3. les bénéficiaires primaires devront afficher sur leurs sites Web les processus de sélection, d'examen et d'approbation qu'ils utilisent pour sélectionner et approuver les bénéficiaires secondaires; 4. les bénéficiaires primaires devront utiliser des méthodes transparentes et rigoureuses – décrites dans les propositions de projet – pour sélectionner et approuver des bénéficiaires secondaires. | |
| <p>4 En vue du renouvellement du Programme, Santé Canada devrait songer à inclure dans sa présentation au Conseil du Trésor une demande relative aux salaires et aux fonds d'exploitation afin de renforcer la surveillance de programmes et de veiller à ce que des données de recherche et de mesure du rendement conformes à la politique d'évaluation du Conseil du Trésor soient disponibles pour guider les décideurs relativement au Programme.</p> | <p>Parallèlement à la réponse à la recommandation n° 1, des exigences en matière de ressources pour la surveillance, la recherche et la mesure du rendement relatives aux programmes seront évaluées et présentées au Conseil du Trésor dans le cadre du renouvellement du Programme pour une durée de cinq ans (exercices 2008-2009 à 2012-2013).</p> | <p>Octobre 2008</p> |
| <p>5 Santé Canada devrait déterminer quels sont les indicateurs de résultats communs (ainsi que les définitions et objectifs connexes) requis pour la gestion et l'évaluation du Programme. Plus précisément, il faudrait recueillir et examiner périodiquement des données afin de cerner et de combler les lacunes en matière de données. Par la suite, une comparaison appropriée avec les objectifs permettrait de contribuer à l'orientation de la gestion du Programme.</p> | <p>Pour le reste de la durée du Programme de contributions, le BACLO examinera les rapports d'activité et d'évaluation produits par les bénéficiaires afin de s'assurer qu'ils sont conformes au Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) du Programme, sont pertinents pour la gestion du Programme et renferment les données requises pour l'évaluation sommative.</p> <p>Le BACLO déterminera les indicateurs de résultats requis pour l'évaluation sommative du Programme, l'évaluation finale du Plan d'action interministériel pour les langues officielles et les obligations de rendre compte du Ministère au titre de la Structure de gestion, des ressources et des résultats du Conseil du Trésor et que la DMERM doit examiner et approuver.</p> | <p>Décembre 2007</p> |

| <i>Recommandations</i> | <i>Réponses du Programme</i> | <i>Échéances</i> |
|--|---|------------------|
| | En ce qui concerne le renouvellement du Programme pour une durée de cinq ans (de 2008-2009 à 2012-2013), le BACLO élaborera une stratégie afin de s'assurer que les rapports d'activité et d'évaluation produits par les bénéficiaires du Programme fassent état d'indicateurs de résultats périodiques qui sont conformes au CGRR du Programme renouvelé et utilisés pour gérer et évaluer le Programme. | Octobre 2008 |
| <p>6 Santé Canada, en collaboration avec les principaux intervenants (décideurs fédéraux, bénéficiaires du Programme, représentants des CLOSM), devrait s'assurer que les pratiques d'évaluation sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conformes au CGRR du Programme (y compris aux éléments ajoutés à la stratégie de mesure du rendement dont il est question à la Recommandation n° 5); • acceptés comme outil d'aide à la gestion de programme. | La DMERM de Santé Canada dirigera l'évaluation sommative du Programme en fonction des données sur les résultats recueillies en collaboration avec le BACLO ainsi que les bénéficiaires primaires et secondaires. | Juin 2008 |

Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire

Évaluation formative

Préparé par

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
Direction générale de la politique de la santé
Santé Canada

En collaboration avec

Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère
Direction générale du contrôleur ministériel
Santé Canada

Juillet 2007

Table des matières

| | Page |
|---|------|
| Résumé | iii |
| Contexte | iii |
| Évaluation formative | iv |
| Principales conclusions | v |
| Principales recommandations | vi |
| Introduction | 1 |
| Genèse du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire | 2 |
| <i>Loi sur les langues officielles</i> | 2 |
| Exigences du Programme | 3 |
| Description du Programme | 4 |
| Volets du Programme | 5 |
| Évaluation formative du Programme | 10 |
| Modèle logique du Programme | 10 |
| Objectifs et portée de l'évaluation formative | 11 |
| Approche utilisée dans le cadre de l'évaluation | 12 |
| Méthode | 13 |
| Analyse des données | 15 |
| Limite des méthodes | 15 |
| Présentation et analyse des constatations | 18 |
| Pertinence du Programme | 18 |
| Conception et mise en œuvre du Programme | 29 |
| Gestion du Programme | 43 |
| Progrès réalisés dans le cadre du Programme | 47 |
| Résumé et recommandations | 56 |
| Conclusions clés | 56 |
| Recommandations découlant de l'évaluation | 58 |
| Annexe A – Communautés de langue officielle en situation minoritaire du Canada – Principales caractéristiques démographiques du point de vue de la santé | 60 |
| Annexe B – Pratiques, soins et accès dans le domaine de la santé à l'intention des groupes de langue officielle au Canada, 2005 | 61 |
| Annexe C – Survol des activités des bénéficiaires secondaires du volet réseautage | 62 |
| Annexe D – Résultats à court terme des projets du Programme de contribution | 64 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 – Engagements initiaux du Programme par volet et année | 7 |
| Tableau 2 – Bénéficiaires primaires du Programme de contribution | 8 |
| Tableau 3 – Bénéficiaires secondaires (volet réseautage) | 9 |
| Tableau 4 – Modèle logique du Programme | 10 |
| Tableau 5 – Questions de l'évaluation | 12 |
| Tableau 6 – Répartition des fonds visant le développement communautaire du Plan d'action par ministère fédéral | 21 |
| Tableau 7 – Répartition des fonds du Programme par province et territoire | 40 |
| Tableau 8 – Répartition régionale des fonds de l'Université McGill | 42 |
| Tableau 9 – Mesure dans laquelle les partenaires clés du domaine de la santé participent aux réseaux | 49 |
| Tableau 10 – Programmes universitaires offerts dans les établissements du CNFS, de 2003 à 2006 | 51 |
| Tableau 11 – Nombre de programmes créés dans les collèges du CNFS, de 2003 à 2006 | 51 |
| Tableau 12 – Stratégie de formation et de maintien en poste de l'Université McGill | 53 |

RÉSUMÉ

Contexte

Le rapport présente les résultats de l'évaluation formative du *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire* de Santé Canada.

Le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) est chargé de favoriser un accès équitable aux services de santé par les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) dans la langue de leur choix en jouant un rôle de chef de file dans la coordination et la mise en œuvre d'activités aux termes de l'article 41 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles*.

En juin 2003, le gouvernement fédéral a fait l'annonce du *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire*, qu'il a présenté comme une contribution au *Plan d'action pour les langues officielles* qui avait été annoncé au mois de mars de la même année. Le *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire* représente un investissement de 89 millions de dollars dans les services de santé offerts aux CLOSM qui permet de s'attaquer à deux priorités étroitement liées, soit le réseautage ainsi que la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé.

Le Programme, qui est géré par le BACLO, repose sur deux volets : 1) le *réseautage* et 2) la *formation et le maintien en poste des professionnels de la santé*.

Le volet *réseautage* du Programme compte deux bénéficiaires : la Société Santé en français (SSF) et le Quebec Community Groups Network (QCGN). Ce volet prévoit un montant de 14 millions de dollars sur cinq ans pour financer l'établissement et le maintien de réseaux qui mobiliseront les capacités des établissements, des professionnels de la santé et des communautés afin d'encourager les intervenants du milieu de la santé à fournir des services dans le choix de la langue officielle des communautés, de favoriser l'établissement de liens solides et durables entre les intervenants du secteur de la santé, d'atténuer les conséquences de la dispersion des communautés sur le plan géographique et d'encourager une participation accrue des communautés.

Le volet *formation et maintien en poste des professionnels de la santé* prévoit un montant de 75 millions de dollars sur cinq ans réparti ainsi : 63 millions de dollars pour les communautés francophones en situation minoritaire et 12 millions de dollars pour les communautés

anglophones en situation minoritaire. L'Université McGill est le bénéficiaire pour la communauté anglophone en situation minoritaire, tandis qu'il y a onze bénéficiaires pour les communautés francophones en situation minoritaire, qui sont coordonnés par le Consortium national de formation en santé.

Voici les principaux objectifs du Programme de contribution :

- a) améliorer l'accès aux services de santé pour les CLOSM;
- b) répondre aux besoins de ces communautés et améliorer les services de santé qui leur sont offerts afin d'améliorer leur état de santé;
- c) améliorer l'efficacité de l'ensemble du système de santé par l'amélioration des services de santé offerts aux CLOSM.

Évaluation formative

Les **objectifs** de l'évaluation sont les suivants :

- déterminer la pertinence du Programme, principalement grâce à la collecte rétrospective de données dans le but de documenter son contexte initial;
- évaluer la pertinence du modèle du Programme, ainsi que sa mise en œuvre et son administration;
- évaluer les progrès du Programme en fonction de ses objectifs;
- obtenir les données requises pour appuyer les modifications recommandées à la conception, à l'exécution et à l'administration du Programme.

L'étude d'évaluation comportait les six questions suivantes visant à évaluer la pertinence, la conception, la mise en œuvre, la gestion et les progrès du Programme :

1. Est-ce que le Programme correspond aux priorités du gouvernement fédéral?
2. Est-ce que le Programme complète ou répète d'autres programmes ou initiatives du gouvernement?
3. Les objectifs du programme correspondent-ils ont besoins des CLOSM?
4. La conception et la mise en œuvre du Programme sont-elles efficaces?
5. Dans quelle mesure la gestion du Programme est-elle adaptée?
6. À la mi-parcours du Programme, quels effets sur la formation et le réseautage peut-on déterminer?

La collecte des données a été effectuée à l'aide des méthodes qui suivent.

- Une analyse documentaire a été effectuée pour décrire le contexte entourant la création du Programme et découvrir les méthodes utilisées par d'autres pays pour fournir des services de santé aux minorités linguistiques.
- Un examen des documents a permis de recueillir de l'information sur les activités, les forces et les faiblesses du Programme. L'examen, effectué par le BACLO, a servi à recueillir des renseignements sur toutes les questions d'évaluation.
- Le Groupe Antima a effectué 13 entrevues auprès de quatre sous-groupes pour éclairer les questions d'évaluation liées à la pertinence et à la conception du Programme. Les personnes interrogées ont été choisies en fonction de leur connaissance des services de santé dans des CLOSM et de leur absence de lien direct avec le Programme.
- Le Groupe Antima a aussi mené une enquête en ligne pour recueillir les points de vue sur les progrès du Programme ainsi que sur sa gestion et ses activités.
- Le BACLO a établi un profil statistique décrivant la situation des CLOSM qui a été utilisé pour éclairer les questions d'évaluation relatives à la pertinence du Programme. Les descriptions de CLOSM ont été tirées d'une analyse effectuée par la Direction générale des programmes d'appui aux langues officielles de Patrimoine canadien à partir des résultats des recensements de 1996 et de 2001.
- Le BACLO s'est occupé de l'intégration et de l'analyse des données.

Principales conclusions

Vous trouverez ci-dessous les principales conclusions découlant de l'évaluation du *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire*.

Pertinence : Le programme de contribution fait parti des programmes du gouvernement du Canada qui sont désignés pour appuyer les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Les objectifs du programme correspondent à l'ensemble des priorités du gouvernement en vertu de la *Loi sur les langues officielles* afin de sauvegarder la dualité linguistique du Canada. La raison d'être du programme est fondée sur l'hypothèse que la langue est un obstacle pour accéder aux services de santé pour les CLOSM et qu'en améliorant l'accès à ces services, l'état de santé des CLOSM serait par la suite amélioré. Des données récentes semblent indiquer que grâce au niveau élevé de bilinguisme des CLOSM, la langue n'est pas vraiment un obstacle pour accéder aux services. Par contre un examen plus approfondi concernant les besoins des CLOSM est requis car la définition « d'accès » utilisée pour recueillir ces données n'était pas la même que celle utilisée par le programme.

Conception et mise en œuvre : D'après les données obtenues dans le cadre de l'évaluation, des retouches à la mise en œuvre du volet « réseautage » du programme, afin de maximiser leur potentiel pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les CLOSM, pourraient être requis. Néanmoins, le Programme de contribution repose sur les résultats de consultations auprès d'intervenants qui semblent être en mesure de fournir des conseils. En général, les bénéficiaires principaux sont satisfaits du processus de sélection et d'approbation. Par contre les délais à la mise en œuvre du projet qui affecte le temps requis pour traiter les demandes est un point de préoccupation.

Gestion : Les bénéficiaires primaires sont satisfaits de leur relation avec le Programme, mais l'évaluation révèle qu'il est possible que la lourdeur de la charge de travail des agents du programme ait influé sur leur capacité de bien surveiller les projets. En outre, même s'il existait un système de surveillance, il n'a pas été possible d'évaluer son utilité et son bien-fondé, compte tenu du manque de données. Il n'a pas été non plus possible de déterminer dans quelle mesure les pratiques de surveillance ont guidé la gestion du Programme.

Progrès : À l'heure actuelle, le Programme de contribution semble sur le point d'atteindre les « résultats immédiats » de son modèle logique.

- Des réseaux ont été établis dans tous les territoires et toutes les provinces et les partenariats clés nécessaires pour donner des moyens d'agir aux communautés apparaissent.
- À l'extérieur du Québec, les inscriptions et les taux d'obtention de diplôme dans divers programmes de services sociaux et de services de santé financés par le Programme semblent augmenter.
- L'Université McGill a mis en œuvre des programmes d'enseignement de l'anglais dans les seize régions du Québec ainsi que des programmes d'enseignement du français, bien que ces derniers ne semblent pas avoir suscité autant d'intérêt.

Principales recommandations

Des leçons utiles peuvent être tirées de l'évaluation formative du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. L'évaluation a permis de cerner des lacunes dans deux secteurs essentiels : la base de connaissances ainsi que la surveillance et l'établissement de rapports. Vous trouverez ci-dessous les recommandations qui découlent de l'évaluation et qui visent à combler les lacunes.

Recommandation n° 1

Il faudrait élaborer, au sein du portefeuille de la Santé, un plan pour le regroupement et la diffusion continus de travaux de recherche objectifs, rigoureux et indépendants (lorsque possible) qui contiennent des renseignements sur des aspects liés aux CLOSM, en particulier à leur accès à des services de santé et à leur état de santé.

Les travaux de recherche contenant de l'information sur des aspects liés aux CLOSM devraient être considérés comme un élément de la stratégie de mesure du rendement du Programme, qui devrait donc être évaluée en conséquence.

Recommandation n° 2

Santé Canada devrait effectuer un examen général du modèle du Programme en vue du renouvellement de son mandat fondé sur ce qui suit : 1) un ensemble élargi d'intervenants indépendants et intéressés qui représentent bien les CLOSM à l'échelle locale; 2) les résultats de l'évaluation; 3) les données de recherche recueillies conformément à la recommandation n° 1.

Recommandation n° 3

Au moment du renouvellement du Programme de contribution, Santé Canada devrait revoir son processus de sélection pour s'assurer qu'il est ouvert, transparent et fondé sur des critères précis qui permettent d'évaluer la capacité des bénéficiaires d'atteindre les objectifs fixés. Le Ministère devrait aussi faire participer tous les bénéficiaires primaires à des processus semblables pour le choix des bénéficiaires secondaires.

Recommandation n° 4

En vue du renouvellement du programme, Santé Canada devrait étudier la possibilité d'inclure dans sa présentation au Conseil du Trésor une demande de salaires et de fonds de fonctionnement pour renforcer la surveillance et veiller à ce que les données de recherche et de mesure du rendement exigées aux termes de la Politique d'évaluation du Conseil du Trésor soient disponibles pour éclairer les décideurs.

Recommandation n° 5

Santé Canada devrait déterminer les indicateurs de résultat (ainsi que les définitions et les cibles connexes) nécessaires pour gérer et évaluer le Programme. Plus précisément, il faudrait recueillir et examiner périodiquement des données pour cerner les lacunes et les combler. La comparaison appropriée qui s'en suit avec les cibles établies devrait contribuer à guider la gestion du Programme.

Recommandation n° 6

En partenariat avec les principaux intervenants (décideurs fédéraux, bénéficiaires et représentants des CLOSM), Santé Canada devrait s'assurer que les pratiques d'évaluation :

- respectent le cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (y compris avec les ajouts à la stratégie de mesure du rendement mentionnés à la recommandation n° 5);*
- sont acceptées en tant qu'aide à la gestion du programme.*

INTRODUCTION

Le rapport présente les résultats de l'évaluation formative du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) réalisée par l'unité responsable des politiques et de l'analyse du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO). Le rôle de la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM) dans le cadre de l'évaluation consistait à fournir des conseils durant la planification des travaux, à participer, dans une certaine mesure, à l'analyse des données et à s'assurer du respect des critères ministériels de base en matière de qualité et de rigueur. Le besoin de procéder à une telle évaluation a été formulé dans le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) du Programme. On pouvait y lire ce qui suit :

« L'évaluation est prévue pour l'exercice 2005-2006 et doit être terminée à la fin de la troisième année d'activités du Programme. Elle mettra l'accent sur les enjeux liés à l'exécution du Programme afin d'évaluer dans quelle mesure le Programme est exécuté tel que prévu conformément aux modalités. Il s'agira d'un instantané qui se concentrera principalement sur l'application de leçons retenues et de pratiques exemplaires. Combinée au contrôle continu du Programme, l'évaluation permettra aux gestionnaires de programme d'apporter les modifications et les correctifs nécessaires à l'exécution du Programme. En outre, elle permettra d'aborder l'ensemble des principaux enjeux liés à l'évaluation, fournissant ainsi une évaluation préliminaire de la mesure dans laquelle le Programme sera susceptible d'atteindre ses objectifs.[...] »

GENÈSE DU PROGRAMME DE CONTRIBUTION POUR L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ POUR LES COMMUNAUTÉS DE LANGUE OFFICIELLE EN SITUATION MINORITAIRE

Loi sur les langues officielles

La première *Loi sur les langues officielles* est entrée en vigueur en 1969. Son objet était de protéger les droits linguistiques des Canadiens dans le cadre de leurs relations avec les institutions fédérales et de définir les obligations de ces institutions. La *Loi* a été modifiée en 1988 afin d'inclure, à l'article 41, que le gouvernement fédéral s'engage à soutenir la vitalité des minorités francophones et anglophones du Canada, à soutenir et à favoriser leur développement et à promouvoir la reconnaissance pleine et entière de l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne. Cet engagement a désormais trait non seulement à l'accès aux services pour les CLOSM, mais aussi à la contribution active des institutions fédérales à leur développement et à leur croissance.

Afin de promouvoir le français et l'anglais, la *Loi sur les langues officielles* exige que le gouvernement fédéral s'engage à faire ce qui suit :

- « favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et appuyer leur développement [et] promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne » (article 41);
- « le ministre du Patrimoine canadien, en consultation avec les autres ministres fédéraux, suscite et encourage la coordination de la mise en œuvre par les institutions fédérales [des engagements formulés dans l'article 41] » (article 42);
- « le ministre du Patrimoine canadien prend les mesures qu'il estime indiquées pour favoriser la progression vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne » (article 43);
- chaque année, « le ministre du Patrimoine canadien dépose un rapport annuel au Parlement sur les questions relevant de sa mission en matière de langues officielles » (article 44).

Le 24 novembre 2005, le projet de loi S-3, *Loi modifiant la Loi sur les langues officielles (promotion du français et de l'anglais)* a reçu la sanction royale. En vertu de cette loi, toutes les institutions fédérales doivent veiller à ce que des mesures positives soient prises pour mettre en œuvre les engagements du gouvernement de favoriser l'épanouissement des communautés de

langue officielle françaises et anglaises en situation minoritaire au Canada tout en respectant les compétences et les pouvoirs des provinces et des territoires. Ces modifications étaient les suivantes :

- renforcer l'engagement du gouvernement fédéral formulé dans la partie VII en ajoutant, au paragraphe 41(2), que les institutions fédérales ont l'obligation de prendre des mesures positives afin de mettre en œuvre cet engagement;
- favoriser les occasions de renforcer la responsabilisation et fournir des outils supplémentaires donnant au gouverneur en conseil le pouvoir de fixer par règlement les modalités d'exécution des obligations des institutions fédérales en vertu de la partie VII;
- rendre la partie VII exécutoire en ajoutant, à l'article 77, le pouvoir qu'ont les particuliers de déposer des plaintes devant le Commissaire aux langues officielles et d'exercer un recours devant la Cour fédérale.

Exigences du Programme

La mission de Santé Canada est d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. La Direction générale de la politique de la santé réalise des activités stratégiques afin d'aider le Ministère à prendre des décisions visant à protéger et à améliorer la santé des Canadiens et des activités liées aux programmes afin de soutenir l'exécution des programmes et la prestation des services à l'intention des Canadiens.

En mai 1999, Santé Canada a créé le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle. Ce Bureau s'est joint à la Direction générale de la politique de la santé en juin 2005.

Le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) est chargé de favoriser un accès équitable aux services de santé par les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) dans la langue de leur choix en jouant un rôle de chef de file dans la coordination et la mise en œuvre d'activités aux termes de l'article 41 de la partie VII de la *Loi sur les langues officielles* et en offrant un soutien pertinent en matière de politiques, de programmes, de recherches et d'évaluations à ces activités. Pour réaliser son mandat, le BACLO mène des activités à caractère opérationnel liées aux programmes et des activités liées aux politiques.

En 2000, Santé Canada a créé deux comités consultatifs afin de conseiller le ministre de la Santé sur les manières d'améliorer la vitalité des communautés de langue officielle françaises et anglaises en situation minoritaire dans le domaine de la santé et de s'acquitter des obligations de Santé Canada en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*. Les représentants communautaires siégeant à ces comités ont été choisis dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire en raison de leur expertise en matière de santé et de leurs connaissances des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

En 2001, les deux comités consultatifs ont chacun coordonné la production d'un rapport de base touchant l'état de santé et l'accès aux services de santé dans leur communauté. Le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) a publié son rapport en juin 2001. Il y mentionnait le besoin d'offrir un soutien aux communautés francophones en situation minoritaire en matière de services de santé. Le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire (CCCASM) a publié son étude en octobre 2001. Il y confirmait que les communautés anglophones en situation minoritaire avaient des besoins semblables.

À la suite de la production de ces rapports de base, les deux comités consultatifs ont présenté des rapports sur la défense des intérêts au ministre de la Santé en 2001 et en 2002. Les recommandations suivantes étaient mentionnées :

- financement d'une stratégie quinquennale à l'appui des communautés de langue officielle en situation minoritaire;
- cinq volets intégrés d'intervention :
 - réseautage et coopération;
 - formation et perfectionnement des ressources humaines;
 - établissement d'une infrastructure de soins primaires et de lieux d'accueil qui rassemblent les professionnels de la santé et qui permettent de diriger des personnes de communautés de langue officielle en situation minoritaire vers des installations où l'on parle leur langue;
 - renseignements stratégiques (recherche);
 - technologie.

Ces rapports ont permis de modeler l'approche de Santé Canada en matière de soutien aux CLOSM.

Description du Programme

Le 12 mars 2003, le gouvernement fédéral a annoncé le *Plan d'action pour les langues officielles* (PALO). Le gouvernement investissait ainsi 119 millions de dollars sur cinq ans dans les soins de santé offerts aux communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Le Plan d'action comptait trois priorités interreliées : le réseautage des communautés (14 millions de dollars), la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé (75 millions de dollars) et l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé (30 millions de dollars)¹.

¹ L'enveloppe de 30 millions de dollars à l'intention des CLOSM du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires sera évaluée dans le cadre de l'évaluation sommative du Fonds et dans le cadre de l'évaluation sommative du Programme de contribution (mars 2008).

Les deux premières priorités du Plan d'action (c.-à-d. le réseautage et la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé) sont les principaux éléments qui permettront d'atteindre le résultat final consistant à améliorer l'accès aux services de soins de santé. Un meilleur accès aux soins exige à la fois l'établissement de réseaux communautaires qui favorisent les relations de collaboration et de coordination entre les partenaires clés et une disponibilité accrue des professionnels de la santé formés qui offrent des services dans les deux langues officielles².

En juin 2003, le gouvernement fédéral a lancé le *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire*, dans le sillage du *Plan d'action pour les langues officielles* de 2003 et du budget de la même année. Le Programme est géré par le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle et fournit du financement dans le cadre de deux volets : 1) le *réseautage* et 2) *la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé*.

Voici les principaux objectifs du Programme de contribution :

- a) améliorer l'accès aux services de santé pour les CLOSM;
- b) répondre aux besoins de ces communautés et améliorer les services de santé qui leur sont offerts afin d'améliorer leur état de santé;
- c) améliorer l'efficacité de l'ensemble du système de santé par l'amélioration des services de santé offerts aux CLOSM.

Volets du Programme

Le Programme de contribution est conçu pour permettre la réalisation de ses objectifs grâce à la mise en œuvre des deux volets principaux. Le volet *réseautage* favorise l'établissement de réseaux qui faciliteront et amélioreront la diffusion et la communication de renseignements sur la santé parmi les intervenants du secteur de la santé. L'objectif est de mobiliser les capacités des cinq principaux partenaires cernés dans l'approche « Vers l'unité pour la santé » de l'Organisation mondiale de la Santé (Boelen 2000) (c.-à-d. les décideurs, les gestionnaires du domaine de la santé, les professionnels de la santé, les établissements universitaires et les collectivités) afin d'encourager les intervenants en santé à offrir des services dans la langue officielle des communautés, de favoriser l'établissement de liens solides et durables entre les intervenants du domaine de la santé, d'atténuer les conséquences de la dispersion des communautés sur le plan géographique et de promouvoir une meilleure participation à l'échelle communautaire. Les principaux bénéficiaires du volet réseautage, la Société Santé en français (SSF) et le Quebec Community Groups Network (QCGN), rassemblent des bénéficiaires

² Voir, par exemple, David et coll., Chen.

secondaires qui ont été choisis en fonction de leurs propositions de projets qui respectaient les objectifs du Programme.

Le volet **réseautage** consacrera 14 millions de dollars sur cinq ans à l'établissement de réseaux durables qui mobiliseront les capacités des institutions, des professionnels de la santé et des communautés afin d'encourager les intervenants en santé à offrir des services dans la langue officielle des communautés, de favoriser l'établissement de liens solides et durables entre les intervenants du domaine de la santé, d'atténuer les conséquences de la dispersion des communautés sur le plan géographique et de promouvoir une meilleure participation à l'échelle communautaire. Les réseaux faciliteront l'échange de renseignements et la création de ressources qui permettront de créer de nouvelles manières d'améliorer l'accès aux services de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Les 14 millions de dollars sont séparés entre les deux communautés de langue officielle en situation minoritaire selon un ratio de deux pour un : les communautés francophones recevant 9,3 millions de dollars, et les communautés anglophones, 4,7 millions de dollars. Cette répartition tient compte du fait que les francophones sont beaucoup plus dispersés sur le plan géographique que les anglophones. Par conséquent, ils ont davantage besoin de réseaux et de ressources.

Le volet **formation et maintien en poste des professionnels de la santé** (75 millions de dollars) vise à augmenter le nombre de professionnels de la santé qui sont en mesure de fournir des services dans la langue de la communauté en situation minoritaire (anglaise au Québec et française à l'extérieur du Québec) et à promouvoir le maintien en poste des professionnels de la santé dans les CLOSM. Pour y arriver, on mise sur l'offre de cours de langue aux professionnels et aux travailleurs du domaine de la santé, la promotion de la formation en santé auprès des membres des CLOSM et l'offre d'un soutien à distance aux professionnels œuvrant dans les régions reculées.

Le volet formation et le maintien en poste du Programme est mis en œuvre grâce à la création de partenariats avec des établissements d'enseignement canadiens. Les bénéficiaires du volet dans les communautés francophones en situation minoritaire sont les établissements d'enseignement postsecondaire canadiens reconnus qui tentent d'augmenter le nombre de professionnels de la santé qui parlent français et qui œuvrent dans les communautés francophones en situation minoritaire et le Consortium national de formation en santé qui agit à titre de secrétariat et qui coordonne ces établissements (63 millions de dollars). En ce qui a trait aux communautés anglophones en situation minoritaire, le principal bénéficiaire est l'Université McGill (12 millions de dollars).

L'objectif derrière les 63 millions de dollars consacrés aux communautés francophones en situation minoritaire est d'augmenter le nombre de professionnels de la santé francophones qui travaillent dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire en améliorant l'accès aux programmes et en favorisant l'offre de ce type de formation à l'échelle du pays par le truchement des établissements d'enseignement participants, la création de cours de formation à

distance et à l'aide des médias et le renforcement des capacités au sein des établissements qui offrent de la formation aux professionnels de la santé dans les communautés francophones en situation minoritaire.

La répartition réelle des ressources est fondée sur l'augmentation du nombre de nouvelles admissions ou de nouvelles disciplines ainsi que sur les résultats attendus. En outre, jusqu'à 3 % des ressources (1,89 million de dollars) seront consacrées à la création du *Fonds de concertation de recherche* visant la facilitation, l'établissement de consensus, le soutien aux chercheurs et la sensibilisation des organisations financées³.

L'objectif des 12 millions de dollars consacrés au volet *formation et maintien en poste des professionnels de la santé* à l'intention des communautés anglophones en situation minoritaire est de promouvoir la formation professionnelle et les cours de langue dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire, particulièrement dans les régions du Québec, et de créer des mesures incitatives régionales visant le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé afin de les encourager à déménager dans les régions et à y rester.

La répartition des fonds du volet *formation et maintien en poste des professionnels de la santé* entre les deux communautés de langue officielle en situation minoritaire est fondée sur les besoins des deux communautés évalués par les deux comités consultatifs. Le tableau 1 présente une description de la répartition des engagements initiaux par volet du Programme et communauté de langue officielle.

Tableau 1 – Engagements initiaux du Programme par volet et année
(en millions de dollars)

| Volet du Programme | | 2003-2004 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 | Total |
|---|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Réseautage | Francophones | 1,3 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 9,3 |
| | Anglophones | 0,7 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 4,7 |
| Soutien et maintien en poste des professionnels de la santé | Francophones | 9,5 | 9,5 | 12,0 | 16,0 | 16,0 | 63,0 |
| | Anglophones | 0,5 | 0,5 | 3,0 | 4,0 | 4,0 | 12,0 |
| Total | | 12,0 | 13,0 | 18,0 | 23,0 | 23,0 | 89,0 |

BÉNÉFICIAIRES PRIMAIRES ET SECONDAIRES DU PROGRAMME

Nous utiliserons souvent les termes bénéficiaire primaire et bénéficiaire secondaire dans le présent rapport. Le Programme de contribution compte 14 bénéficiaires primaires (tableau 2). Ces organisations ont passé des accords de contribution avec Santé Canada afin de recevoir et de gérer des fonds dans le cadre du Programme.

³ Le budget réel du fonds consacré à l'établissement de consensus s'élève à 1,6 million de dollars.

- Le volet **réseautage** du Programme compte deux bénéficiaires primaires, un pour chaque groupe de langue officielle.
- Le volet **formation et maintien en poste des professionnels de la santé** compte 12 bénéficiaires primaires. Pour ce qui est des communautés francophones en situation minoritaire, il y a 11 accords de contribution passés avec des bénéficiaires primaires – 10 ententes avec les établissements universitaires et avec le *Consortium national de formation en santé* (CNFS) afin d’assurer la coordination de toutes les activités des institutions par un secrétariat national.

Tableau 2 – Bénéficiaires primaires du Programme de contribution

Réseautage

1 – Société Santé en français (SSF) <http://www.forumsante.ca/>
 2 – Quebec Community Groups Network (QCGN) <http://www.qcgn.ca/>

Formation et maintien en poste des professionnels de la santé

3 – Consortium national de formation en santé, Secrétariat national <http://www.cnfs.ca/>
 4 – Université Sainte-Anne, Collège de l’Acadie (Nouvelle-Écosse)
 5 – Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, campus Campbellton
 6 – Université de Moncton (Nouveau-Brunswick)
 7 – Gouvernement du Nouveau-Brunswick
 8 – La Cité collégiale (Ontario)
 9 – Université d’Ottawa (Ontario)
 10 – Université Laurentienne (Ontario)
 11 – Collège Boréal (Ontario)
 12 – Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba)
 13 – Campus Saint-Jean, Université de l’Alberta (Alberta)
 14 – Université McGill (Québec) <http://www.mcgill.ca/hssaccess/>

Le volet **réseautage** du Programme compte des bénéficiaires secondaires qui reçoivent du financement directement des deux bénéficiaires primaires. Les bénéficiaires primaires et secondaires ont signé des accords de contribution, et le financement est géré par les bénéficiaires primaires. Il y a 17 bénéficiaires secondaires associés à la portion francophone du volet **réseautage** du Programme et 10 bénéficiaires secondaires du côté anglophone. Le tableau 3 dresse la liste de tous les bénéficiaires secondaires.

Tableau 3 – Bénéficiaires secondaires (volet réseautage)

| Organisation | Région servie |
|--|----------------------------------|
| <i>Bénéficiaires anglophones du volet réseautage</i> | |
| 1 Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) | Province de Québec |
| 2 Catholic Community Services | Montréal-Est |
| 3 Coasters Association | Basse Côte-Nord |
| 4 Committee for Anglophone Social Action (CASA) | Péninsule gaspésienne |
| 5 Council for Anglophone Magdalen Islanders (CAMI) | Îles de la Madeleine |
| 6 Fraser Recovery Program | Mauricie et Centre-du-Québec |
| 7 Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (CDCEAM) | Chaudière-Appalaches et l'Érable |
| 8 Regional Association of West Quebecers | Outaouais |
| 9 Townshippers Association | Estrie et Montérégie |
| 10 Vision Gaspé Percé Now | Péninsule gaspésienne |
| <i>Bénéficiaires francophones du volet réseautage</i> | |
| 1 Réseau de santé en français de Terre-Neuve et du Labrador | Terre-Neuve-et-Labrador |
| 2 Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard | Île-du-Prince-Édouard |
| 3 Réseau pour les services de santé en français, Nouvelle-Écosse | Nouvelle-Écosse |
| 4 Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick | Nouveau-Brunswick |
| 5 Réseau-action formation et recherche | Nouveau-Brunswick |
| 6 Réseau-action organisation des services | Nouveau-Brunswick |
| 7 Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario | Est de l'Ontario |
| 8 Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario | Sud de l'Ontario |
| 9 Réseau francophone de Santé du Nord de l'Ontario | Nord de l'Ontario |
| 10 Réseau santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario | Centre-Nord de l'Ontario |
| 11 Conseil communauté en santé du Manitoba | Manitoba |
| 12 Réseau Santé en français de la Saskatchewan | Saskatchewan |
| 13 Réseau santé albertain | Alberta |
| 14 RésoSanté Colombie-Britannique | Colombie-Britannique |
| 15 Partenariat communauté en santé (PCS) | Yukon |
| 16 Réseau TNO Santé en français | Territoires du Nord-Ouest |
| 17 Santé en français au Nunavut (Safran) | Nunavut |

ÉVALUATION FORMATIVE DU PROGRAMME

L'évaluation formative du *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire* a été réalisée à mi-chemin du Programme (troisième année sur cinq). Il portait sur la période allant de la création du Programme en juin 2003 à juillet 2006. L'équipe de l'évaluation du BACLO a établi le plan de travail de l'évaluation en fonction du CGRR et avec l'appui de la DMERM. La planification de l'évaluation a commencé en 2003 avec l'approbation du plan de travail de l'évaluation en août 2006. Des pratiques de contrôle et des pratiques redditionnelles régulières ont été mises en place dès la création du Programme afin de recueillir des renseignements aux fins d'évaluation. Les données ont été recueillies de juin à octobre 2006.

Modèle logique du Programme

Vous trouverez au tableau 4 le modèle logique du Programme de contribution ainsi que des renseignements détaillés sur les activités et les résultats du Programme.

Tableau 4 – Modèle logique du Programme

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Justification | Selon une étude de Santé Canada de 2001, les obstacles linguistiques réduisent l'accès aux soins de santé et ont un impact négatif sur les soins offerts. Le Programme a été créé à la suite d'une importante consultation auprès des intervenants (communautés, organisations sans but lucratif, établissements de formation et gouvernements) afin d'améliorer l'accès aux services de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire. | |
| But ultime | Accès aux soins de santé sans obstacles linguistiques pour tous les Canadiens dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire. | |
| Objectif ultime | Accès amélioré aux services de santé des membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire. | |
| Objectifs intermédiaires | <p>Volet 1 : Réseautage</p> <ul style="list-style-type: none"> Création de réseaux durables pour favoriser l'échange de renseignements et l'élaboration de ressources et création de nouvelles manières d'améliorer l'accès aux services de santé des membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire. | <p>Volet 2 : Formation et maintien en poste des professionnels de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé œuvrant dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). |
| Ressources (Intrants) | <p>14 millions de dollars sur cinq ans (de 2003-2004 à 2007-2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> 9,3 millions de dollars aux communautés francophones en situation minoritaire 4,7 millions de dollars aux communautés anglophones en situation minoritaire | <p>75 millions de dollars sur cinq ans (de 2003-2004 à 2007-2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> 63 millions de dollars aux communautés francophones en situation minoritaire 12 millions de dollars aux communautés anglophones en situation minoritaire |

| | | |
|---|--|--|
| Activités de production | <ul style="list-style-type: none"> Favoriser les partenariats, la collaboration et les réseaux entre les intervenants du secteur de la santé (professionnels de la santé, communautés, décideurs, établissements de soins de santé et établissements de formation). Fournir un soutien technique et financier aux réseaux. Faciliter l'échange de renseignements entre les réseaux grâce à des séminaires, à des groupes de travail et à des communiqués. | <ul style="list-style-type: none"> Faciliter le recrutement, la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé dans les CLOSM grâce à des partenariats, à des collaborations, à des stratégies et à des réseaux. Faciliter et appuyer la recherche et accroître la sensibilisation dans les organisations de formation francophones. |
| Produits | <ul style="list-style-type: none"> Établissement de réseaux francophones et anglophones (17 et 10, respectivement). | <ul style="list-style-type: none"> Programmes permettant de répondre aux besoins des CLOSM. Professionnels de la santé qui répondent aux besoins des communautés de langue officielle en situation minoritaire. |
| Résultats à court terme (un an) | <ul style="list-style-type: none"> Accroissement de l'interaction et de la participation des partenaires du domaine de la santé et des membres des communautés dans les CLOSM. Hausse du recours aux ressources existantes et de l'échange de pratiques exemplaires. | <ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la capacité de formation des professionnels de la santé dans les CLOSM. Hausse du nombre d'étudiants francophones inscrits aux programmes de formation des professionnels de la santé à l'extérieur du Québec. |
| Résultats à moyen terme (de deux à trois ans) | <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre de mécanismes d'échange d'information entre les partenaires en santé et les membres des CLOSM. Hausse de l'engagement des partenaires en santé à améliorer les services de soins de santé. | <ul style="list-style-type: none"> Hausse du nombre de professionnels de la santé qui répondent aux besoins des CLOSM. Hausse de la qualité et de la quantité de l'information sur les besoins en soins de santé. Amélioration de la qualité et de la quantité des services de santé offerts aux CLOSM. |
| Résultats ultimes (quatre ans et plus) | <ul style="list-style-type: none"> Accroissement de la satisfaction des Canadiens dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Amélioration de l'accès aux services de santé dans la langue de choix de la communauté. Amélioration de la santé des Canadiens dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire. | |

Objectifs et portée de l'évaluation formative

Il convient de signaler que l'ancien gouvernement libéral a lancé le Programme de contribution en 2003. Il s'agissait d'un engagement budgétaire découlant du Plan d'action pour les langues officielles (PALO). L'objectif principal du Programme est d'améliorer les services de santé dans les CLOSM, ce qui, en retour, devrait contribuer à la vitalité de ces communautés. Cet objectif de rendre les CLOSM plus dynamiques n'est pas directement un objectif du Programme de contribution. Il s'agit plutôt d'un objectif du PALO. Par conséquent, dans le cadre de la présente évaluation, nous avons mis l'accent sur les objectifs propres au Programme de contribution.

Les objectifs de l'évaluation formative sont les suivants :

- déterminer la pertinence du Programme, principalement grâce à la collecte rétrospective de données dans le but de documenter son contexte initial;
- évaluer la pertinence du modèle du Programme, ainsi que sa mise en œuvre et son administration;
- évaluer les progrès du Programme en fonction de ses objectifs;
- obtenir les données requises pour appuyer les modifications recommandées à la conception, à l'exécution et à l'administration du Programme.

Approche utilisée dans le cadre de l'évaluation

En vue de répondre aux questions d'évaluation, nous avons recueilli des données grâce à une analyse documentaire, à un examen des documents, à des entrevues, à une enquête et à un profil statistique. Les questions sur lesquelles nous nous sommes penchés (voir le tableau 5) sont les questions habituellement posées dans le cadre d'évaluations formatives (c.-à-d. portant sur la conception, l'exécution et la gestion du Programme). Nous avons aussi posé des questions qui nous permettaient d'évaluer les progrès et la pertinence du Programme en guise de premières étapes de la rédaction d'une prochaine présentation au Conseil du Trésor.

Tableau 5 – Questions de l'évaluation

| Enjeu | Questions | Méthode |
|-------------------------|--|--|
| Pertinence | Est-ce que le Programme correspond aux priorités du gouvernement fédéral? | Examen des documents Entrevues |
| | Est-ce que le Programme complète ou répète d'autres programmes ou initiatives du gouvernement? | |
| | Les objectifs du Programme correspondent-ils aux besoins des CLOSM ⁴ ? | Profil statistique Examen des documents |
| Conception et exécution | La conception et la mise en œuvre du Programme sont-elles efficaces? - Participation des intervenants - Choix des bénéficiaires du Programme - Caractère approprié du volet réseautage - Caractère approprié du volet formation et maintien en poste - Entente de contribution en tant que méthode de financement - Caractère approprié de la répartition du financement | Analyse documentaire Examen des documents Entrevues Enquête |
| Gestion | Dans quelle mesure la gestion du Programme est-elle adéquate? - Rôle de l'agent de programme - Contrôle du Programme et systèmes redditionnels | Enquête Examen des documents |
| Progrès | À la mi-parcours du Programme, quels effets sur la formation et le réseautage peut-on déterminer? | Examen des documents Analyse documentaire |

⁴ Le Programme a trois objectifs : 1) améliorer l'accès des CLOSM aux services de santé, 2) répondre aux besoins des CLOSM et améliorer les services de santé dans ces communautés, et donc améliorer la santé de leurs membres et 3) améliorer l'efficacité du système de santé dans son ensemble en améliorant les services de santé offerts aux CLOSM. Ces objectifs étant très difficiles à mesurer, nous nous sommes penchés, dans le cadre de la présente évaluation, sur le premier objectif et, dans une moindre mesure, sur le deuxième (répondre aux besoins et améliorer les services). Nous considérons que l'examen des répercussions sur l'état de santé des CLOSM et sur le système de santé en général dépasse la portée de la présente évaluation.

Méthode

Dans le cadre de l'évaluation, nous avons utilisé plusieurs méthodes pour recueillir des données. Ces méthodes sont décrites ci-dessous.

i) Analyse documentaire

L'objectif de l'analyse documentaire était de répondre aux questions liées à la conception du Programme de la façon suivante :

- décrire les contextes théorique, historique et social du Programme de contribution afin d'évaluer la portée et les limites des activités de planification qui ont précédé son lancement;
- effectuer un survol des ouvrages portant sur l'impact des obstacles linguistiques sur l'accès aux services de santé afin d'évaluer la pertinence des activités réalisées dans le cadre du Programme de contribution;
- évaluer l'utilité d'autres approches utilisées dans le contexte canadien;
- examiner les ouvrages internationaux afin de déterminer de quelle manière les autres pays offrent des services de santé aux communautés linguistiques en situation minoritaire.

Il convient de signaler que le deuxième et le troisième objectifs ont été abordés de manière exploratoire seulement.

L'analyse documentaire a été réalisée par un chercheur, choisi par le BACLO, qui travaille pour l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques de l'Université de Moncton.

ii) Examen des documents

L'objectif de l'examen des documents était de recueillir des renseignements sur les activités, les forces et les faiblesses du Programme. L'examen des documents a permis de recueillir des renseignements touchant tous les enjeux liés à l'évaluation.

Dans le cadre de l'examen, nous nous sommes penchés sur les documents suivants :

- correspondance entre Santé Canada et les bénéficiaires primaires dès le début du processus de sélection, y compris les propositions de projets, les rapports d'étape et les rapports d'évaluation;
- documents administratifs comme les rapports financiers, les accords de contribution, les rapports annuels et les plans d'action;

- documents stratégiques comme les présentations au Conseil du Trésor, le Plan d'action pour les langues officielles et la *Loi sur les langues officielles* (y compris les modifications);
- documents produits sur demande des comités consultatifs;
- documents liés aux programmes du PICLO;
- documents liés aux projets.

Les données tirées de l'examen des documents ont été recueillies et classées grâce à une grille qui permettait d'organiser le contenu en fonction des indicateurs associés à chaque question d'évaluation. Nous avons produit un résumé des données en fonction des renseignements disponibles sur chaque indicateur. Les données ont par la suite été regroupées en fonction des thèmes. Il a par la suite été possible de tirer des conclusions générales sur le Programme de contribution.

Deux analystes des politiques et de l'évaluation du BACLO ont réalisé à l'interne l'examen des documents. Ils se sont séparés les documents. Pour assurer l'uniformité entre les deux analystes, nous avons procédé régulièrement à des vérifications du coefficient d'objectivité.

iii) Entrevues auprès des répondants clés

L'objectif des entrevues était de répondre aux questions d'évaluation liées à la pertinence et à la conception du Programme, particulièrement en ce qui a trait à la répétition d'autres programmes.

Le BACLO a fourni à une maison de sondage une liste de 34 répondants potentiels qui avaient été choisis en fonction de critères appliqués de manière officieuse. Les critères étaient les suivants : (1) une certaine connaissance des services de santé ou des services sociaux dans les CLOSM et (2) aucun lien direct avec le Programme de contribution de Santé Canada. La maison a procédé à 13 entrevues téléphoniques auprès d'universitaires et de chercheurs (n=2), d'experts internationaux (n=1), de représentants des gouvernements provinciaux (n=7) et de fournisseurs de services de soins de santé (n=3).

iv) Enquête sur Internet

Nous avons procédé à l'enquête dans le but d'obtenir différents points de vue sur les progrès réalisés dans le cadre du Programme et sur sa gestion et les activités menées.

Le BACLO a fourni une base de sondage sur laquelle figuraient toutes les personnes devant participer à l'enquête. L'échantillon incluait des administrateurs de programmes et de projets, des agents de programme (actuels et anciens) et des participants qui avaient une adresse courriel.

La base de sondage regroupait les coordonnées de 383 personnes. De ce nombre, 53 n'étaient pas utilisables parce que le courriel était invalide ou que la personne avait quitté l'organisation. Au bout du compte, le nombre de dossiers utilisables s'élevait à 330.

v) Profil statistique

Le BACLO a élaboré un profil statistique afin de décrire la situation dans les CLOSM. Ce profil a été utilisé pour répondre aux questions d'évaluation touchant la pertinence du Programme. Nous avons réuni des descriptions des CLOSM à partir d'une analyse réalisée par la Direction générale des programmes d'appui aux langues officielles de Patrimoine canadien fondée sur les résultats des recensements de 1996 et de 2001 et des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (qui ont été réalisés par Statistique Canada). Le profil statistique contient des renseignements concernant la structure par l'âge, le niveau de revenu, la scolarité, le chômage, la croissance et la mobilité de la population, la répartition en zones rurale et urbaine, les ménages sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada et l'état de santé. Nous avons aussi rassemblé des données statistiques sur les tendances comportementales liées à l'utilisation des services de santé, à la langue de service, à la satisfaction relative aux services de santé et au niveau de connaissance des programmes et des services de santé.

Analyse des données

Nous avons élaboré une grille afin de classer les données recueillies grâce aux différentes méthodes par question d'évaluation et d'aider à intégrer et à analyser les données.

Limite des méthodes

Les sections suivantes indiquent les limites de chaque source de données.

i) Analyse documentaire

Au départ, nous prévoyions procéder à une analyse documentaire systématique en ayant recours à une liste exhaustive de mots clés. Cependant, en raison des courts délais du projet, nous avons dû réduire la portée de l'analyse documentaire. Par conséquent, certains aspects (objectifs 2 et 3) n'ont pas été abordés en profondeur. Le rapport de l'analyse documentaire ne fournit aucun renseignement précis sur les critères de recherche ou les méthodes et les outils de collecte et d'analyse de données utilisés par les chercheurs. Par conséquent, il n'est pas possible de valider le respect d'une approche systématique ni de déterminer la fiabilité des données découlant de l'analyse.

ii) Examen des documents

L'examen était limité par la disponibilité et la qualité des renseignements (y compris les renseignements trouvés dans la documentation). Plus spécifiquement, nous avons découvert que certains documents étaient incomplets ou incohérents. Ce problème de qualité a eu un impact sur la quantité de données accessibles à des fins de validation avec d'autres sources de données et sur la possibilité de valider les conclusions. En outre, l'examen des documents s'appuie sur des documents rédigés par les bénéficiaires et les comités consultatifs, qui ont tous deux intérêt à ce que le Programme se poursuive. Même si nous n'aurions pas pu obtenir ces renseignements d'une autre manière, il convient de signaler que les renseignements tirés de l'examen des documents (qui ont permis de répondre aux questions sur les progrès réalisés dans le cadre du Programme) peuvent être biaisés.

iii) Entrevues

Les entrevues ont été conçues afin de recueillir les opinions de personnes qui sont au fait des enjeux touchant les langues officielles sans être liées au Programme. Des représentants des provinces et des territoires figuraient parmi les répondants. La plus importante limite de cette section semble être liée à la confusion de certains répondants entre le Programme de contribution de Santé Canada lié aux langues officielles et le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire, qui est un autre programme financé par Santé Canada comportant un volet sur les langues officielles.

iv) Enquête sur Internet

Le taux de réponse général de l'enquête était de 32,1 %. La participation des agents de programme et des bénéficiaires du volet réseautage était élevée (taux de réponse de 86 %), tandis que la participation des bénéficiaires du volet formation, y compris les enseignants, était faible (taux de réponse de moins de 20 %). Vu le faible taux de réponse des intervenants du volet formation, les données découlant de l'enquête pourraient être jugées non représentatives de ce volet – ce qui pourrait être problématique puisque ce volet obtient plus de 80 % du financement du Programme. De plus, des bénéficiaires du Programme ou des personnes participant à la gestion ou aux activités du Programme ont participé à l'enquête. Même si nous n'aurions pas pu obtenir ces renseignements d'une autre manière, il convient de signaler que les renseignements découlant de l'enquête (qui ont permis de répondre aux questions sur les progrès réalisés dans le cadre du Programme) peuvent être biaisés.

v) Profil statistique

En ce qui a trait aux résultats des recensements et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, seules des données globales étaient accessibles, ce qui signifie que deux facteurs peuvent avoir eu une incidence sur les constatations :

- La définition utilisée du terme « langue » est fondée sur la notion de langue maternelle des personnes. L'utilisation de cette définition signifie que les résultats peuvent ne pas être représentatifs des CLOSM puisque la proportion des membres des communautés qui, encore aujourd'hui, préfèrent utiliser leur langue maternelle au quotidien n'est pas connue.
- En général, les CLOSM ont tendance à être situées en zone rurale. Dans le cadre du présent rapport, nous avons utilisé des statistiques qui comparent les minorités à leur majorité respective, peu importe la taille des communautés. Par conséquent, ces statistiques comparent souvent des populations rurales à des entités composées de zones rurale et urbaine où les niveaux de service sont probablement plus élevés. Ce rassemblement de populations (rurales et urbaines) semble indiquer que les statistiques liées aux majorités peuvent ne pas être idéales aux fins de comparaison, même s'il s'agit tout de même des meilleures données actuellement accessibles.

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES CONSTATATIONS

Pertinence du Programme

L'objectif de la présente section est d'évaluer la pertinence des objectifs du Programme à la lumière des priorités du gouvernement et des besoins des CLOSM en matière d'accès aux services de santé.

QUESTION 1 EST-CE QUE LE PROGRAMME CORRESPOND AUX PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL?

L'objectif de cette question était d'évaluer si le Programme est encore une priorité. La réponse à cette question est fondée sur l'examen des documents et les entrevues.

Santé Canada considère que l'accès aux soins de santé est un important déterminant de l'état de santé d'une population⁵. Les gouvernements et les organisations de la santé des quatre coins de la planète tentent d'atténuer les inégalités en matière de santé parmi les populations en améliorant la situation des groupes désavantagés par des obstacles qui réduisent leur accès aux ressources de la santé. La mission de Santé Canada, qui est d'aider les résidents du Canada à maintenir et à améliorer leur état de santé, est réalisée, en partie, grâce à des mesures qui permettent de s'assurer qu'un large éventail de services de santé sont accessibles de manière équitable à tous les citoyens canadiens.

Les trois objectifs du Programme sont pertinents à la mission de Santé Canada. Le premier objectif ministériel du Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2006-2007 est de « mettre en valeur la viabilité, l'innovation et l'intégration du système de santé ». À la lumière de cet objectif, Santé Canada vise à « travailler de près avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de santé et d'autres groupes d'intervenants pour examiner des moyens inédits d'accroître l'efficacité et l'efficacités d'un système de santé publique, accessible à tous et équitable ».

⁵ Santé Canada dresse la liste de 12 déterminants de la santé qui influent grandement sur l'état de santé d'une population. L'accès aux services de santé se trouve parmi ces déterminants. Pour une analyse plus poussée, voir Raphael Dennis, dir. (2004), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, Toronto : Canadian Scholar's Press, p. 5.

En outre, dans le RPP, le Ministère s'engage à favoriser l'application de pratiques et de politiques administratives qui permettent d'assurer le respect des dispositions renforcées sur la responsabilisation de la *Loi sur les langues officielles*, présentées en novembre 2005, dans la prestation des services de santé aux communautés de langue officielle en situation minoritaire partout au Canada.

Le volet **formation et maintien en poste des professionnels de la santé** du Programme de contribution est conforme aux engagements énoncés dans la RPP de Santé Canada qui sont de miser sur des activités liées aux ressources humaines du domaine de la santé et d'ainsi appuyer les deux plus récents accords des premiers ministres sur les soins de santé :

- l'Accord pour le renouvellement et la viabilité à long terme des soins de santé pour les Canadiens de janvier 2003;
- le plan décennal pour consolider les soins de santé de septembre 2004.

Dans le plan décennal, le gouvernement fédéral s'est engagé à « instaurer des initiatives ciblées visant à appuyer [...] des groupes minoritaires de langue officielle afin d'accroître la réserve de professionnels de la santé dans ces collectivités ».

Santé Canada s'engage à assurer l'intégrité à long terme de notre système de santé public et de maintenir les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Tandis qu'il s'acquitte de ses responsabilités prévues dans la *Loi canadienne sur la santé* et la *Loi sur les langues officielles*, le Ministère garde à l'esprit que ce sont les provinces et les territoires qui possèdent les compétences liées à la prestation des services de santé et il n'intervient pas dans les domaines qui relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux. Cependant, Santé Canada travaille en partenariat avec les provinces, les territoires et d'autres intervenants afin d'améliorer l'accès rapide à des soins de santé de qualité.

Constatation n° 1 **Le Programme de contribution fait partie des programmes du gouvernement du Canada conçus pour soutenir les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Les objectifs du Programme semblent correspondre aux priorités pangouvernementales de la *Loi sur les langues officielles* et de la mission, des objectifs et des priorités de Santé Canada.**

QUESTION 2 EST-CE QUE LE PROGRAMME COMPLÈTE OU RÉPÈTE D'AUTRES PROGRAMMES OU INITIATIVES DU GOUVERNEMENT?

L'objectif de cette question était de déterminer si d'autres programmes ou initiatives possèdent des objectifs ou des activités pouvant contribuer à l'exécution du Programme de Santé Canada à l'intention des CLOSM. À l'opposé, la question a aussi pour objectif de déterminer si d'autres programmes, que ce soit à l'échelle fédérale ou provinciale, visent déjà les objectifs du Programme de Santé Canada à l'intention des CLOSM. Nous avons répondu à cette question d'évaluation exclusivement à la lumière des résultats de l'examen des documents.

Initiatives financées dans le cadre du PALO

Le Programme de contribution appuie deux des trois initiatives de soutien communautaire de Santé Canada lancées dans le cadre du *Plan d'action pour les langues officielles*. On s'attend à ce que ces deux initiatives soient d'importants facteurs qui permettront d'améliorer l'accès aux services de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire. La troisième initiative est gérée par le truchement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires qui a été mentionné précédemment (voir la note de bas de page à la p. 12).

En plus d'apporter un soutien aux initiatives de Santé Canada, le *Plan d'action pour les langues officielles* fournit aussi un soutien de 147,3 millions de dollars aux communautés par le truchement des initiatives de cinq autres ministères fédéraux (tableau 6). Ces investissements permettent de répondre aux attentes des communautés grâce à des mesures concrètes liées aux principaux domaines du développement de la petite enfance, des soins de santé, de la justice, de l'immigration et du développement économique.

- Soutien au développement de la petite enfance dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire à la suite d'une entente fédérale-provinciale-territoriale de 2000 visant à aider les parents de communautés de langue officielle en situation minoritaire à transmettre leur langue maternelle à leurs jeunes enfants et à encourager les provinces et les territoires à tenir compte des besoins particuliers de ces familles.
- Améliorations touchant à l'accès au système juridique dans les deux langues officielles, y compris le financement de projets auxquels participent des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, des associations d'avocats francophones et leur fédération nationale, des consultations auprès des membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire et des outils pour former les conseillers juridiques en ce qui a trait aux droits linguistiques.
- Exécution de projets pilotes de Citoyenneté et Immigration Canada visant à promouvoir l'immigration dans les communautés francophones à l'extérieur du Québec.

- Élaboration d'initiatives de développement économique de Ressources humaines et Développement social Canada et d'Industrie Canada visant à renforcer les capacités des communautés de participer à l'économie du savoir en échangeant des renseignements sur Internet et à leur permettre de tirer profit des projets de développement économique existants.

Tableau 6 – Répartition des fonds visant le développement communautaire du Plan d'action par ministère fédéral
(en millions de dollars)

| | | | |
|---|---------|---|---------|
| <i>Patrimoine canadien</i> | | <i>Justice Canada</i> | |
| • Appui aux communautés minoritaires . . . | 19,0 \$ | • Obligations juridiques | 27,0 \$ |
| • Coopération intergouvernementale | 14,5 \$ | • Accès à la justice | 18,5 \$ |
| <i>Santé Canada</i> | | <i>Citoyenneté et Immigration Canada</i> | |
| • Réseautage | 14,0 \$ | • Recrutement et intégration des immigrants | 9,0 \$ |
| • Formation et maintien en poste | 75,0 \$ | | |
| • Fonds pour l'adaptation des soins des santé primaires | 30,0 \$ | | |
| <i>Ressources humaines et Développement social Canada</i> | | <i>Industrie Canada</i> | |
| • Alphabétisation | 7,4 \$ | • Sensibilisation et counselling | 8,0 \$ |
| • Projets pilotes de garderie | 10,8 \$ | • Stages | 2,0 \$ |
| • Développement de la capacité des ONG . | 3,8 \$ | • Projets pilotes (télé-formation et télé-Àéducation) | 10,0 \$ |
| • Stages | 4,3 \$ | • <i>Francommunautés virtuelles</i> | 13,0 \$ |
| Montant total du soutien aux communautés | | 266,3 \$ | |

Le ministre des Langues officielles (qui est responsable de la coordination générale de l'ensemble des activités touchant les parties IV, V, VI et VII de la *Loi sur les langues officielles*) et le ministre du Patrimoine canadien (qui est responsable de la coordination et des obligations redditionnelles prévues à la partie VII de la *Loi*) assurent la coordination interministérielle de ces initiatives.

Un comité de direction, un comité de soutien composé de fonctionnaires, un secrétariat aux langues officielles et une direction des programmes de Patrimoine canadien assurent la coordination des activités des ministères fédéraux en matière de langues officielles. Ces structures de gouvernance assurent la coordination et le non-chevauchement de l'approche du gouvernement du Canada en ce qui a trait à l'application de la *Loi sur les langues officielles* et à la mise en œuvre du Plan d'action.

Les données laissent entendre que la justification du Programme de contribution est étroitement liée à la *Loi sur les langues officielles* (LLO) et à son objectif connexe de protéger la dualité linguistique canadienne. Plus spécifiquement, en vertu d'un des quatre objectifs de la LLO, le gouvernement fédéral doit :

“favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et appuyer leur développement, ainsi que promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne (article 41).”

Cela semble expliquer l'étroite relation entre le Programme de contribution et le Plan d'action pour les langues officielles (PALO) qui met l'accent sur le concept de la vitalité des communautés. De ce point de vue, l'objectif du Programme de contribution et ceux du PALO semblent différents, mais complémentaires.

Constatation n° 2 **À la suite du lancement du Plan d'action pour les langues officielles, six ministères fédéraux ont lancé des initiatives afin d'offrir un soutien aux communautés de langue officielle en situation minoritaire. Dans l'ensemble, ces initiatives semblent favoriser la réalisation des objectifs du PALO, et nous avons observé peu de chevauchement.**

La stratégie en matière de ressources humaines en santé

Les premiers ministres canadiens ont souligné à maintes reprises le besoin de planifier et de gérer adéquatement les ressources humaines en santé. Pour ce faire, ils ont passé de récents accords dans le domaine de la santé qui visent à s'assurer que les Canadiens ont accès aux fournisseurs de soins de santé dont ils ont besoin. Dans le même ordre d'idées, dans le budget de 2003, le gouvernement a consacré 85 millions de dollars pour répondre aux besoins en matière de RHS. Ce sont ces fonds qui ont permis l'exécution de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé de Santé Canada. Le Conseil du Trésor a approuvé la Stratégie en 2004 en y consacrant un financement continu de 20 millions de dollars par année.

Dans le cadre de la Stratégie, Santé Canada, en collaboration avec le gouvernement des provinces et des territoires et d'autres instances majeures du secteur de la santé, s'emploie à améliorer la planification et la coordination des ressources humaines en santé. La Stratégie en matière de ressources humaines en santé orientera ces efforts dans trois domaines cruciaux :

- **Planification des ressources humaines du secteur de la santé** – L'objectif de ce volet est de renforcer la base de données probantes et les capacités de planification coordonnée des RHS. L'accent est mis sur l'établissement d'une base de données nationale

qui orientera la collecte de données sur les RHS, l'élaboration d'une base de données axée sur l'offre et d'un système redditionnel pour différentes professions du domaine de la santé et divers indicateurs de scolarité nécessaires au contrôle de l'offre des professionnels de la santé. Un cadre présentant une manière novatrice de planifier les RHS en fonction des besoins de la population en matière de soins de santé et de la conception du système de santé a aussi été élaboré. Le cadre est suffisamment souple pour permettre de déployer les RHS de différentes manières pour s'adapter aux nouveaux modèles de prestation.

- **Recrutement et maintien en poste** – Ce volet vise à susciter davantage l'intérêt pour des carrières dans le domaine de la santé et à augmenter l'offre de fournisseurs de soins de santé. La Stratégie tente aussi de réduire les obstacles liés à l'admissibilité des professionnels de soins de santé ayant reçu leur formation à l'étranger et d'améliorer l'utilisation et la répartition des fournisseurs existants.
- **Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient** – Changer la façon de former les fournisseurs de soins de santé pour que la population canadienne puisse accéder davantage et plus rapidement aux services des professionnels dont elle a besoin, ce qui augmentera au bout du compte la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins de santé.

L'examen des documents a permis de déterminer que les représentants du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle consultent régulièrement la Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé de Santé Canada afin d'assurer la coordination de certaines initiatives avec des intervenants du milieu des langues officielles. Cependant, la nature et l'incidence de ces échanges sur les résultats du Programme de contribution en matière de langues officielles n'ont pas été documentées.

Autres initiatives

En 2004, le Réseau de la santé des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) a publié un survol des *Health Human Resources Policy Initiatives for Physicians, Nurses and Pharmacists*. La collecte de données pancanadiennes a permis de découvrir la prolifération des activités de sensibilisation, de formation, de recrutement et de maintien en poste et des initiatives en milieu de travail financées par le gouvernement. En outre, il y a aussi eu une augmentation du nombre d'activités de planification des ressources humaines en santé à l'échelle nationale. Le rôle du gouvernement en matière d'élaboration de politiques touchant de tels enjeux est de plus en plus central, et on considère que les besoins en ressources humaines en santé font partie du programme de renouvellement général des soins de santé. La plupart des provinces travaillent sur ce qui suit :

- mettre à jour ou remanier leurs textes législatifs sur les professions du domaine de la santé;
- financer de nouveaux postes à l'intention d'étudiants de premier cycle et de nouveaux postes de formation;
- augmenter le nombre de campagnes de recrutement organisées par les gouvernements.

Selon les résultats des entrevues, la collaboration des divers intervenants est efficace. Cependant, des répondants ont mentionné qu'ils étaient préoccupés par le fait qu'il n'y avait pas suffisamment de collaboration entre les diverses organisations et les divers ordres de gouvernement qui offrent des services aux communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Un répondant a déclaré que le respect mutuel et l'augmentation de la communication étaient la clé d'une meilleure collaboration. Il a mentionné un cas où le gouvernement fédéral a financé un projet dans une CLOSM sans consulter la province. Selon le répondant, la province avait déjà mis en place des initiatives du même type, mais elle s'était fait dire que le gouvernement fédéral annulerait le programme financé si elle ne fournissait pas de lettre de soutien. La province aurait aimé être informée d'avance et avoir l'occasion d'intégrer son propre programme au programme fédéral afin d'éviter le double-emploi et d'améliorer l'efficacité.

Constatation n° 3 **À la lumière de notre évaluation, nous déterminons que la Stratégie en matière de ressources humaines en santé ainsi qu'un certain nombre d'initiatives provinciales ou territoriales peuvent, potentiellement, contribuer à la réalisation des objectifs du Programme de contribution relatif aux langues officielles. Pour y arriver, il faut partager les infrastructures visant à fournir des renseignements ou à modifier les textes législatifs de manière à aider les responsables du volet formation et maintien en poste du Programme à concentrer leurs efforts. Cependant, il n'est pas possible de formuler des conclusions sur la mesure dans laquelle le Programme de contribution joue un rôle actif dans le cadre de ces autres initiatives.**

QUESTION 3 LES OBJECTIFS DU PROGRAMME CORRESPONDENT-ILS AUX BESOINS DES CLOSM?

L'objectif de cette question était d'évaluer si les objectifs du Programme sont pertinents à la lumière des données récentes décrivant le profil linguistique et le recours aux services de santé des CLOSM. Les données qui permettent de répondre à cette question d'évaluation viennent de l'examen des documents, de l'analyse documentaire et du profil statistique tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2005) et les résultats des recensements de 1996 à 2001.

L'élaboration du modèle du Programme qui a mené à la présentation au Conseil du Trésor de juin 2003 s'appuyait sur deux principales sources de renseignements sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Une source, touchant les francophones à l'extérieur du Québec, s'appuyait sur un rapport de recherche produit par une firme indépendante, SECOR, sous la supervision de la *Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada* (FCFA)⁶ au nom du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) de Santé Canada. Ce rapport, publié en juin 2001, s'intitule *Santé en français : pour un meilleur accès à des services de santé en français*. La deuxième source, liée aux anglophones au Québec, était un rapport de recherche soutenu par l'Institut Missisquoi et publié en octobre 2001. Le rapport s'intitulait *Consolider nos acquis*.

En 2001, quand les deux rapports de recherche ont été publiés, il n'y avait à peu près pas de recherches générales sur la santé dans les CLOSM du Canada. En ce sens, ces deux rapports ont peut-être été un point tournant dans le domaine de la recherche et ils ont peut-être été l'élément déclencheur des activités de recherche dans ce domaine au cours des années subséquentes.

Les deux rapports de recherche ont permis de cerner les besoins des communautés de langue officielle en situation minoritaire en matière de santé suivants :

- de 50 % à 55 % des francophones vivant dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire avaient souvent peu accès à des services de santé dans leur langue maternelle, voire aucun;
- il y avait d'importantes différences régionales et locales et de grandes disparités dans les services de santé offerts dans les communautés francophones en situation minoritaire;
- le besoin de mettre en place des structures ou des mécanismes qui auront pour effet d'augmenter l'autonomie et la propriété des communautés francophones en situation minoritaire dans le domaine de la santé et qui s'imbriqueront dans les systèmes de soins de santé actuels;
- dans quatre régions du Québec, l'accès à des services offerts en anglais dans le cadre de programmes de soins primaires sous l'égide de CLSC était limité, extrêmement limité ou tout simplement inexistant;
- dans sept régions du Québec, l'accès à des services médicaux généraux et spécialisés offerts par les hôpitaux en anglais était limité, extrêmement limité ou tout simplement inexistant;
- huit régions du Québec n'offraient pas d'accès modéré ou important à des services admissibles en anglais dans les centres de soins de longue durée;
- dans quatre régions du Québec, l'accès à des services en anglais offerts par les centres de la protection de la jeunesse était limité, extrêmement limité ou inexistant;

⁶ La Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) du Canada est un représentant à l'échelle nationale et internationale des communautés francophones en situation minoritaire au Canada et est composée de 12 associations communautaires francophones des provinces et des territoires ainsi que de huit associations nationales dans des secteurs précis. Sa mission est de défendre et de promouvoir les droits et les intérêts des francophones vivant dans les 12 provinces et territoires où l'anglais est la première langue officielle.

- l'accès en anglais aux programmes de réadaptation québécois était généralement faible quelle que soit la catégorie de clients;
- environ la moitié des régions administratives du Québec ne possédaient pas d'institutions de santé publique désignées offrant des services en anglais pour répondre aux besoins des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Bien que ce soit d'importants points de repère, ces rapports ont des limites. Le sondage mené sous forme d'enquête auprès des francophones à l'extérieur du Québec se limite aux intervenants de chaque région. Même si l'enquête visant les communautés anglophones en situation minoritaire compte une population de base plus importante, elle n'est pas accompagnée d'une analyse documentaire qui permettrait de situer les constatations dans un contexte international. Dans le cadre de ces deux rapports, les chercheurs ont utilisé une approche quantitative.

Il convient aussi de signaler que l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans les deux langues officielles en situation minoritaire dépend de l'accessibilité des renseignements concernant ces services. Pour avoir recours aux services, il faut savoir quels programmes sont offerts et par le truchement de quels organismes de santé. Selon un sondage de 2005, 73,1 % des anglophones du Québec ont déclaré qu'ils n'avaient pas reçu de renseignements d'organismes de services de santé et de services sociaux concernant l'accès à des services en anglais au cours des deux années précédentes (CHSSN, 2005).

Les constatations de la FCFA et de l'Institut Missisquoi vont dans le même sens que les ouvrages sur l'importance de la langue dans la prestation efficace de soins de santé. Des études confirment les résultats de ces ouvrages; elles laissent entendre que les obstacles linguistiques :

- réduisent la probabilité d'avoir recours aux services de santé à des fins de prévention;
- augmentent la durée des consultations et la probabilité d'erreurs de diagnostic et de traitement;
- réduisent la qualité des services pour lesquels la communication est essentielle (soins primaires, services de santé mentale, soins à domicile des aînés);
- ont pour effet de réduire la satisfaction générale qu'ont les utilisateurs à l'égard des soins et des services⁷.

⁷ « Des éléments convaincants permettent de prouver que les barrières linguistiques ont des répercussions sur l'accès initial aux services de santé », Sarah Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, 2001, Santé Canada, p. v1. Voir aussi Ngo-Metzger et coll., « Linguistic and Cultural Barriers to Care », *Journal of general Medicine*, 18, 2003, p. 44 à 52, Fernandez, D. Schillinger, K. Grumbach, A. Rosenthal et coll., « Physician Language Ability and Cultural Competence », *Journal of General and Internal Medicine*, 19, 2004, p. 175 à 183, Brach, Fraser et Paez, « Crossing the Language Chasm », *Health Affairs*, 24, 2005, p. 424 à 435 et Stewart M.A., « Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 152, n° 9, 1995, p. 1423 à 1433.

Cependant, selon les résultats des recensements de 1996 et 2001 (Statistique Canada) (annexe A), la langue n'était pas un obstacle à l'accès aux services de santé dans les CLOSM en raison du haut taux de bilinguisme des membres de ces communautés. Selon les résultats des recensements, le taux de bilinguisme est supérieur à 90 % dans les CLOSM de 11 provinces et territoires. Les CLOSM des deux autres provinces (le Québec et le Nouveau-Brunswick) ont des taux de bilinguisme inférieurs (61,2 % et 69,5 %, respectivement). Ces deux dernières représentent 83,7 % des membres des CLOSM. Lorsqu'on y ajoute l'Ontario, ce sont les trois provinces où la population en situation minoritaire semble représenter une « masse critique » qui exige la prestation de services centralisés ou spécialisés.

En outre, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada, 2005), qui ne tient pas compte de la langue pour définir l'accès, il n'y a pas de différences notables entre les CLOSM et leur majorité respective en ce qui a trait à la plupart des indicateurs liés aux pratiques, aux soins et à l'accès dans le domaine de la santé⁸. Une description sommaire de l'accès aux services de santé de chaque minorité en comparaison à sa majorité connexe en fonction des données de l'ESCC de 2005 est fournie ci-dessous. Vous trouverez des renseignements supplémentaires sur l'enquête à l'annexe B.

Minorité francophone – Comme c'est le cas des anglophones à l'extérieur du Québec (majorité), les francophones ont un médecin de famille attiré, ont reçu des services de soins à domicile, ont eu un vaccin contre la grippe l'année précédente et ont passé de test de PAP au cours des trois dernières années et une mammographie au cours de deux dernières. Les besoins en matière de soins de santé des membres des communautés auxquels, selon eux, on n'a pas répondu sont les mêmes pour les membres des minorités et des majorités. Les francophones des CLOSM semblent recevoir moins de soins de santé (92,8 % comparativement à 96,7 %), moins de soins offerts par un médecin (61,3 % comparativement à 67,1 %) et moins de soins communautaires (16,6 % comparativement à 19,9 %). Ils ont aussi tendance à avoir plus de difficulté à subir des interventions chirurgicales non urgentes et à obtenir des renseignements de santé. Cependant, les indicateurs de satisfaction laissent entendre que, de manière générale, les francophones des CLOSM sont plus satisfaits des soins qu'ils reçoivent que leur majorité respective.

Minorité anglophone – En ce qui concerne ces communautés, il n'y a pas autant d'anglophones qui ont un médecin de famille (72,4 % comparativement à 75,3 % pour la majorité). Cependant, tout comme les francophones (majorité), il semble que les anglophones ont reçu les mêmes services de soins à domicile et qu'ils ont les mêmes besoins soi-disant non comblés (13,4 % pour les anglophones et 12,3 % pour les francophones). Les anglophones

⁸ Il convient de rappeler aux lecteurs que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes compare les minorités à leur majorité respective sans tenir compte de la taille des collectivités. Par conséquent, les CLOSM (qui sont majoritairement rurales) sont comparées à des entités recoupant des zones rurales et urbaines où les niveaux de service sont probablement plus élevés. Cela signifie que les statistiques associées aux majorités ne sont pas les meilleurs éléments de comparaison possible, mais elles sont tout de même les meilleurs renseignements actuellement disponibles.

des CLOSM semblent plus susceptibles d'obtenir un vaccin contre la grippe chaque année (30,3 % comparativement à 24,4 %) et de passer un test de PAP (67,4 % comparativement à 64,5 %) comparativement à la majorité. Selon les données, les anglophones des CLOSM semblent bénéficier des mêmes niveaux de services de santé (91,2 % comparativement à 93,4 %), des mêmes soins d'un médecin (59,5 % comparativement à 61,6 %) et de beaucoup plus de services communautaires comparativement à la majorité (22,3 % contre 13,8 %). Cependant, ils ont tendance à avoir plus de difficulté à obtenir les soins d'un spécialiste, des renseignements sur la santé et des soins immédiats et à passer des tests. Selon les indicateurs de satisfaction, de manière générale, les anglophones des CLOSM sont moins satisfaits des soins qu'ils reçoivent que leur majorité respective.

Constatation n° 4 À l'origine, le besoin que devait combler le Programme était fondé sur des études commandées par la FCFA et l'Institut Missisquoi. Selon ces études, environ la moitié des francophones dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire avaient peu accès aux services de santé dans leur langue officielle (voire aucun accès). Depuis ce temps-là, l'ESCC (en 2005), qui ne définit pas⁹ l'accès en fonction de la langue dans laquelle les services sont offerts, laisse entendre que les différences entre les groupes majoritaires et minoritaires en matière de pratiques, de soins et à d'accès dans le domaine de la santé ne sont pas importantes. Dans cette situation, il devient difficile de déterminer si l'accès aux services et aux renseignements de santé des membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire ou de la majorité est déficient. Par conséquent, il est plus difficile de déterminer si le Programme répond à un besoin documenté.

⁹ Dans le cadre de la présente évaluation, nous n'avons pas abordé le caractère approprié des différentes définitions et ce qu'il faut faire à la lumière des plus récentes données. Le rôle de l'évaluation, en ce qui a trait aux définitions, est plutôt de sensibiliser les administrateurs du Programme aux nouvelles connaissances dans ce domaine afin qu'ils en tiennent compte dans le cadre d'une analyse stratégique plus générale visant à décider de l'avenir du Programme.

Conception et mise en œuvre du Programme

QUESTION 4 LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME SONT-ELLES EFFICACES?

L'objectif de cette question est d'évaluer si la conception et la mise en œuvre du Programme sont adéquates et si elles permettent d'augmenter l'accès aux services de santé des CLOSM. Nous évaluerons ces aspects en mettant l'accent sur les principales premières étapes de la mise en œuvre du Programme (c.-à-d. la participation des intervenants à la conception et à la mise en œuvre du Programme, le caractère approprié du processus utilisé pour choisir les bénéficiaires du Programme, le caractère approprié du volet réseautage et du volet formation et maintien en poste et le caractère approprié des accords de contribution en tant que mécanisme de financement et de la répartition du financement du Programme).

Il convient de signaler que les activités abordées liées à l'exécution du Programme relèvent de Santé Canada, tandis que les éléments mis en œuvre par les bénéficiaires seront examinés dans la section touchant les progrès réalisés dans le cadre du Programme. Pour répondre à cette question, nous avons utilisé les résultats de l'analyse documentaire, des entrevues, de l'enquête et, dans une moindre mesure, de l'examen des documents.

Participation des intervenants

Selon le Conseil canadien de la santé (2005), la participation du public contribue à améliorer la qualité des renseignements concernant les valeurs, les besoins et les préférences de la population, assure la responsabilisation du public en ce qui a trait aux processus et aux résultats du système et protège l'intérêt public.

L'analyse documentaire laisse aussi entendre qu'il y a sept conditions clés au succès des processus consultatifs : (1) la représentativité, (2) l'indépendance, (3) la participation dès le début du processus, (4) l'incidence sur les décisions stratégiques, (5) la communication de renseignements, (6) l'accessibilité des ressources et (7) le processus décisionnel structuré (Rowe et Frewer, 2000 et 2004; Forest et coll., 2000 et 2003).

En ce qui a trait au Programme de contribution relatif aux langues officielles, les deux comités consultatifs de Santé Canada ont présenté des rapports au ministre de la Santé (2001 et 2002). Ces rapports étaient accompagnés d'études de recherche à l'appui (2001). Ces études représentaient un premier effort pour comprendre les besoins des CLOSM en matière de santé et formuler des recommandations permettant d'améliorer l'accès aux services de santé des CLOSM. En outre, on s'est servi des documents produits par les comités consultatifs pour concevoir le Programme et établir les trois priorités (qui ont été cernées dans les rapports des comités consultatifs; c.-à-d. réseautage, formation et services de soins de santé primaire).

Constatation n° 5 Les comités consultatifs de Santé Canada ont participé dès le début du processus de planification du Programme de contribution relatif aux langues officielles (incidence sur la décision stratégique) en communiquant des renseignements.

Selon l'examen des documents, les membres des comités consultatifs ont été nommés en fonction de leur intérêt et de leur expertise au sujet de l'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Ils ont été choisis pour représenter la CLOSM à laquelle ils appartenaient, plutôt que pour représenter des organisations d'intervenants particulières. Par conséquent, on s'attendait à ce que les comités consultatifs soient un mécanisme pertinent permettant de conseiller de manière appropriée le Ministère sur les initiatives les plus prometteuses visant à répondre aux besoins des CLOSM.

Constatation n° 6 Vu les renseignements limités recueillis sur les antécédents des membres des comités consultatifs, il est difficile d'évaluer si ces comités respectent les critères de représentativité et d'indépendance. En outre, aucune donnée disponible ne permettait d'évaluer si les critères d'accessibilité des ressources et de processus décisionnels structurés étaient respectés.

En plus d'avoir utilisé les comités consultatifs pour favoriser la participation des intervenants à l'élaboration du Programme de contribution relatif aux langues officielles, Santé Canada a continué à consulter les intervenants des CLOSM¹⁰ d'un certain nombre de manières depuis le lancement du Programme en 2003. Par exemple :

- En 2005, le mandat des deux comités consultatifs a été révisé afin d'y inclure la prestation de conseils sur les initiatives proposées à diverses étapes d'élaboration et de mise en œuvre, ce qui permettra d'influer sur l'élaboration actuelle et future du Programme (orientation stratégique concernant les types de projets étant le plus en mesure de répondre aux besoins des CLOSM). Selon l'examen des documents, les mandats des comités sont assez vastes pour permettre aux deux comités d'entreprendre des activités différentes et d'avoir recours à des modes opérationnels différents.

¹⁰ La différence entre les membres des comités consultatifs et les intervenants des CLOSM n'a pas été documentée dans le cadre de la présente évaluation.

- Les représentants de Santé Canada et les intervenants représentant les enjeux en matière de soins de santé des CLOSM participent aussi régulièrement et activement aux consultations pangouvernementales d'intervenants que coordonne le Secrétariat des langues officielles.
- Des hauts fonctionnaires de Santé Canada participent généralement ou sont invités aux réunions ministérielles avec des organisations d'intervenants dans le cadre desquelles on présente des activités et les progrès réalisés dans le cadre des programmes visant les CLOSM de Santé Canada. Ils y sont aussi pour entendre directement les préoccupations des CLOSM et pour répondre aux questions.
- Les agents de Santé Canada dans les bureaux régionaux participent aussi directement aux consultations au niveau régional. Un coordonnateur aux langues officielles a été assigné à chaque bureau régional de Santé Canada afin d'offrir régulièrement des consultations sur place aux organisations d'intervenants des CLOSM, de fournir des renseignements sur les programmes et les services de Santé Canada offerts aux CLOSM et de recueillir des renseignements sur les besoins des CLOSM en matière de santé. Ces consultations régionales sont incluses dans le *Rapport des réalisations à l'appui de la partie VII de la Loi sur les langues officielles*.
- Les intervenants peuvent fournir des commentaires aux représentants de Santé Canada grâce au processus pangouvernemental annuel de consultation des intervenants organisé par les institutions fédérales.

En outre, le ministre et les hauts fonctionnaires du Ministère communiquent aussi directement et régulièrement avec les intervenants. En 2005, 30 lettres officielles sur les enjeux liés aux CLOSM ont été envoyées ou reçues par le ministre, et 180 lettres ont été envoyées ou reçues par des hauts fonctionnaires du Ministère. Ces lettres incluent des demandes et des confirmations de financement, des lettres demandant aux hauts fonctionnaires de participer à des conférences ou à des événements regroupant des intervenants des CLOSM ou d'y prendre la parole.

Malgré les différents instruments consultatifs, les répondants semblent préoccupés par le fait que les CLOSM locales ne participaient pas suffisamment à l'élaboration du Programme ou au processus décisionnel et qu'il devrait y avoir de meilleurs liens entre les organisations au niveau local et les divers paliers gouvernementaux.

Constatation n° 7 **On consulte les intervenants des CLOSM d'un certain nombre de manières et les comités consultatifs contribuent à la détermination de l'orientation du Programme.**

Sélection des bénéficiaires du Programme

Bénéficiaires primaires

Dès la création du Programme, les bénéficiaires primaires choisis par Santé Canada en fonction des recommandations des comités consultatifs (à confirmer par le BACLO) ont dû présenter des propositions de projets à un comité d'examen qui était responsable d'en évaluer la qualité et de formuler des recommandations sur leur amélioration. L'examen des documents n'a pas permis de déterminer sur quoi les recommandations et la sélection des bénéficiaires primaires étaient fondées.

Selon l'examen des documents, le comité d'examen de Santé Canada était composé de membres ayant une connaissance approfondie des buts, des objectifs et des résultats attendus du Programme. L'objectif de l'examen était de présenter les projets proposés au comité de sélection et de déterminer s'ils respectaient les exigences du Programme. Pour y arriver, les membres du comité ont élaboré et utilisé un outil d'évaluation. Cependant, l'examen n'a pas permis d'obtenir des renseignements sur les forces et les faiblesses des critères de l'évaluation. Comme les propositions ne pouvaient pas être rejetées, elles étaient plutôt soumises à un processus de révision jusqu'à ce qu'elles soient adéquates. Les comités qui évaluaient les propositions comptaient de six à huit membres. L'évaluation n'a pas permis de déterminer quels étaient les membres du comité de sélection et s'il y avait des chevauchements avec le comité d'examen ou les comités consultatifs.

Constatation n° 8 Les données recueillies dans le cadre de l'évaluation laissent entendre qu'un processus particulier, s'appuyant sur un outil d'évaluation, a été utilisé pour choisir les bénéficiaires primaires.

Bénéficiaires secondaires

Le volet *réseautage* du Programme fait intervenir des bénéficiaires secondaires (des organisations) qui reçoivent le financement du Programme. Le Quebec Community Groups Network (QCGN) gère la Health and Social Service Networking and Partnership Initiative (HSSNPI) (la portion anglophone du volet). La HSSNPI a recours à un processus transparent et fondé sur des critères précis pour gérer tout ce qui touche la présentation, la sélection et l'approbation des organisations voulant obtenir des fonds du Programme dans le cadre de la HSSNPI. Parmi les critères d'admissibilité, mentionnons les suivants :

- expérience, expertise et capacité confirmées en ce qui concerne le fait de générer des résultats dans le domaine des services de santé et des services sociaux;
- le financement ne devrait pas s'ajouter à des fonds déjà reçus ou utilisés pour financer des activités déjà en cours;
- les fonds fournis dans le cadre des initiatives devraient servir exclusivement à l'initiative;
- durabilité éprouvée du projet (c.-à-d. le projet fournit des avantages durables, assure la viabilité à long terme des réseaux et offre un soutien financier qui subsistera une fois le projet terminé).

En ce qui a trait à la Société Santé en français, il n'était pas clair, à la lumière de l'examen des documents, qu'elle utilisait un processus précis pour choisir les bénéficiaires secondaires. Cela est peut-être attribuable au fait que les 17 réseaux francophones ont été créés par la SSF grâce à un accord de contribution distinct en vertu de l'enveloppe consacrée aux CLOSM du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

Le projet de l'Université McGill est le seul projet de formation et de maintien en poste qui assure la coordination des activités des bénéficiaires secondaires. Selon l'examen des documents, l'Université McGill a utilisé des processus de sélection et d'approbation transparents. Cependant, l'examen a permis d'obtenir très peu de renseignements sur les critères d'admissibilité généraux utilisés pour choisir les bénéficiaires secondaires. La liste des critères se trouve à l'adresse Internet suivante : <http://www.mcgill.ca/hssaccess/>.

Constatation n° 9 Deux des trois bénéficiaires primaires qui devaient choisir des bénéficiaires secondaires ont eu recours à un processus de sélection fondé sur des critères d'admissibilité généraux.

Satisfaction des bénéficiaires

Dans le cadre de l'*enquête en ligne*, on a demandé aux bénéficiaires primaires (des volets réseautage et formation) d'évaluer leur expérience du processus d'approbation du Programme de contribution. De manière générale, les bénéficiaires primaires des volets réseautage et formation formulent des commentaires relativement positifs sur le processus. Sur une échelle d'évaluation allant de fortement en désaccord à fortement en accord, un pourcentage élevé de répondants ont indiqué ce qui suit :

- leur demande a été évaluée équitablement (83 %);

- les objectifs étaient clairs durant le processus d’approbation (83 %);
- les renseignements requis étaient pertinents aux fins d’évaluation (76 %);
- le processus de demande était clair et facile à comprendre (76 %);
- la quantité de renseignements requis était adéquate (75 %);
- le processus d’évaluation des demandes a été réalisé de manière ouverte et transparente (71 %).

Le seul aspect du processus d’approbation au sujet duquel beaucoup de bénéficiaires primaires ont mentionné un certain degré de frustration est le délai de traitement. Seulement un répondant sur dix (10 %) était fortement en accord avec l’énoncé selon lequel le délai de traitement était équitable, tandis que le tiers (34 %) croyait qu’il ne l’était pas. Un répondant de l’enquête a déclaré que la meilleure manière d’améliorer la relation (entre les unités du réseau et l’organisme de coordination) serait de simplifier le processus de demande. Il y a trop de détails requis. Les personnes ayant participé aux *entrevues auprès des répondants* ont recommandé la simplification du processus de demande du Programme de contribution. Cela va dans le même sens que l’opinion générale des répondants selon laquelle la faiblesse générale des accords de contribution était l’imposant fardeau administratif. Plusieurs répondants ont souligné que, une fois qu’ils avaient obtenu toutes les approbations nécessaires dans le cadre du Programme de contribution et qu’ils commençaient à recevoir le financement, plusieurs mois s’étaient déjà écoulés (sur un programme qui dure deux, trois ou quatre ans). Il était donc difficile d’atteindre tous les objectifs. En outre, de petites organisations ont peut-être décidé de ne pas présenter de demande de financement parce qu’elles n’avaient pas les ressources nécessaires pour respecter les exigences complexes associées aux propositions.

L’*examen des documents* a permis de découvrir que deux vérifications successives de la première année de financement de la *Société Santé en français (volet réseautage)* en 2003 ont grandement retardé l’élaboration des activités de réseautage au sein des communautés francophones.

Constatation n° 10 De manière générale, les bénéficiaires primaires formulaient des commentaires relativement positifs concernant le processus de sélection et d’approbation. La seule préoccupation était les délais de traitement, et une simplification du processus de demande a été suggérée.

Caractère approprié du volet réseautage

Le volet réseautage du Programme de contribution fait la promotion de la création de réseaux devant faciliter et améliorer la diffusion et la communication des renseignements sur la santé entre les intervenants du secteur de la santé. Le principal objectif de ce volet est de renforcer l'autonomie des CLOSM locales dans le domaine de la santé en favorisant la participation des membres de la communauté, en échangeant des renseignements, en mettant en place des ressources et en créant des liens durables avec des partenaires qui ont la capacité d'influer sur la planification et la prestation des services.

Selon les résultats des entrevues, il est important que le réseau soit géré au niveau communautaire afin de favoriser une réelle compréhension des enjeux des communautés. Dans le même ordre d'idées, les répondants ont aussi suggéré de recueillir davantage de données sur les communautés afin d'aider les réseaux locaux à bien informer les gestionnaires régionaux du domaine de la santé et les décideurs des gouvernements provinciaux qui conçoivent, planifient et offrent les services aux membres des CLOSM et à avoir une incidence sur les décisions de ces derniers.

Les répondants ont aussi suggéré une collaboration accrue entre tous les ordres de gouvernement et les autres principaux intervenants. Selon eux, l'amélioration de la collaboration entraînerait la prestation de services plus uniformes et plus efficaces de même que des économies en matière d'affectation des ressources. Cette constatation est conforme à l'analyse documentaire dans laquelle il a été suggéré de passer des accords de partenariat avec les provinces et les territoires pour augmenter l'accès à des services de santé en français à l'extérieur du Québec. Ces accords de partenariat permettent de réduire l'exclusion géographique et politique des CLOSM.

Cependant, l'analyse documentaire a permis de constater que les réseaux ont peut-être une capacité limitée de créer des ressources dans le domaine de la santé. Il a été dit que, pour l'instant, les objectifs ne mentionnent pas spécifiquement la mise en œuvre ou la prestation de services de santé appropriés du point de vue linguistique et que, à cet égard, l'exemple des États-Unis pourrait inspirer une approche plus structurée notamment pour les régions où le nombre restreint de francophones ne justifie pas la prestation de nouveaux services ou la création de centres de santé communautaire (p. 13).

En effet, le modèle mis en œuvre aux États-Unis vise à garantir l'optimisation des services pour chaque personne (approche individualiste). De manière générale, pour mettre en place une telle approche, il faut favoriser une communication appropriée entre le patient et le fournisseur de soins. Cette approche est différente de l'approche visée par le Programme de contribution de Santé Canada qui tente plutôt de garantir un droit collectif à un service dans la langue de la communauté, quand la langue est différente de celle de la majorité ou quand la langue de la minorité culturelle s'est vu accorder un statut officiel (approche communautaire).

Selon l'analyse documentaire, nous ne pouvons pas déterminer s'il serait approprié de mettre en œuvre une de ces approches à l'échelle canadienne. Selon l'analyse, les approches qui garantissent un droit collectif aux CLOSM sont plus susceptibles d'augmenter la vitalité des communautés grâce à l'élaboration de politiques qui donnent le contrôle des institutions de santé aux CLOSM. Cependant, il n'est pas possible de déterminer si le potentiel d'augmenter l'accès aux services de santé est le même. En ce qui a trait aux objectifs du Programme de contribution de Santé Canada, l'analyse documentaire laisse entendre que les approches individualistes sont peut-être plus appropriées, particulièrement dans les régions où la taille de la minorité ne justifie pas la création de nouvelles institutions de santé.

De manière générale, les auteurs des ouvrages examinés dans le cadre de l'analyse documentaire semblent relativement sceptiques au sujet du caractère approprié des réseaux. Ils laissent entendre que « l'approche retenue (réseautage) ne vise pas à élaborer ou à mettre en œuvre des services qui seront offerts en français¹¹. Les partenariats peuvent favoriser la création de services, mais, rien ne garantit qu'un tel objectif sera atteint par la seule création de partenariats. Dans les communautés où les ressources sont limitées, la création de réseaux ne garantit pas la création de nouvelles ressources dans le domaine de la santé [...].

Constatation n° 11 Selon les données recueillies, la conception du volet réseautage exigera peut-être des rajustements afin de maximiser son potentiel de contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé des CLOSM.

Caractère approprié du volet formation et maintien en poste

Le volet formation et maintien en poste a été conçu afin d'augmenter le nombre de professionnels de la santé pouvant fournir des services dans la langue des communautés en situation minoritaire (anglaise au Québec et française à l'extérieur du Québec) et de promouvoir le maintien en poste de professionnels de la santé dans les CLOSM. Pour atteindre ces objectifs, il faut offrir des cours de langue aux travailleurs et aux professionnels du domaine de la santé, promouvoir la formation en santé des membres des CLOSM et offrir un soutien à distance aux professionnels œuvrant dans les régions isolées.

¹¹ Cette phrase est tirée de l'analyse documentaire. Selon les données tirées des autres sources, il est raisonnable de croire que cet énoncé s'applique aussi aux réseaux anglophones.

Il convient de signaler que, de manière générale, l'évaluation a permis d'obtenir peu de renseignements sur le volet formation et maintien en poste (particulièrement en ce qui a trait à la formation et au maintien en poste des professionnels). La majorité des renseignements recueillis étaient liés à la composante sur les cours de langue du volet. La majorité des répondants de l'évaluation avaient l'impression qu'il y avait une pénurie de professionnels de la santé capables de parler adéquatement la langue de la minorité. En outre, tandis qu'ils faisaient relativement confiance au volet réseautage, certains répondants remettaient en question la pertinence ou le potentiel du volet formation et maintien en poste.

Il semblait difficile pour les répondants d'indiquer comment régler le problème de la pénurie. Malgré ce fait, ils soulignaient qu'il fallait faire plus pour offrir des cours de langue aux professionnels de la santé, même s'ils remettaient encore en question le potentiel des initiatives de formation de favoriser l'accès aux services de santé. Les répondants ont souligné que donner des cours de langue aux professionnels de la santé pour qu'ils deviennent réellement bilingues est une entreprise à long terme. En outre, les professionnels qui reçoivent des cours de langue seconde n'acquerront pas nécessairement les compétences linguistiques nécessaires pour comprendre les nuances inhérentes au domaine de la santé. De plus, selon l'enquête, la plupart des répondants qui offrent des cours de langue pensaient que les programmes et leur conception ne permettaient pas aux étudiants de comprendre et de véhiculer des concepts très complexes ou très techniques. Cependant, la plupart croyaient que le Programme permettait aux étudiants de comprendre et de communiquer des concepts non techniques dans leur deuxième langue officielle.

Les répondants ont aussi laissé entendre que les personnes qui quittent les collectivités pour apprendre une langue ont tendance à ne pas revenir. Il n'était pas clair, à la lumière des données découlant des entrevues, si les personnes qui quittent les CLOSM pour poursuivre leurs études postsecondaires ont tendance à revenir. À ce sujet, l'analyse documentaire laisse croire que l'endroit où les étudiants reçoivent leur formation peut avoir une incidence sur l'endroit où ils s'établiront et où ils travailleront après avoir obtenu leur diplôme (Chan et Barer, 2000). Selon l'enquête, le bilinguisme est l'une des exigences pour entreprendre une formation professionnelle dans les universités et les collèges qui ciblent les CLOSM. Vu le taux élevé de bilinguisme dans les CLOSM, cela peut être une indication que les collèges et les universités ciblent les personnes qui sont les plus susceptibles de retourner dans les CLOSM.

Les constatations des entrevues et de l'analyse documentaire qui soutiennent l'importance d'une meilleure collaboration entre les différents ordres de gouvernement sont peut-être aussi pertinentes dans le contexte du volet formation et maintien en poste. Une meilleure collaboration sera peut-être nécessaire pour améliorer la prestation des services de soins de santé et l'affectation des ressources (des compétences principalement provinciales).

Constatation n° 12 Selon les données accessibles dans le cadre de l'évaluation, des répondants semblent préoccupés par la capacité du volet formation et maintien en poste (plus particulièrement l'aspect lié au cours de langue) d'atteindre l'objectif du Programme d'augmenter l'accès aux services de santé des CLOSM.

Accords de contribution comme méthode de financement

Au Canada, on a recours depuis longtemps aux programmes de contribution pour favoriser le développement des collectivités. Fait à souligner, cette stratégie de financement a été utilisée pour créer des programmes dont la mission était, entre autres, de faire participer les groupes désavantagés ou minoritaires et de renforcer leur autonomie.

Par exemple, le Programme des langues officielles dans l'enseignement de Patrimoine canadien existe depuis 1970. Il soutient les gouvernements provinciaux et territoriaux qui offrent des programmes d'enseignement dans la langue de la minorité et des cours de langue seconde. Ce programme a probablement contribué à la création de systèmes d'éducation à l'intention des communautés francophones en situation minoritaire du Canada et à offrir des cours dans la langue de la minorité et des programmes d'immersion en français.

En ce qui a trait aux forces et aux faiblesses des accords de contribution, les répondants ont mentionné que la clarté des modalités et les dispositions sur la responsabilisation étaient des forces. Ils ont aussi déclaré que les accords de contribution ont tendance à encourager la participation communautaire puisque le financement a une incidence directe sur les organisations communautaires. Cependant, la principale préoccupation liée à la structure du financement du Programme de contribution est liée à sa courte durée (cinq ans). Les programmes de réseautage et de formation doivent avoir des répercussions à court et à long termes. Bien que des ententes de renouvellement du financement soient prévues après 2008, leur modalités ne sont toujours pas connues. Par conséquent, il est difficile pour les organisations et les collectivités de planifier à long terme (après les cinq années que dure le Programme) puisque le financement est seulement garanti pour une courte période de cinq ans.

D'autres préoccupations soulevées par les répondants touchaient le fardeau administratif. Les répondants faisaient remarquer que les exigences redditionnelles devraient être simplifiées afin de les rendre plus efficaces et moins chronophages. Ils ont aussi laissé entendre que, en raison du fardeau redditionnel, les petites organisations hésitent peut-être à présenter des demandes de financement. Ils ont ajouté que la clarté des modalités, qui était selon eux une force, pouvait, dans certains cas, restreindre la capacité des bénéficiaires d'adapter le Programme aux besoins de la communauté.

Constatation n° 13 De manière générale, les accords de financement conclus dans le cadre du Programme de contribution de Santé Canada semblent être un mécanisme de financement satisfaisant. Vu le manque de renseignements recueillis aux fins de comparaison avec d'autres mécanismes de financement, il n'est pas possible de conclure qu'il s'agit du mécanisme le plus approprié.

Caractère approprié de la répartition du financement

Dans le budget fédéral de 2003, le gouvernement a fourni 89 millions de dollars sur cinq ans (de 2003-2004 à 2007-2008) à Santé Canada pour le financement du Programme. Conformément aux conditions approuvées du Programme, tous les fonds ont été distribués sous forme de contributions. Les fonds consacrés à la gestion et à l'administration du Programme provenaient des niveaux de référence de Santé Canada.

Vous trouverez au tableau 7 une estimation de la répartition du financement du Programme selon la province et le territoire en fonction du montant nominal et du montant par personne. Les estimations des dépenses tirées de l'examen des documents associés aux projets incluent les chiffres réels jusqu'à juillet 2006 et les dépenses prévues jusqu'en mars 2008¹². Le tableau compare la répartition du financement et la population. Il convient de signaler qu'il faut interpréter ces comparaisons avec prudence puisque les fonds du volet réseautage sont combinés aux fonds du volet formation. Par conséquent, les provinces et les territoires qui n'ont pas d'établissements de formation peuvent sembler recevoir un financement relativement bas en raison du fait que les fonds consacrés au volet formation sont comptabilisés dans la province ou le territoire où se trouve l'établissement d'enseignement.

¹² Les fonds remis sont différents des engagements initiaux présentés au tableau III.2 parce que des changements ont été apportés tout au long des projets. Il s'agit de petites variations. Le secrétariat du CNFS présente des variations plus importantes puisque des institutions membres du CNFS peuvent procéder à des transferts par l'entremise du secrétariat du Consortium. Les montants plus importants que prévus associés au secrétariat du CNFS peuvent donc être attribuables à des montants transférés et non pas nécessairement à des fonds utilisés par le secrétariat.

Tableau 7 – Répartition des fonds du Programme par province et territoire

| | Population totale | Population des CLOSM, 2001 | | | Financement du Programme | | |
|---|-------------------|----------------------------|------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------------|
| | | Nombre de personnes | Pourcentage de la population | Répartition par province et territoire | Montant | Répartition par province et territoire | Montant par membre des CLOSM |
| Fonds des provinces et des territoires | | | | | | | |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 508 075 | 2 098 | 0.4% | 0.1% | 246 160 \$ | 0.28% | 117 \$ |
| Île-du-Prince-Édouard | 133 385 | 5 275 | 4.0% | 0.0% | 258 004 \$ | 0.29% | 49 \$ |
| Nouvelle-Écosse | 897 565 | 33 768 | 3.8% | 1.8% | 1 844 632 \$ | 2.08% | 55 \$ |
| Nouveau-Brunswick | 719 710 | 238 452 | 33.1% | 12.5% | 21 030 592 \$ | 23.76% | 88 \$ |
| Québec | 7 125 580 | 918 955 | 12.9% | 48.2% | 15 693 294 \$ | 17.73% | 17 \$ |
| Ontario | 11 285 545 | 527 708 | 4.7% | 27.7% | 30 896 407 \$ | 34.91% | 59 \$ |
| Manitoba | 1 103 700 | 43 382 | 3.9% | 2.3% | 3 276 024 \$ | 3.70% | 76 \$ |
| Saskatchewan | 963 150 | 16 552 | 1.7% | 0.9% | 378 368 \$ | 0.43% | 23 \$ |
| Alberta | 2 941 150 | 58 822 | 2.0% | 3.1% | 3 021 121 \$ | 3.41% | 51 \$ |
| Colombie-Britannique | 3 868 875 | 59 372 | 1.5% | 3.1% | 513 400 \$ | 0.58% | 9 \$ |
| Yukon | 28 520 | 882 | 3.1% | 0.0% | 230 332 \$ | 0.26% | 261 \$ |
| Territoires du Nord-Ouest | 37 105 | 915 | 2.5% | 0.0% | 219 436 \$ | 0.25% | 240 \$ |
| Nunavut | 26 665 | 415 | 1.6% | 0.0% | 228 504 \$ | 0.26% | 551 \$ |
| Total/Moyenne | 29 639 025 | 1 906 596 | 6.4% | 100.0% | 88 506 657 \$ | 100.00% | 41 \$ |
| Fonds nationaux | | | | | | | |
| SSF (coordination) | 22 513 445 | 987 641 | 4.4% | 51.8% | 1 440 000 \$ | 1.63% | 1 \$ |
| CNFS (coordination et recherche) | 22 513 445 | 987 641 | 4.4% | 51.8% | 9 230 383 \$ | 10.43% | 9 \$ |
| Total/Moyenne | | | | | 88 506 657 \$ | 100.00% | 46 \$ |

Par habitant, les dépenses associées au Programme s'élèvent, en moyenne, à 46 \$ par membre des CLOSM canadiennes (de 9 \$ par membre de CLOSM en Colombie-Britannique à 551 \$, au Nunavut). Ces montants estimés par personne peuvent être trompeurs, puisque le volet *formation et maintien en poste des professionnels de la santé* du Programme cible les établissements postsecondaires pouvant fournir un soutien éducationnel aux membres des CLOSM venant de partout au Canada et non seulement des régions environnantes.

Du point de vue nominal, l'Ontario reçoit la plus grande part du financement (34,9 %) suivi du Nouveau-Brunswick (23,8 %) et du Québec (17,7 %). Ces trois provinces comptent aussi la majorité des membres de CLOSM — en pourcentage de la population dans la province (4,7 %, 33,1 % et 12,9 %, respectivement) et en pourcentage de membres des CLOSM au Canada (88,4 % au total). Par conséquent, des données supplémentaires sur les besoins relatifs des provinces et sur l'origine des étudiants occupant des places financées dans le cadre du Programme par établissement seraient nécessaires pour analyser plus en détail le caractère approprié du financement fourni aux provinces.

En plus d'être relative à la distribution de la population, la répartition du financement est aussi fonction des trois facteurs suivants :

- (1) La décision de distribuer les fonds du volet *réseautage* selon un ratio de deux pour un (à l'avantage des communautés francophones en situation minoritaire), tel que le recommandaient les deux comités consultatifs en fonction de leur compréhension du besoin relatif des deux groupes.

Plus particulièrement, les 14 millions de dollars du volet réseautage ont été remis à deux groupes de CLOSM selon un ratio de deux pour un, les communautés francophones recevant 9,3 millions de dollars et les communautés anglophones recevant 4,7 millions de dollars. Selon l'examen des documents, cette répartition découlait du fait que les francophones sont plus dispersés que les anglophones. De ce point de vue, les comités consultatifs ont déterminé que les communautés francophones avaient davantage besoin de réseaux et de ressources et ils ont tous deux approuvé officieusement le ratio.

- (2) La décision de remettre 63 millions de dollars du volet *formation et maintien en poste des professionnels de la santé* aux communautés francophones et 12 millions de dollars aux communautés anglophones, tel que le recommandaient les comités consultatifs à la lumière de leur compréhension du besoin relatif des deux groupes.

- (3) La présence d'établissements de formation postsecondaire pour les fournisseurs de soins de santé des CLOSM à l'échelle canadienne.

L'ampleur et la nature du soutien financier à la formation dont avaient besoin les communautés francophones (qui ont reçu 63 des 75 millions de dollars consacrés au volet *formation et maintien en poste de professionnels de la santé*) étaient importantes en raison du besoin de créer des programmes d'études postsecondaires et de former des francophones dans les établissements canadiens. Du côté anglophone, il s'agissait plutôt d'améliorer les compétences linguistiques et l'accessibilité des fournisseurs de soins œuvrant dans le système de santé et le système scolaire. Cet objectif n'exigeait pas un financement important.

En ce qui a trait aux communautés anglophones en situation minoritaire, le tableau suivant (tableau 8) présente la proportion de personnes dont l'anglais est la première langue officielle, la proportion de membres des CLOSM pour chaque région et une estimation du pourcentage de fonds accordés à chaque région¹³. La part des fonds du Programme consacrés aux cours de langue est une adaptation du budget initial permettant de tenir compte des besoins et des capacités variables.

¹³ Ce tableau est un résumé des données d'un rapport de mai 2005 de l'Université McGill. Ces chiffres sont une estimation de la répartition des fonds. Cette répartition peut changer afin de répondre aux besoins régionaux.

Tableau 8 – Répartition régionale des fonds de l'Université McGill

| Région administrative | Première langue officielle (PLO) (nombre de locuteurs) | Proportion de la population anglophone | Pourcentage des fonds du Programme consacrés aux cours de langue |
|-------------------------------|---|--|--|
| Abitibi-Témiscamingue | 5 315 | 1,16 % | 3,97 % |
| Côte Nord | 5 740 | 1,25 % | 3,97 % |
| Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 9 740 | 2,12 % | 5,95 % |
| Bas-Saint-Laurent | 820 | 0,18 % | 1,98 % |
| Saguenay-Lac-Saint-Jean | 1 765 | 0,38 % | 1,98 % |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 4 885 | 1,06 % | 1,98 % |
| Estrie | 23 390 | 5,09 % | 7,94 % |
| Outaouais | 53 945 | 11,74 % | 9,92 % |
| Chaudière-Appalaches | 2 685 | 0,58 % | 1,98 % |
| Lanaudière | 8 215 | 1,79 % | 3,97 % |
| Laurentides | 30 565 | 6,65 % | 7,94 % |
| Montérégie | 129 125 | 28,10 % | 15,87 % |
| Capitale nationale | 11 065 | 2,41 % | 5,95 % |
| Montréal (secteur Est) | 118 500 | 25,79 % | 15,87 % |
| Laval | 53 385 | 11,62 % | 9,92 % |
| Nord-du-Québec | 310 | 7,00% | 0,79 % |
| Total | 459 450 | 100,00 % | 100,00 % |

Constatation n° 14 Selon les résultats de l'évaluation, le Programme a remis le financement aux régions où la population était plus importante. Cependant, il n'est pas clair si la notion de « besoin » a été prise en compte de façon adéquate afin d'assurer une répartition des fonds optimale.

Gestion du Programme

QUESTION 5 **DANS QUELLE MESURE LA GESTION DU PROGRAMME EST-ELLE ADAPTÉE?**

L'objectif de la présente section est d'évaluer la gestion du Programme en mettant l'accent sur le caractère approprié des renseignements sur le rendement fournis par les bénéficiaires et sur la capacité des agents de programme de jouer leur rôle. Les constatations de l'enquête et de l'examen des documents ont permis de répondre à cette question d'évaluation.

Rôle des agents de programme

Les agents de programme sont les principales personnes-ressources de Santé Canada auxquelles ont accès les bénéficiaires primaires. Selon l'examen des documents, les agents de programme du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle ont consacré leur temps à deux programmes : le Programme de contribution et le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP). La composante francophone du FASSP comptait 71 projets à l'étude, tandis que le Programme de contribution en comptait 14. Selon le gestionnaire de programme, un agent de programme peut s'occuper convenablement de cinq à dix dossiers.

Au moment du lancement du Programme, il y avait quatre agents de programme et un gestionnaire de programme qui travaillaient à temps plein au BACLO ainsi qu'un administrateur des finances à temps plein qui s'occupait principalement des processus liés aux paiements. Au cours des années subséquentes, le roulement des agents de programme s'est accéléré, et, la plupart du temps, le BACLO ne pouvait compter que sur deux agents de programme, comme c'était le cas à l'été 2006 quand nous avons recueilli les données dans le cadre de la présente évaluation.

Les agents de programme sont supposés être les principales personnes-ressources de Santé Canada auxquelles ont accès les bénéficiaires primaires. Cependant, selon l'enquête, les agents de programme n'ont pas tendance à communiquer fréquemment avec les bénéficiaires du Programme. En effet, six agents de programme sur neuf entraient en communication une fois ou moins par semaine avec les bénéficiaires (donnée tirée du rapport du sondage, p. 15). En outre, toujours selon l'enquête, les activités des agents de programme (n=9) incluaient les tâches suivantes :

- participer au processus d'octroi des fonds (n=7);
- communiquer les modifications apportées aux politiques et aux procédures de Santé Canada aux bénéficiaires du Programme (n=4);
- aider à modifier les accords de contribution (n=6);

- représenter Santé Canada et promouvoir ses intérêts (n=4);
- contrôler au moment opportun et de manière responsable les fonds et les activités des projets (n=4).

En ce qui a trait au contrôle des activités des projets, l'examen des documents laisse croire que les agents de programme vérifient les comptes rendus pour rester au fait de la situation. Selon des éléments probants, ils demandent des renseignements supplémentaires quand les rapports sont incomplets ou mal remplis. Cependant, il était difficile d'assurer un suivi des modifications intégrées ou d'observer tout progrès ou changement réel d'un rapport à l'autre.

Constatation n° 15 Selon les données disponibles, les agents de programme semblent avoir une importante charge de travail, de rares communications avec les bénéficiaires et des tâches plutôt associées au traitement des paiements. En outre, environ la moitié des agents de programme ont contrôlé des dossiers de projets.

L'examen des documents a permis de constater un certain nombre d'enjeux supplémentaires liés aux ressources humaines qui ont pu avoir un impact sur la capacité des agents de programme de jouer leur rôle :

- il n'y avait pas de gestionnaire de programme intérimaire au BACLO de 2002 à septembre 2005;
- le taux de roulement des agents de programme est élevé;
- la Société Santé en français a fait l'objet d'une vérification, ce qui a pu contribuer à réduire sa capacité de respecter les exigences redditionnelles durant une certaine période;
- les bureaux du BACLO ont déménagé, ce qui a compliqué la gestion des dossiers effectuée par les agents de programme.

Le degré de satisfaction des bénéficiaires primaires en ce qui a trait à l'interaction avec les agents de programme était bon. En effet, 10 répondants (bénéficiaires primaires) sur 14 ont répondu « 5 ou plus » sur une échelle de satisfaction comptant sept niveaux. Aucun répondant n'a répondu qu'il était totalement insatisfait. En ce qui concerne les répondants qui n'étaient pas satisfaits, les principales raisons étaient le fardeau administratif, le niveau de connaissance des agents de programme et la difficulté à communiquer avec un agent.

Constatation n° 16 Même si les bénéficiaires primaires sont, de manière générale, satisfaits de leur interaction avec les représentants du Programme, l'importante charge de travail des agents de programme et certains facteurs contextuels (roulement et postes vacants) ont pu influencer sur la capacité des agents de surveiller de près les projets ayant reçu des contributions.

Contrôle du Programme et systèmes redditionnels

Selon l'examen des documents, un système de contrôle est en place pour l'ensemble des projets conformément aux accords de contribution. La conception du système de contrôle est fondée sur les travaux menés en 2004 en collaboration avec les Services conseils du gouvernement (anciennement Conseils et Vérification Canada) et vise à produire un nouveau type de procédures redditionnelles. Par conséquent, les responsables des projets doivent maintenant présenter un compte rendu et un rapport financier chaque trimestre et des plans d'action et des rapports d'étape chaque année. En outre, les bénéficiaires primaires¹⁴ ont accepté de produire un rapport d'évaluation formative.

Cependant, l'examen a permis de constater que les dossiers de projets variaient énormément. Dans certains cas, les données fournies par les bénéficiaires étaient insuffisantes ou contradictoires, et les procédures de classement n'étaient pas normalisées. À l'opposé, les dossiers liés à d'autres projets contenaient des renseignements détaillés, et les renseignements sur le projet étaient bien documentés, notamment les commentaires de l'agent de programme.

Selon l'examen des documents, nous avons constaté ce qui suit :

- les rapports financiers étaient plus souvent qu'autrement présentés à temps, et aucune modification n'était nécessaire;
- les rapports annuels (ou d'étape) étaient plus souvent qu'autrement de bonne qualité. Un des rapports de projet mentionnait le recours à un outil d'établissement de rapports et de contrôle supplémentaire;
- les comptes rendus présentaient un résumé des résultats à court terme associés aux activités prévues et aux résultats prévus durant l'année. La qualité des comptes rendus variait énormément et la qualité de certains rapports semble indiquer que les responsables du projet ne possédaient pas les connaissances de base nécessaires en matière d'établissement de rapports.

¹⁴ McGill n'était pas obligée de présenter une évaluation jusqu'avant la fin d'une période de quatre ans, mais a tout de même présenté un bref rapport.

Constatation n° 17 Il y a bel et bien un système de contrôle en place. Cependant, nous n'avons pas suffisamment de données sur la nature des renseignements recueillis grâce aux différents types de rapports pour évaluer leur pertinence ou leur utilité. Le caractère plus ou moins complet et la qualité relative des dossiers de projets peuvent aussi avoir une incidence sur l'utilité du système de contrôle.

En octobre 2006, le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle avait reçu trois rapports d'évaluation, qui représentaient 13 des 14 projets financés dans le cadre du Programme de contribution. Le secrétariat du CNFS et les institutions membres du Consortium étaient visés par un seul rapport d'évaluation. Le Quebec Community Groups Network n'a pas présenté son rapport d'évaluation durant la période de collecte des données. Cependant, les évaluateurs du QCGN ont fourni une présentation PowerPoint des résultats préliminaires de l'évaluation au Bureau d'appui aux communautés de langue officielle.

Certains rapports d'évaluation répondaient aux besoins du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle en matière d'évaluation, tandis que d'autres étaient incomplets et reflétaient une mauvaise compréhension des pratiques d'évaluation. Il semble que Santé Canada n'a pas effectué de suivi suffisant auprès des bénéficiaires du Programme concernant leur évaluation.

Dans le cadre de l'enquête de l'évaluation formative, les agents de programme et les bénéficiaires ont fait part de leur appréciation des cinq outils de contrôle et d'établissement de rapports (c.-à-d. rapport financier, compte rendu, plan d'action, rapport d'étape et évaluation) et des procédures. Les bénéficiaires primaires et secondaires ont exprimé certaines préoccupations concernant les exigences redditionnelles qui, selon eux, semblaient parfois excessives.

Les répondants ont indiqué que les outils individuels d'établissement de rapports et de contrôle étaient utiles et précis et contenaient des renseignements exacts. Cependant, il n'était pas clair aux yeux des bénéficiaires, des agents de programme et de l'équipe d'évaluation de quelle façon ces outils d'établissement de rapports et de contrôle devaient permettre, une fois mis en commun, d'informer les décideurs et les administrateurs du Programme. L'intégration systématique des outils d'établissement de rapports et de contrôle est déficiente.

Constatation n° 18 Bien que les outils d'établissement de rapports et de contrôle aient reçu l'appui des intervenants, ils sont parfois considérés comme excessifs, jugement qui est peut-être exacerbé par l'apparente incompréhension de l'objectif et de l'utilisation prévue de ces outils dans le cadre des activités de gestion du Programme.

Progrès réalisés dans le cadre du Programme

L'objectif de la présente section est d'évaluer l'ampleur des progrès réalisés dans le cadre du Programme après trois ans d'activité en examinant les activités menées par les bénéficiaires primaires et secondaires. Cet exercice permettra de documenter les résultats du Programme. Ceux-ci pourront ensuite être insérés dans une présentation au Conseil du Trésor à venir, au besoin.

Question 6 À la mi-parcours du Programme, quels effets sur la formation et le réseautage peut-on déterminer?

L'objectif de la présente question est d'évaluer les progrès réalisés à la mi-parcours du Programme dans les deux domaines d'activité clés : le réseautage de même que la formation et le maintien en poste. Nous avons utilisé principalement les constatations de l'examen des documents ainsi que, dans une moindre mesure, l'analyse documentaire pour répondre à cette question d'évaluation.

Volet réseautage

Le volet réseautage du Programme de contribution promeut la création de réseaux qui favorisent et améliorent la diffusion de renseignements sur la santé et la communication entre les intervenants du secteur de la santé. Ce volet vise aussi à renforcer l'autonomie des CLOSM locales dans le domaine de la santé. Les bénéficiaires primaires du volet réseautage sont la Société Santé en français et le Quebec Community Groups Network. Ils rassemblent des bénéficiaires secondaires qui ont été choisis en fonction de la conformité de leur proposition de projet avec les objectifs du Programme.

Il y a des réseaux en place dans toutes les provinces et tous les territoires. Au Québec, dix groupes ont reçu du financement pour coordonner des activités de réseautage locales et régionales. Il y a quatre unités de réseaux en Ontario (dont une qui existait avant la création du Programme de contribution relatif aux langues officielles de Santé Canada) qui œuvrent dans tous les secteurs de la province, tandis qu'au Nouveau-Brunswick il y a trois unités de réseautage responsables de réaliser des activités de collaboration dans des secteurs particuliers. Toutes les autres provinces et tous les territoires comptent un réseau francophone.

Une importante part des activités de réseautage est liée à la communication et à la création de liens entre les intervenants (annexe C). Les dix partenaires des réseaux anglophones ont déclaré avoir organisé des forums, des groupes de travail, des réunions de réseau et des journées de réflexion entre eux ou avec des partenaires du secteur de la santé ou y avoir participé. Sur ces dix unités de réseaux, sept ont des sites Web accessibles grâce auxquels ils communiquent des

renseignements entre eux et à l'intention du public. L'ensemble des 17 réseaux francophones ont organisé des forums ou des réunions de réseau ou y ont participé. Sur les 17 unités de réseaux francophones, huit ont des sites Web fonctionnels. Le Community Health and Social Services Network est l'unité centrale qui coordonne l'ensemble des réseaux anglophones; il sert de pivot stratégique pour les autres unités de réseaux.

La plupart des répondants connaissaient le volet réseautage du Programme et y voyaient une très bonne initiative. La connaissance des services existants ainsi que des renseignements généraux sur la santé pertinents au niveau local a augmenté chez les membres des communautés, les organisations communautaires, les fournisseurs de soins de santé, les gestionnaires de la santé et les décideurs. Il appert que des représentants des CLOSM participent de plus en plus au processus décisionnel associé à la planification et à la prestation des services, particulièrement dans les régions où il y a des projets de réseautage en cours.

L'enquête sur Internet a permis de constater que 55 % des personnes qui participent aux réunions de réseau les trouvaient très utiles, car elles permettaient de tisser davantage de liens avec les professionnels du secteur de la santé. En outre, 42 % des personnes trouvaient les réunions de réseau très utiles, car elles augmentaient leurs connaissances des activités et des ressources du réseau ainsi que des besoins des CLOSM dans leur région. À l'opposé, moins de la moitié des personnes ont trouvé que ces réunions ne fournissaient pas de soutien administratif en ce qui a trait au processus de propositions et qu'elles ne permettaient pas d'acquérir des capacités et des compétences technologiques.

Grâce aux réseaux, on cherche à mobiliser les cinq principaux partenaires du domaine de la santé cernés dans l'approche « Vers l'unité pour la santé » de l'Organisation mondiale de la Santé (Boelen, 2000). Cette approche vise à favoriser l'unité par la prestation de services de santé en fonction des besoins des personnes. Selon l'enquête réalisée dans le cadre de l'évaluation, il semble que les fournisseurs de services de santé (65 %), les gestionnaires du système de santé (60 %) et les établissements d'enseignement (60 %) sont plus susceptibles d'être représentés au sein des réseaux que les représentants du gouvernement et les décideurs (27 %).

Le tableau 9 présente la mesure dans laquelle les cinq partenaires clés participent aux réseaux.

Tableau 9 – Mesure dans laquelle les partenaires clés du domaine de la santé participent aux réseaux

| Partenaire | Communication ¹⁵ | Coordination ¹⁶ | Coopération ¹⁷ | Collaboration ¹⁸ |
|---|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Fournisseurs des services de santé (N=24) | 100 % | 79 % | 67 % | 54 % |
| Gestionnaires du système de santé (N=22) | 100 % | 77 % | 73 % | 64 % |
| Représentants du gouvernement et décideurs (N=10) | 100 % | 80 % | 50 % | 50 % |
| Établissements d'enseignement (N=22) | 100 % | 86 % | 73 % | 68 % |
| Organismes communautaires (N=19) | 100 % | 84 % | 74 % | 60 % |

Le niveau de développement des réseaux et leurs répercussions sur l'accès au système de santé des membres des CLOSM varient d'une unité de réseau à l'autre. Cependant, vu la grande participation des partenaires du domaine de la santé, les réseaux sont peut-être en bonne position pour favoriser des changements ou avoir une répercussion sur l'accès des CLOSM aux services de santé.

En ce qui a trait au processus décisionnel, les bénéficiaires secondaires ont l'impression que, en tant que CLOSM, leur réseau accentue leur influence et renforce leur autonomie (81 %). De manière générale, la relation de travail entre les bénéficiaires secondaires et leur organisme de coordination est jugée bonne. Ce point a été souligné par les bénéficiaires à l'égard de leur organisme de coordination, spécialement en ce qui a trait au soutien continu de l'initiative, à la confiance envers les membres du réseau qui doivent assumer un rôle de leadership et à la compréhension des exigences administratives et des capacités en matière de ressources humaines du groupe de bénéficiaires.

Certains des avantages des activités de réseautage sont immédiats, comme la mobilisation des membres de la communauté et une sensibilisation accrue à tous les niveaux au sujet des CLOSM et des préoccupations liées à la santé. Cependant, les partenariats clés les plus susceptibles de favoriser un réel renforcement de l'autonomie et la durabilité sont encore en cours d'élaboration, et c'est à long terme que les liens durables entre les niveaux local, régional et provincial seront plus tangibles. Le fait que les communautés francophones en situation minoritaire soient à ce point éparpillées géographiquement signifie que la participation et la collaboration de ces réseaux

¹⁵ Échange de renseignements à l'avantage de l'ensemble des parties.

¹⁶ Échange de renseignements et modification d'activités en vue d'un but commun.

¹⁷ Échange de renseignements, modification d'activités et partage des ressources.

¹⁸ Échange de renseignements, modification d'activités, partage des ressources et renforcement de la capacité de l'autre partenaire au profit de toutes les parties et en vue d'un but commun.

sont un défi permanent. Pour ce qui est de la population du Québec, la reconnaissance de la situation actuelle des CLOSM par les décideurs régionaux et provinciaux est un objectif qui n'a pas encore été atteint. De plus amples renseignements sur les résultats à court terme des projets du Programme de contribution figurent à l'annexe D.

Constatation n° 19 **Au point où nous en sommes, le Programme a contribué à l'établissement d'au moins un réseau dans chaque province et chaque territoire. Cependant, les partenariats clés nécessaires pour renforcer l'autonomie des communautés et favoriser la durabilité des réseaux sont encore en cours d'élaboration.**

Volet formation et maintien en poste des professionnels de la santé

Le volet formation et maintien en poste du Programme est exécuté par le truchement de partenariats avec les universités et les collèges canadiens. Du côté des communautés francophones en situation minoritaire, les bénéficiaires de la portion de ce volet sont des établissements d'enseignement postsecondaire reconnus, qui tentent d'augmenter le bassin de professionnels de la santé qui parlent français dans les communautés francophones en situation minoritaire, et le secrétariat du Consortium national de formation en santé (CNFS) qui coordonne les projets réalisés dans ces établissements. Pour ce qui est des communautés anglophones en situation minoritaire, le seul bénéficiaire est l'Université McGill.

Consortium national de formation en santé

Le *Consortium national de formation en santé* doit utiliser le financement du Programme pour améliorer la formation de professionnels de la santé en français partout au pays par le truchement des établissements d'enseignement participants et grâce à des cours de formation à distance et à l'aide des médias. Depuis la création du Programme, les établissements membres du CNFS ont offert des cours de formation dans les domaines suivants : audiologie, ergothérapie, gérontologie, soins infirmiers (hommes et femmes), kinésiologie, médecine, nutrition, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, psychologie clinique, profession de sage-femme, sciences de laboratoire, sciences de la santé, thérapie sportive, sciences infirmières, services sociaux, technologie radiologique et travail social. Divers niveaux de programmes sont offerts. Le tableau 10 dresse la liste des programmes universitaires offerts dans les établissements du CNFS de 2003 à 2006.

Tableau 10 – Programmes universitaires offerts dans les établissements du CNFS, de 2003 à 2006

| | Programme | | | | | | | Total |
|---|------------|----------|--------------|-----------------------------|----------|----------|----------|-----------|
| | Certificat | Mineur | Baccalauréat | Certificat de premier cycle | Médecine | Maîtrise | Doctorat | |
| Université Sainte-Anne, Collège de l'Acadie (Nouvelle-Écosse) | | | 1 | | | | | 1 |
| Université de Moncton (Nouveau-Brunswick) | 1 | 1 | 7 | | | 4 | 1 | 14 |
| Québec/Accord entre le Québec et le Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick) | | | 1 | | 1 | | | 2 |
| Université d'Ottawa (Ontario) | 1 | 1 | 10 | 1 | 6 | 1 | 1 | 21 |
| Université Laurentienne (Ontario) | 1 | | 11 | 1 | | 1 | | 14 |
| Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba) | | | 1 | | | | | 1 |
| Campus Saint-Jean, Université de l'Alberta | | | 1 | | | | | 1 |
| Total | 3 | 2 | 32 | 2 | 7 | 6 | 2 | 54 |

Depuis la création du Programme, les collèges du CNFS ont rendu plus accessibles des programmes de formation dans les domaines suivants : aides-soignants, assistants en ergothérapie et en physiothérapie, hygiénistes dentaires, infirmières auxiliaires, massothérapie, services de soutien, sciences de la santé, services de soins continus, sciences infirmières, soins paramédicaux, soins auxiliaires, soins dentaires, soins palliatifs, techniciens de laboratoire médical, éducation spécialisée (techniciens), techniciens de pharmacie, techniciens en radiologie, techniciens en radiation médicale, inhalothérapie, technicien en gérontologie sociale, techniciens en électrophysiologie médicale, etc.

Le tableau 11 indique le nombre total de programmes de formation offerts par les collèges du CNFS.

Tableau 11 – Nombre de programmes créés dans les collèges du CNFS, de 2003 à 2006

| | |
|---|-----------|
| Université Sainte-Anne, Collège de l'Acadie (Nouvelle-Écosse) | 4 |
| Collège communautaire du Nouveau Brunswick – Campus Campbellton | 8 |
| La Cité collégiale (Ontario) | 18 |
| Collège Boréal (Ontario) | 14 |
| Collège universitaire de Saint-Boniface (Manitoba) | 2 |
| Total | 46 |

En plus d'offrir des cours traditionnels en classe, beaucoup d'établissements offrent des cours de formation à distance. Par exemple, le Collège Boréal a crédité des cours sur le Web, le Collège universitaire de Saint-Boniface a élaboré une série de vidéoconférences et le Collège du Nouveau-Brunswick (campus Campbellton) a élaboré et offert un programme de certificat offert exclusivement à distance.

Durant les entrevues de l'évaluation formative, les répondants ont souligné le besoin d'avoir accès à plus de ressources et à plus de professionnels de la santé, ce à quoi répond, en partie, le volet formation et maintien en poste. Certains répondants ont aussi mentionné les problèmes actuels auxquels font face les CLOSM. Deux de ces défis sont abordés, du moins en partie, dans le cadre du volet formation et maintien en poste (c-à-d. la pénurie de professionnels de la santé qui parlent la langue de la minorité avec suffisamment d'aisance dans le domaine médical et le manque d'uniformité des services offerts). Les répondants ont souligné qu'il était difficile d'obtenir des services spécialisés comme les programmes de santé mentale et souligné le manque général de connaissances des services existants parmi les membres des CLOSM. Certaines des suggestions formulées ont déjà été intégrées dans la conception des modules de formation (p. ex. investissement dans des cours de langue au niveau local à l'intention des professionnels de la santé comme le fait l'Université McGill). Une autre suggestion était de créer un centre d'apprentissage virtuel pour les professionnels qui ne peuvent pas suivre de cours en classe et qui pourraient suivre des cours sur Internet et par vidéoconférence (le CNFS a créé de nombreux programmes de formation à distance). Une autre recommandation était d'engager des interprètes aux points de service. Il s'agit d'une pratique qui a fonctionné dans d'autre pays. Il a été souligné que cela permettrait de mettre l'accent sur l'apprentissage de la langue et d'améliorer la maîtrise du français ou de l'anglais.

Selon des données recueillies dans le cadre de l'évaluation formative du Projet de formation et de recherche en santé du CNFS, un nombre de plus en plus important de candidats entreprennent leurs études de santé en français.

Dans le cadre de ce projet, l'objectif principal établi par les 10 établissements membres du Consortium était d'accepter 2 500 nouveaux étudiants sur une période de 5 ans (de 2003 à 2008). Après 4 années, 2 135 candidats se sont inscrits aux programmes de santé des établissements membres, ce qui dépasse de 34 % l'objectif du CNFS pour 2006-2007. Selon les membres du Consortium, cela signifie que le Consortium et ses partenaires pourraient atteindre et même dépasser leur objectif initial de 2 500 nouveaux étudiants.

Après trois ans d'activité, les 10 établissements membres du CNFS comptent 574 diplômés, ce qui représente une avance de 55 % sur l'objectif du projet pour 2005-2006. Au moment de la création du projet, on prévoyait que 1 200 étudiants obtiendraient leurs diplômes dans le domaine de la santé en 5 ans (de 2003 à 2008). Selon l'évaluation du CNFS, le nombre de diplômés actuels suppose qu'on atteindra l'objectif quinquennal de 1 200 diplômés.

Constatation n° 20 Par le truchement du CNFS, les fonds du Programme sont utilisés pour offrir divers programmes de formation en santé et en services sociaux à de nombreux niveaux. Cependant, les critères utilisés pour établir l'ordre de priorité de ces programmes n'ont pas été documentés dans le cadre de la présente évaluation. Les taux d'inscription des étudiants ainsi que les taux d'obtention des diplômes semblent augmenter.

Programmes de formation et de maintien en poste de McGill

Le volet formation et maintien en poste du Programme au sein des communautés anglophones en situation minoritaire au Québec est offert exclusivement par l'Université McGill.

L'Université McGill a décidé de mettre en œuvre sa stratégie de formation et de maintien en poste sur une période de trois ans (de 2005-2006 à 2007-2008). Le tableau 12 dresse la liste des diverses mesures entreprises par l'Université McGill dans le cadre du Programme. On y trouve aussi les activités générales associées à ces mesures, les délais proposés et les fonds alloués à chaque mesure.

Tableau 12 – Stratégie de formation et de maintien en poste de l'Université McGill

| | Activités | Délai | Budget estimé (en date de 2005) |
|--------------|--|--------------------------|---------------------------------|
| Mesure 1 | Création et offre de cours d'anglais langue seconde pour le personnel francophone offrant des services de santé et des services sociaux dans les 16 régions visées par le Programme. | De 2005-2006 à 2007-2008 | 4 284 000 \$ |
| | Création et offre de cours de français langue seconde pour le personnel anglophone (en particulier celui qui travaille dans un environnement francophone). | | 476 000 \$ |
| | Création et soutien d'échanges et de réseau de formateurs visant à favoriser la communication et l'échange de pratiques exemplaires. | | 990 000 \$ |
| Mesure 2 | Création et soutien de mesures incitatives liées au maintien en poste afin d'encourager les professionnels et les étudiants anglophones à travailler dans les régions. | De 2006-2007 à 2007-2008 | 3 000 000 \$ |
| | Offre de soutien professionnel et communautaire à distance. | | |
| Mesure 3 | Organisation et soutien de colloques et de conférences. | De 2005-2006 à 2007-2008 | 750 000 \$ |
| Mesure 4 | Création d'un fonds d'innovation qui permettra de financer des projets liés au recrutement et au maintien en poste d'employés (soutien apporté aux initiatives locales et régionales). | De 2006-2007 à 2007-2008 | 2 000 000 \$ |
| Total | | | 2 750 000 \$ |

Il convient de souligner qu'on a mis en place les mesures 1 et 3 en 2005-2006, tandis que les mesures 2 et 4 l'ont été en 2006-2007. Par conséquent, les données associées à ces programmes se limitent, dans la plupart des cas, à un an et aux mesures 1 et 3.

L'examen des documents a permis de constater que les taux d'inscription sont élevés dans les cours en anglais, ce qui laisse entendre que l'initiative de l'Université McGill sera peut-être un succès. Au cours de sa première année, les catégories suivantes de personnel ont reçu une formation : personnel responsable de l'accueil, y compris les services de santé et les services sociaux (56 %), les travailleurs sociaux (24 %) et les travailleurs du domaine des soins de santé (20 %). Un total de 2 460 des 5 858 étudiants demandant des services ont reçu une formation linguistique durant 2005-2006. Le résultat immédiat de ces taux d'inscription est une augmentation de la quantité de travailleurs du domaine des soins de santé capables de communiquer dans leur deuxième langue et prêts à le faire. Nous avons besoin de plus de données précises sur les types de professionnels de la santé et les domaines où les stagiaires se dirigent après leurs études pour tirer des conclusions plus solides sur les répercussions du Programme quant à l'accès à des services fournis en anglais.

Les taux d'inscription d'anglophones à des cours de français sont faibles. Nous pouvons nous demander pourquoi les objectifs ne sont pas atteints. Le soutien professionnel et le recrutement par le truchement de télésanté et de stages permettront, semble-t-il, d'atteindre le résultat visé qui est d'augmenter le nombre de professionnels de la santé et de les maintenir en poste dans les régions à l'extérieur de Montréal. Il est difficile de procéder à une évaluation à court terme parce qu'il n'y a toujours pas de diplômés issus du programme de formation professionnelle. Nous pourrions formuler davantage de conclusions sur les résultats dans l'évaluation sommative.

En plus du programme de formation linguistique, l'Université McGill a mis de côté une partie des fonds afin de les consacrer à l'organisation de colloques et de conférences. À cet égard, McGill a organisé une conférence à laquelle ont participé 250 intervenants des services de santé et des services sociaux du Québec qui regroupaient des membres clés du gouvernement provincial, des fournisseurs de service de santé et des représentants d'établissements. La mesure 3 ne représente qu'une petite portion (6,5 %) des dépenses totales. Même si d'autres activités sont prévues dans le cadre de cette mesure, ces activités seront limitées parce que cette mesure constitue seulement un instrument à l'appui des mesures de formation.

L'Université McGill a permis de créer des programmes de formation linguistique dans les 16 régions du Québec. La demande en formation linguistique est élevée, et l'Université McGill a ciblé le personnel de première ligne et des services sociaux répondant aux objectifs immédiats du Programme et aux préoccupations. L'Université a mis en place une stratégie globale visant à offrir des cours de langue et à maintenir en poste les professionnels de la santé anglophones dans les régions où il y a peu d'anglophones et les régions rurales. Les stratégies de maintien en poste seront exécutées en 2006-2007 et en 2007-2008.

Constatation n° 21 Au cours des premières années du Programme, l'Université McGill a créé des cours de langue dans les 16 régions du Québec, ce qui semble être une réussite. Les programmes de formation linguistique élaborés par McGill incluent aussi les programmes de formation linguistique en français, mais ces cours n'ont pas suscité le même intérêt.

Constatation n° 22 Puisque aucune donnée n'a été recueillie concernant les activités liées au volet « maintien en poste », il n'est pas possible d'analyser les progrès réalisés dans ce domaine.

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

Il y a d'importantes leçons à tirer de l'évaluation formative du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Vous trouverez ci-dessous les conclusions découlant de l'évaluation formative.

Conclusions clés

Pertinence – Les objectifs du Programme sont pertinents à la lumière de l'hypothèse selon laquelle l'accès aux services de santé dans sa langue maternelle est considéré comme un droit. Sinon, des données récentes semblent indiquer que l'hypothèse selon laquelle la langue est un obstacle à l'accès aux services de santé des CLOSM est peut-être erronée. Si le Programme est renouvelé, les activités associées à des initiatives comme la Stratégie relative aux ressources humaines en santé et d'autres initiatives provinciales et territoriales semblent être complémentaires à son succès. Cette conclusion s'appuie sur les constatations clés suivantes :

1. Le Programme de contribution fait partie des programmes du gouvernement du Canada conçus pour soutenir les communautés de langue officielle en situation minoritaire conformément à la *Loi sur les langues officielles*.
2. Infrastructures – La Stratégie relative aux ressources humaines en santé ainsi qu'un certain nombre d'initiatives provinciales ou territoriales – visant à fournir des renseignements ou à modifier les textes législatifs peut aider le Programme à concentrer ses efforts dans le cadre du volet formation et maintien en poste.
3. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005, les différences entre les groupes majoritaires et minoritaires ne sont pas importantes en ce qui a trait aux pratiques, aux soins et à l'accès dans le domaine de la santé.

Conception et mise en œuvre – D'après les données obtenues dans le cadre de l'évaluation, on semble préoccupé au sujet du potentiel du volet formation et maintien en poste des professionnels de la santé (tel qu'il est actuellement conçu) d'atteindre l'objectif d'augmenter l'accès aux services de santé dans les CLOSM. Néanmoins, le Programme de contribution repose sur les résultats de consultations auprès d'intervenants qui semblent être en mesure de fournir des conseils. Cette conclusion s'appuie sur les constatations clés suivantes :

4. Les comités consultatifs de Santé Canada ont grandement participé à la conception du Programme et à la détermination de l'orientation du Programme de contribution relatif aux langues officielles.

5. La conception du volet réseautage devra peut-être être modifiée de manière importante afin d'améliorer l'accès aux services de santé des CLOSM. Dans un même ordre d'idées, on semble préoccupé par la capacité du volet formation et maintien en poste des professionnels de la santé d'atteindre les objectifs du Programme.
6. Les comités consultatifs semblent être perçus comme des organismes dont les rôles ne sont pas clairs en ce qui a trait à la communication des préoccupations des communautés aux gouvernements.

Gestion du Programme – Les bénéficiaires primaires semblent satisfaits de leur relation avec le Programme, mais l'évaluation révèle qu'il est possible que la lourdeur de la charge de travail des agents ait influé sur leur capacité de bien surveiller les projets. En outre, même s'il n'était pas possible d'évaluer le caractère approprié et utile des pratiques d'établissement de rapports et de contrôle, compte tenu du manque de données, il n'a pas été non plus possible de déterminer dans quelle mesure les pratiques de surveillance ont guidé la gestion du Programme. Cette conclusion est fondée sur les constatations clés suivantes :

7. Les agents de programme semblent avoir une charge de travail importante et communiquer de manière peu fréquente avec les bénéficiaires, leurs tâches semblent plus liées au traitement des paiements et environ la moitié d'entre eux ont contrôlé des dossiers de projets.
8. Il n'y a pas suffisamment de données sur la nature des renseignements recueillis grâce aux différents types de rapports – qui sont plus ou moins complets et dont la qualité varie – afin d'évaluer leur utilité.
9. Les outils d'établissement de rapports et de contrôle semblent appréciés de façon générale, même si on les trouve parfois excessifs.

Progrès réalisés dans le cadre du Programme – À l'heure actuelle, le Programme de contribution semble sur le point d'atteindre les « résultats immédiats » de son modèle logique.

10. Des réseaux ont été établis dans tous les territoires et toutes les provinces et les partenariats clés nécessaires pour donner des moyens d'agir aux communautés se créent.
11. À l'extérieur du Québec, les inscriptions et les taux d'obtention de diplômes dans divers programmes de services sociaux et de services de santé financés par le Programme semblent augmenter.
12. Université McGill a mis en œuvre des programmes d'enseignement de l'anglais dans les 16 régions du Québec ainsi que des programmes d'enseignement du français, bien que ces derniers ne semblent pas avoir suscité autant d'intérêt.

Recommandations découlant de l'évaluation

Les conclusions de l'évaluation ont permis de cerner des lacunes dans deux domaines clés : la base de connaissances et les activités de contrôle et d'établissement de rapports dans le cadre du Programme. Ces lacunes, si on ne fait rien, pourront limiter la capacité du Programme d'évaluer dans quelle mesure ses résultats permettent d'atteindre ses objectifs. Afin de combler ces lacunes et de maximiser le potentiel du Programme d'améliorer l'accès aux services de santé des CLOSM, les recommandations qui suivent ont été formulées. Elles découlent des conclusions de l'évaluation.

Recommandation n° 1 – *Il faudrait élaborer, au sein du portefeuille de la Santé, un plan pour le regroupement et la diffusion continus de travaux de recherche objectifs, rigoureux et indépendants (lorsque possible) qui contiennent des renseignements sur des aspects liés aux CLOSM, en particulier à leur accès à des services de santé et à leur état de santé.*

Les travaux de recherche contenant de l'information sur des aspects liés aux CLOSM devraient être considérés comme un élément de la stratégie de mesure du rendement du Programme, qui devrait donc être évaluée en conséquence.

Les aspects abordés dans le cadre de cet exercice de rassemblement des données devraient inclure, au minimum, les éléments suivants :

13. des données suffisamment précises sur le type et l'intensité des services de santé disponibles dans les CLOSM par rapport aux communautés comparables de la majorité qui leur est associée;
14. des données suffisamment précises permettant d'assurer le suivi de l'évolution de l'utilisation de la langue maternelle comme principale langue parlée;
15. une analyse des lacunes permettant de comparer les services offerts au niveau communautaire et les descriptions fondées sur des éléments probants des besoins des CLOSM (état de santé) et les services disponibles à une distance raisonnable des collectivités. L'objectif est d'évaluer la meilleure conception de programme ou le meilleur ensemble d'interventions (caractère approprié et économie des intrants), pour en établir l'ordre de priorité et cerner les lacunes en matière de recherche.

De tels renseignements devraient être utiles pour effectuer ce qui suit :

- fournir des éléments probants à l'appui du développement de réseaux qui influenceront sur la planification et la prestation de services de santé en intégrant tous les intervenants nécessaires : les organisations locales, les gouvernements provinciaux, les partenaires publics du domaine de la santé et les fournisseurs de services;

- fournir un point de repère en matière de collaboration entre les milieux de la recherche de différents échelons (c.-à-d. national, provincial et régional), entre Santé Canada et d'autres ministères du gouvernement et entre les CLOSM francophones et anglophones;
- définir la répartition du financement axée sur des éléments probants aux différentes composantes du Programme et aux CLOSM;
- préparer les CLOSM en vue des évaluations du Programme.

Recommandation n° 2 – *Santé Canada devrait effectuer un examen général du modèle du Programme en vue du renouvellement de son mandat fondé sur ce qui suit : 1) un ensemble élargi d'intervenants indépendants et intéressés qui représentent bien les CLOSM à l'échelle locale; 2) les résultats de l'évaluation; 3) les données de recherche recueillies conformément à la recommandation n° 1.*

Recommandation n° 3 – *Au moment du renouvellement du Programme de contribution, Santé Canada devrait revoir son processus de sélection pour s'assurer qu'il est ouvert, transparent et fondé sur des critères précis qui permettent d'évaluer la capacité des bénéficiaires d'atteindre les objectifs fixés. Le Ministère devrait aussi faire participer tous les bénéficiaires primaires à des processus semblables pour le choix des bénéficiaires secondaires.*

Recommandation n° 4 – *En vue du renouvellement du Programme, Santé Canada devrait étudier la possibilité d'inclure dans sa présentation au Conseil du Trésor une demande de salaires et de fonds de fonctionnement pour renforcer la surveillance et veiller à ce que les données de recherche et de mesure du rendement exigées aux termes de la Politique d'évaluation du Conseil du Trésor soient disponibles pour éclairer les décideurs.*

Recommandation n° 5 – *Santé Canada devrait déterminer les indicateurs de résultat (ainsi que les définitions et les cibles connexes) nécessaires pour gérer et évaluer le Programme. Plus précisément, il faudrait recueillir et examiner périodiquement des données pour cerner les lacunes et les combler. La comparaison appropriée qui s'en suit avec les cibles établies devrait contribuer à guider la gestion du Programme.*

Recommandation n° 6 – *En partenariat avec les principaux intervenants (décideurs fédéraux, bénéficiaires et représentants des CLOSM), Santé Canada devrait s'assurer que les pratiques d'évaluation :*

16. *respectent le cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (y compris avec les ajouts à la stratégie de mesure du rendement mentionnés à la recommandation n° 5);*
17. *sont acceptées en tant qu'aide à la gestion du programme.*

Annexe A – Communautés de langue officielle en situation minoritaire du Canada – Principales caractéristiques démographiques du point de vue de la santé

| Région | Situation démographique | | | | | Bilinguisme (français-anglais) | | | Caractéristiques socio-économiques (ratio minorité/majorité) | | | Vieillessement (ratio minorité/majorité) | | Professionnels, scolarité et industrie liés à la santé (ratio minorité/majorité) | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--|---|---|---|---|--|--|--|--|---|--|
| | Population totale | CLOSM (nombre) | CLOSM (pourcentage de la population) | Modification de la population, de 1996 à 2001 | Croissance relative de la population | Bilinguisme anglais-français dans la population générale | Bilinguisme anglais-français dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire | Bilinguisme anglais-français dans les communautés de langue officielle en situation majoritaire | Lacunes en ce qui a trait à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires (par rapport à la majorité) | Taux de chômage (par rapport à la majorité) | Faible revenu (moins de 20 000 \$) comparé à la majorité | Proportion d'ainés (par rapport à la majorité) | Niveaux élevés de soins non remboursés aux aînés (par rapport à la majorité) | Employés œuvrant dans le domaine des services de santé et des services sociaux (par rapport à la majorité) | Personnes travaillant dans le domaine de la santé | Formation postsecondaire en sciences de la santé |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 508 075 | 2098 | 0,4 % | (173) | 1 | 3,9 % | 93,0 % | 3,5 % | 0,81 | 0,76 | 0,97 | 1,29 | 0,81 | 0,58 | 0,65 | 0,66 |
| Île-du-Prince-Édouard | 133 385 | 5275 | 4,0 % | (60) | 0,98 | 11,0 % | 96,8 % | 7,4 % | 1,2 | 0,99 | 1,06 | 1,76 | 1,08 | 0,68 | 0,54 | 0,54 |
| Nouvelle-Écosse | 897 565 | 33768 | 3,8 % | (843) | 0,98 | 9,3 % | 96,0 % | 5,9 % | 1,07 | 0,93 | 0,99 | 1,46 | 0,89 | 0,8 | 0,75 | 0,83 |
| Nouveau-Brunswick | 719 710 | 238453 | 33,1 % | (2 585) | 1 | 32,6 % | 69,5 % | 14,4 % | 1,33 | 1,25 | 1,08 | 1,01 | 0,97 | 1,15 | 1,13 | 1,04 |
| Québec | 7 125 580 | 918955 | 12,9 % | (6 875) | 0,98 | 37,8 % | 61,2 % | 34,6 % | 0,82 | 1,17 | 1,02 | 1,1 | 1,42 | 0,78 | 0,76 | 0,86 |
| Ontario | 11 285 545 | 527708 | 4,7 % | 15 908 | 0,97 | 11,6 % | 90,8 % | 7,8 % | 1,12 | 1,04 | 1 | 1,19 | 1,02 | 1,01 | 0,94 | 0,92 |
| Manitoba | 1 103 700 | 43383 | 3,9 % | (3 188) | 0,93 | 9,4 % | 96,8 % | 5,6 % | 1,01 | 0,74 | 0,94 | 1,56 | 0,79 | 0,98 | 0,99 | 0,91 |
| Saskatchewan | 963 150 | 16553 | 1,7 % | (1 168) | 0,95 | 5,2 % | 98,0 % | 3,5 % | 1,03 | 0,67 | 0,94 | 2,06 | 0,79 | 1 | 0,91 | 0,79 |
| Alberta | 2 941 150 | 58823 | 2,0 % | 6 323 | 1,02 | 6,7 % | 96,9 % | 4,9 % | 0,97 | 0,83 | 0,95 | 1,44 | 1,02 | 0,84 | 0,82 | 0,88 |
| Colombie-Britannique | 3 868 875 | 59373 | 1,5 % | 3 065 | 1,01 | 6,7 % | 96,8 % | 5,5 % | 0,96 | 1,09 | 1 | 1,34 | 0,82 | 0,9 | 0,93 | 0,77 |
| Yukon | 28 520 | 883 | 3,1 % | (233) | 0,85 | 10,5 % | 95,7 % | 7,3 % | 0,58 | 0,89 | 0,94 | 0,69 | 0,98 | 0,57 | 0,74 | 1,11 |
| Territoires du Nord-Ouest | 37 105 | 915 | 2,5 % | (35) | 1,01 | 7,7 % | 97,1 % | 5,6 % | 0,64 | 0,39 | 0,66 | 1,76 | 0,27 | 0,79 | 0,79 | 0,93 |
| Nunavut | 26 665 | 415 | 1,6 % | (18) | 0,90 | 4,0 % | 97,7 % | 2,9 % | 0,32 | 0,26 | 0,42 | 2,9 | 0,14 | 0,98 | 1,13 | 0,76 |
| Canadiens membres des CLOSM | 29 639 025 | 1906598 | 6,4 % | 10 120 | 0,97 | 17,0 % | 74,3 % | 13,1 % | 1,01 | 1,21 | 1,04 | 1,18 | 1,06 | 0,92 | 0,89 | 0,84 |
| Minorités francophones | 22 513 445 | 987643 | 4,4 % | 16 995 | 0,97 | | | | 1,16 | 1,17 | 1,03 | 1,24 | 0,97 | 1,02 | 0,96 | 0,91 |
| Minorités anglophones | 7 125 580 | 918955 | 12,9 % | (6 875) | 0,98 | | | | 0,82 | 1,17 | 1,02 | 1,10 | 1,42 | 0,78 | 0,76 | 0,86 |

Source : Direction générale des programmes d'appui aux langues officielles, Patrimoine canadien, 2004, en fonction des résultats des recensements de 1996 et de 2001 de Statistique Canada (1996, 2001).

Remarques : La définition de « langue » est la première langue officielle parlée (les réponses doubles sont réparties équitablement).

Le ratio majorité-minorité compare les valeurs du groupe de langue officielle en situation minoritaire dans une région donnée aux valeurs du groupe en situation majoritaire de cette région.

Annexe B – Pratiques, soins et accès dans le domaine de la santé à l'intention des groupes de langue officielle au Canada, 2005

| | Francophones à l'extérieur du Québec | Anglophones à l'extérieur du Québec | Anglophones du Québec | Francophones du Québec |
|---|--|---|--------------------------|---------------------------|
| Avez-vous un médecin de famille? | 89,1 % | 89,0 % | 72,4 % | 75,3 % |
| Besoins non satisfaits autodéclarés en matière de soins de santé | 11,0 % | 11,1 % | 13,4 % | 12,3 % |
| Évaluation personnelle de la santé (% de personnes ayant indiqué excellente, très bonne et bonne) | 86,7 % | 88,7 % | 89,9 % | 90,0 % |
| Avez-vous des problèmes de santé chroniques? | 72,4 % | 69,4 % | 67,3 % | 68,1 % |
| Avez-vous reçu des soins à domicile offerts par le gouvernement? | 2,6 % | 2,8 % | 2,9 % | 3,1 % |
| Avez-vous reçu des soins à domicile non offerts par le gouvernement? | 2,9 % | 3,2 % | 2,5 % | 3,2 % |
| Évaluation personnelle des besoins en matière de services à domicile non satisfaits | 2,4 % | 1,7 % | *1,7 % | 1,7 % |
| Avez-vous reçu un vaccin contre la grippe l'année dernière? | 37,6 % | 36,3 % | 30,3 % | 24,4 % |
| Avez-vous passé un test de PAP au cours des trois dernières années? | 72,3 % | 70,5 % | 67,4 % | 64,5 % |
| Avez-vous eu une mammographie au cours des deux dernières années? | 53,2 % | 48,0 % | 43,7 % | 46,4 % |
| Avez-vous reçu des soins de santé? | 92,8 % | 96,1 % | 91,2 % | 93,4 % |
| Évaluation de la qualité des soins reçus | 88,1 % | 85,9 % | 80,1 % | 86,9 % |
| Satisfaction de la façon dont les soins sont prodigués | 88,8 % | 85,0 % | 81,9 % | 89,4 % |
| Avez-vous reçu des soins de santé à l'hôpital? | 31,0 % | 28,2 % | 26,4 % | 32,4 % |
| Évaluation de la qualité des soins reçus – hôpital | 82,4 % | 82,9 % | 76,7 % | 82,3 % |
| Satisfaction de la façon dont les soins sont prodigués – hôpital | 84,8 % | 80,3 % | 82,2 % | 84,7 % |
| Avez-vous reçu des soins de santé d'un médecin? | 61,3 % | 67,1 % | 59,5 % | 61,6 % |
| Évaluation de la qualité des soins reçus – médecin | 92,8 % | 91,1 % | 87,7 % | 92,9 % |
| Satisfaction de la façon dont les soins sont prodigués – médecin | 91,1 % | 91,5 % | 89,0 % | 92,6 % |
| Avez-vous reçu des soins de santé dans la collectivité? | 16,6 % | 19,9 % | 22,3 % | 13,8 % |
| Évaluation de la qualité des soins reçus – collectivité | 89,6 % | 77,4 % | 62,5 % | 88,7 % |
| Satisfaction de la façon dont les soins sont prodigués – collectivité | 90,7 % | 80,9 % | 67,9 % | 89,4 % |
| Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir des soins d'un spécialiste? | 24,3 % | 22,5 % | 28,7 % | 19,4 % |
| A éprouvé des difficultés à subir une intervention chirurgicale non urgente | *28,4 % | 16,4 % | **19,6 % | 21,1 % |
| Avez-vous éprouvé des difficultés à passer un test | *14,6 % | 21,0 % | *31,3 % | 18,5 % |
| Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir des renseignements en matière de santé | 19,7 % | 14,9 % | *21,7 % | 16,6 % |
| Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir des soins continus | 15,5 % | 14,1 % | *20,8 % | 20,7 % |
| Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir des soins immédiats | 16,3 % | 21,6 % | *26,7 % | 21,0 % |

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2005) et Enquête sur l'accès aux services de santé (Tipenko, 2006).

* Avertissement : Importante variabilité de l'échantillonnage associée à cette estimation (16,5 % < coefficient de variation < 33,3 %)

** La variabilité de l'échantillonnage associée à cette estimation est inacceptable (coefficient de variation > 33,3 %)

Annexe C – Survol des activités des bénéficiaires secondaires du volet réseautage

| Nom du réseau [site Web] | Mission/Secteur d'activité | Pratique du réseau en matière de communication des renseignements | | | | | Région servie |
|--|---|---|----|-----|---|----|----------------------------------|
| | | FP | GT | Web | R | RT | |
| <i>Quebec Community Groups Network</i> [www.qcgn.ca] | | | | | | | |
| 1 Réseau communautaire de santé et de services sociaux [chssn.org] | Coordonnateur du provincial/services de santé et services sociaux | X | X | X | X | X | Québec |
| 2 Catholic Community Services [www.ccs-montreal.org] | Services de soutien/jeunesse/santé mentale | X | X | X | X | X | Montréal-Est |
| 3 Coasters Association [coastersassociation.com] | Réseaux/jeunesse/services de santé et services sociaux | X | X | X | X | X | Basse-Côte-Nord |
| 4 Committee for Anglophone Social Action [www.casa-gaspe.com] | Défense des droits/services de santé et services sociaux | X | X | X | X | X | Péninsule gaspésienne |
| 5 Conseil pour les anglophones madelinots | Droits/services de santé et services sociaux | X | X | X | X | X | Îles de la Madeleine |
| 6 Programme de réhabilitation Fraser | Jeunes ayant des problèmes de toxicomanie | X | X | | X | X | Gaspé et Îles de la Madeleine |
| 7 Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic [www.mcdc.info/index_fr.html] | Services de soutien/partenariats/traduction | X | X | X | X | X | Chaudière-Appalaches et l'Érable |
| 8 Regional Association of West Quebecers [www.westquebecers.com] | Défense des droits/liaison/renseignements sur la santé | X | X | X | X | X | Outaouais |
| 9 Association des Townshippers (deux projets) [www.townshippers.qc.ca] | Identité culturelle/mobilisation/services de soutien | X | X | X | X | X | Estrie et Montérégie |
| 10 Vision Gaspé-Percé Now | Aînés/jeunesse/services de santé et services sociaux | X | X | | X | X | Péninsule gaspésienne |
| <i>Société Santé en français</i> [www.forumsante.ca] | | | | | | | |
| 1 Réseau de santé en français de Terre-Neuve et Labrador | Services de santé et services sociaux | | | X | X | X | Terre-Neuve-et-Labrador |
| 2 Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard [santeipe.ca] | Services de santé et services sociaux | X | | | X | X | Île-du-Prince-Édouard |
| 3 Réseau pour les services de santé en français, Nouvelle-Écosse [www.federationacadienne.ca/fane/index.cfm?id=2917] | Services de santé et services sociaux/défense des droits | X | | X | X | X | Nouvelle-Écosse |
| 4 Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick | Services de santé et bien-être/défense des droits | X | | | X | X | Nouveau-Brunswick |
| 5 Réseau-action formation et recherche | Services de santé et services sociaux | X | | | X | X | Nouveau-Brunswick |
| 6 Réseau-action organisation des services | Services de santé et services sociaux | X | | | X | X | Nouveau-Brunswick |
| 7 Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario [www.rssf.on.ca] | Services de santé | X | | X | X | X | Est de l'Ontario |

| Nom du réseau [site Web] | Mission/Secteur d'activité | Pratique du réseau en matière de communication des renseignements | | | | | Région servie |
|--|--|---|----|-----|---|----|---------------------------|
| | | FP | GT | Web | R | RT | |
| 8 Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario [www.francoantesud.ca] | Services de santé | X | | | X | X | Sud de l'Ontario |
| 9 Réseau francophone de Santé du Nord de l'Ontario [santenordontario.ca] | Services de santé et services sociaux | X | | X | X | X | Nord de l'Ontario |
| 10 Réseau santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario | Services de santé et services sociaux | X | | | X | X | Centre-Nord de l'Ontario |
| 11 Conseil communauté en santé du Manitoba | Services de santé et services sociaux/défense des droits | X | | | X | X | Manitoba |
| 12 Réseau santé en français de la Saskatchewan [www.rsfs.ca/site] | Services de santé primaires/défense des droits | X | | X | X | X | Saskatchewan |
| 13 Réseau santé albertain [www.reseausantealbertain.ca] | Services de santé primaires/défense des droits | X | | | X | X | Alberta |
| 14 RésoSanté Colombie-Britannique [www.resosante.ca] | Services de santé et services sociaux | X | | X | X | X | Colombie-Britannique |
| 15 Partenariat communauté en santé [www.francoante.org] | Services de santé et services sociaux | X | | X | X | X | Yukon |
| 16 Réseau TNO Santé en français [reseautosante.ca] | Services de santé et services sociaux | X | | X | X | X | Territoires du Nord-Ouest |
| 17 Santé en français au Nunavut (Safran) [www.franco-nunavut.ca/safran] | Services de santé et services sociaux | X | | X | X | X | Nunavut |

Légende

| | |
|-----|---------------------|
| FP | Forums provinciaux |
| GT | Groupes de travail |
| Web | Sites web/Bulletins |
| R | Réunions |
| RT | Retraites |

Source : Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2006

Annexe D – Résultats à court terme des projets du Programme de contribution

| Organisation/ Volet du projet | Attentes | Résultats |
|--|---|--|
| McGill – Cours de langue | McGill devait (1) offrir des cours de langue française à des professionnels anglophones œuvrant dans le domaine des soins de santé et des services sociaux et aux étudiants travaillant au Québec. Grâce à l'Université McGill, des cours de langue anglaise sont offerts à des professionnels de la santé francophones du Québec (47,9 % du financement). | <ul style="list-style-type: none"> • Les cours de langue ont été conçus à l'intention des professionnels de la santé et adaptés à leurs besoins; 15 des 16 régions sont incluses dans l'initiative de cours d'anglais langue seconde. • Au total, 18 établissements ont participé : 39 centres de santé et de services sociaux, 14 centres de réadaptation, 8 centres hospitaliers, 6 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et 6 centres d'hébergement et de soins de longue durée. • Au total, 1 427 travailleurs ont été formés en 2005-2006. Cela représente 42 % des personnes ayant exprimé un intérêt pour le cours de formation. Il y a 3 398 personnes sur la liste d'attente. • Les participants aux cours de langue étaient de niveau débutant ou intermédiaire. • Les étudiants incluaient le personnel de l'accueil, y compris l'accueil santé et l'accueil social (56 %), le personnel des services sociaux (24 %) et le personnel de la santé (20 %). • Les cours de français langue seconde sont offerts à 30 fournisseurs de services de santé en 2006-2007 dans deux régions, soit la Montérégie et l'Outaouais. |
| McGill – Formation et soutien aux professionnels | McGill devait aussi (2) promouvoir la formation professionnelle dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire, particulièrement dans les régions, et mettre en place des mesures incitatives régionales pour recruter et maintenir en poste des professionnels de la santé (25 % du financement). | <ul style="list-style-type: none"> • Programme de maintien en poste des diplômés anglophones : 20 projets dans 10 régions. Principalement des stages à l'intention d'étudiants anglophones dans le domaine des services de santé et des services sociaux assortis de supervision et de soutien en ligne. • Soutien à distance et activités de perfectionnement professionnel pour des professionnels anglophones de l'extérieur de Montréal. • Soutien communautaire à distance : 5 programmes élaborés visant la sensibilisation à la santé publique et la prévention offerts dans 28 sites grâce au réseau de télésanté. |
| Consortium national de formation en santé | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès aux cours et aux programmes de soins de santé et de services sociaux des personnes provenant de communautés francophones en situation minoritaire • Le financement sera utilisé pour étendre de tels programmes de formation à l'échelle du pays par le truchement des établissements d'enseignement participants et grâce à la formation à distance et à l'aide des médias • Renforcer les capacités au sein des établissements qui offrent de la formation à des membres des communautés francophones | <p>Les fonds de Santé Canada sont utilisés par les universités et les collèges du CNFS à l'appui d'un large éventail de programmes (sciences infirmières, gérontologie, médecine, services sociaux, physiothérapie, soins paramédicaux, soins palliatifs, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dix universités et collèges de partout au Canada sont membres du CNFS. • Beaucoup d'établissements offrent des cours de formation à distance, et, à ce jour, 133 cours ont été élaborés et sont accessibles en ligne (p. ex. le Collège Boréal a crédité des cours sur le Web, l'Université Saint-Boniface a élaboré une série de vidéoconférences et le Collège du Nouveau-Brunswick offre de la formation à distance). • Seize nouveaux programmes ont été lancés, et on s'attend à ce que douze autres soient mis en place d'ici la fin de mars 2008 (une augmentation globale de 40 % par rapport aux résultats attendus). • En tout, 198 nouveaux lieux de formation clinique ont été élaborés, ce qui représente un élément important du succès du CNFS. • Les taux d'inscription dépassent les attentes. De façon générale, le CNFS a favorisé 1 428 nouvelles inscriptions, ce qui est plus élevé que prévu (de 33 %), à mi-chemin dans l'exécution du Programme. Il y a eu 296 diplômés, ce qui |

| Organisation/ Volet du projet | Attentes | Résultats |
|------------------------------------|--|--|
| | <p>en situation minoritaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas plus de 3 % des ressources utilisées pour des activités de facilitation et de soutien à l'intention des chercheurs | <p>est plus que ce qui avait été prévu (de 32 %).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a beaucoup d'activités de recherche. Le CNFS a organisé le premier forum national sur la recherche concernant la santé des communautés francophones en situation minoritaire en décembre 2004. |
| Quebec Community Groups Network | <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une plus grande mobilisation communautaire. • Créer des liens durables entre les intervenants. • Réduire les répercussions de la dispersion géographique des communautés et joindre les petits groupes isolés. • Favoriser la communication des renseignements et la création de ressources. • Mieux positionner les CLOSM afin qu'elles influent sur les décisions concernant la planification et la prestation des services de santé dans leur région. | <ul style="list-style-type: none"> • On a fait la promotion d'une mobilisation communautaire accrue grâce à des forums, à des groupes de travail, à des réunions et à des publications parmi les unités du réseau (ces activités étaient ouvertes à la communauté générale). • On a créé des liens entre les organisations des CLOSM et entre des organisations communautaires, des professionnels de la santé et des gestionnaires du domaine de la santé. Les bases qui permettront une meilleure communication avec les représentants du gouvernement et les décideurs sont en place, mais de telles communications sont moins fréquentes et un partenariat solide est un objectif à long terme. • On a réussi à créer des liens avec des communautés plus isolées. Chaque année, plus de 50 % des participants au programme choisis proviennent de communautés anglophones isolées vulnérables du Québec. On fournit à chacune de ces communautés un accès continu à des services de perfectionnement professionnel grâce au programme de soutien communautaire du réseau. • La première étape de création du réseau qui englobe la création d'unités, l'établissement d'une base de connaissances partagée, l'établissement d'une vision collective et la clarification d'un plan stratégique a été franchie. On décèle des activités d'échange de ressources et de coopération qui devraient entraîner des échanges mutuellement bénéfiques à l'avenir. • Dans le réseau anglophone, on a mis l'accent sur une approche fondée sur les connaissances pour créer les réseaux. Le fait de mettre l'accent sur la création d'une base de connaissances pertinente à l'échelle locale (par province, région sanitaire et CSSS) en ce qui a trait à l'accès aux services et aux déterminants de la santé a poussé les bénéficiaires à défendre leurs intérêts auprès des partenaires compétents des diverses régions. • La présence accrue des communautés anglophones en situation minoritaire dans le secteur de la santé est reflétée par leur représentation dans divers domaines comme le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, le Comité consultatif des Instituts de recherche en santé du Canada, la présence de Vision Gaspé au sein du conseil du CSSS local, la présence de Coasters au sein du conseil du CSSS et le comité consultatif régional sur les services de langue anglaise, etc. |
| Société Santé en français | <ul style="list-style-type: none"> • Créer des liens solides et durables parmi les intervenants du secteur de la santé (professionnels de la santé, communautés, décideurs, établissements de soins de santé et établissements de formation). • Atténuer les effets de la dispersion géographique des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire et | <ul style="list-style-type: none"> • Il y a 17 réseaux au sein des 12 provinces et territoires. Il y a au moins un réseau par province ou territoire (y compris trois au Nouveau-Brunswick et quatre en Ontario). Les réseaux ont entrepris des activités qui s'étendent à toute la province ou à tout le territoire comme la création d'annuaires provinciaux ou territoriaux de fournisseurs de services de santé en français. • On a fait la promotion d'une mobilisation communautaire accrue grâce à des forums, à des colloques, à des réunions, à des sites Web et à des rapports. • Les cinq partenaires clés participent aux réseaux – organisations communautaires, gestionnaires dans le domaine de la santé, fournisseurs de services de santé, décideurs du domaine de la santé, représentants gouvernementaux. De |

| Organisation/ Volet du projet | Attentes | Résultats |
|----------------------------------|---|--|
| | <p>l'isolement vécu par les professionnels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'autonomie des communautés (en ce qui a trait à la planification, à l'élaboration, au renforcement et à la promotion d'un accès amélioré aux soins de santé en français). • Maximiser l'utilisation des ressources existantes et partager les pratiques exemplaires. • Sensibiliser davantage les intervenants du domaine de la santé à l'importance de la langue dans le cadre de la prestation des services de santé. • Améliorer les services offerts aux communautés francophones en situation minoritaire en offrant des soins de santé de haute qualité et en augmentant leur utilisation. • Renforcer la capacité de fournir des services de santé en français grâce au réseautage professionnel et promouvoir la capacité de recherche en français. | <p>huit à dix réseaux ont été reconnus officiellement par les gouvernements provinciaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a un solide partenariat entre les réseaux et les projets financés dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. • Il appert qu'on échange des renseignements à l'intérieur de la province et qu'on crée des ressources en Ontario et au Nouveau-Brunswick. On favorise la participation provinciale conjointe principalement par le truchement des réunions de la SSF. • Le solide partenariat avec les unités locales du domaine de la santé et les décideurs gouvernementaux place la SSF en bonne position pour avoir une répercussion sur la planification et la prestation des services. Certains réseaux de la SSF sont aussi devenus un point de contact ou des « experts » régionaux en ce qui a trait à la santé dans les CLOSM. |

Source : Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2006

