



Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2012-2013 à 2014-2015

Préparé par le
Bureau de l'audit et de l'évaluation de
Santé Canada et de l'Agence de la santé publique
du Canada

Version traduite : En cas de divergence entre le présent texte et le texte
anglais, la version anglaise a préséance.

Mars 2017



Table des matières

Résumé	iii
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description du Programme	1
2.1 Contexte du Programme	1
2.2 Profil du Programme	2
2.3 Description détaillée	5
2.4 Harmonisation du Programme et ressources	6
3.0 Description de l'évaluation	6
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	6
3.2 Limites et stratégies d'atténuation.....	7
4.0 Constatations	9
4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de maintenir le Programme.....	9
4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement.....	14
4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.....	15
4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	16
4.5 Rendement : Élément n° 5 – Démonstration de l'économie et de l'efficience	26
5.0 Conclusions.....	31
6.0 Recommandations	33
Annexe 1 – Modèle logique.....	35
Annexe 2 – Résumé des constatations	36
Annexe 3 – Description de l'évaluation.....	43
Annexe 4 – Renseignements supplémentaires	48
Notes de fin de document	67

Liste des tableaux

Tableau 1 : Réseaux de santé locaux et régionaux financés par la SSF et le RCSSS.....	4
Tableau 2 : Ressources du Programme (\$).....	6
Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation	8
Tableau 4 : Diplômés d'établissements postsecondaires francophones	17
Tableau 5 : Collectivités où des services bilingues sont disponibles, par province/territoire, mai 2015	22
Tableau 6 : Établissements de santé où des services bilingues sont disponibles, par province/territoire, mai 2015.....	23
Tableau 7 : Services offerts dans la langue officielle minoritaire, avril 2016.....	24
Tableau 8 : Écart entre les dépenses prévues et réelles, PCLOS (\$).....	26
Tableau 9 : Coûts administratifs (en dollars) (\$).....	27

Liste des sigles

ACUFC	Association des collèges et universités de la francophonie canadienne
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BACLO	Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
CHEP	Community Health Education Program
CLOSM	Communautés de langue officielle en situation minoritaire
CNFS	Consortium national de formation en santé
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
ETP	Équivalent temps plein
F et E	Fonctionnement et entretien
ICRML	Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PALO	Programmes d'appui aux langues officielles
PC	Ministère du Patrimoine canadien
PCLOS	Programme de contribution pour les langues officielles en santé
PFMPPS	Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé
RASE	Régime d'avantages sociaux des employés
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux
RIFSSSO	Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario
SSF	Société Santé en français

Résumé

But et portée de l'évaluation

L'évaluation avait pour but d'analyser la pertinence et le rendement (efficacité, efficacité et économie) des activités du Programme de contribution pour les langues officielles en santé (PCLOS). La pertinence du Programme ayant été établie par deux évaluations antérieures (la plus récente en 2012-2013), celle dont il est question dans le présent document était donc plutôt axée sur le rendement. Elle visait la période de 2012-2013 à 2014-2015, sans toutefois s'y confiner. Les conclusions alimenteront et étayeront l'évaluation horizontale de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada (2013-2014 à 2017-2018), actuellement en cours sous la direction du ministère du Patrimoine canadien.

L'évaluation s'est déroulée conformément aux exigences énoncées dans la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor.

Description du Programme

Le Programme, créé en 2003, est géré par le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada. Le Bureau coordonne les responsabilités de Santé Canada en matière de promotion du français et de l'anglais en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles* (1988), qui consiste à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones et à soutenir leur développement, et à promouvoir la pleine reconnaissance du français et de l'anglais dans la société canadienne. Il veille également à ce que Santé Canada prenne des mesures positives pour mettre en œuvre ces engagements, dans le respect des compétences provinciales et territoriales.

Le PCLOS a pour objectif d'accroître l'accès à des professionnels de la santé et des membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM et d'élargir l'offre de services de santé ciblant ces communautés. Pour atteindre ses buts, le Programme se déploie en trois volets : l'intégration des professionnels de la santé dans les CLOSM, le renforcement de la capacité des réseaux de santé locaux et les projets visant l'accès aux services de santé et le maintien en poste des professionnels. Le PCLOS reçoit approximativement 33,9 \$ millions annuellement.

Constatations - pertinence

Nécessité de maintenir le Programme

L'évaluation confirme que le PCLOS est encore nécessaire. Selon un certain nombre d'études réalisées depuis la dernière évaluation, les CLOSM sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque socioéconomiques, démographiques et autres facteurs reliés à une mauvaise santé, et les barrières linguistiques peuvent limiter l'accès de ces

communautés aux services de santé, particulièrement lorsque les services nécessitent une bonne communication (par exemple, les soins de santé mentale et le counseling); les personnes âgées et les nouveaux arrivants qui font partie de CLOSM demeurent particulièrement vulnérables.

Par ailleurs, il semble que les barrières linguistiques se combinent à divers autres facteurs interreliés, comme la répartition géographique et l'éloignement des services, les facteurs socioéconomiques, la disponibilité de soins de santé dispensés de manière proactive dans la langue minoritaire, ainsi que la disponibilité et le maintien en poste des professionnels de la santé. Ensemble, ces facteurs peuvent limiter l'accès aux services de santé et amoindrir la qualité et la sécurité des services pour les CLOSM.

Harmonisation avec les priorités gouvernementales

Le soutien des langues officielles demeure une priorité du gouvernement fédéral, comme en témoigne la Feuille de route pour les langues officielles au Canada. Plus récemment, le gouvernement fédéral a déclaré son appui continu aux langues officielles dans le discours du Trône de 2015 et la lettre de mandat du ministère du Patrimoine canadien rédigée par le premier ministre. En outre, les activités du PCLOS cadrent avec les objectifs et les priorités stratégiques de Santé Canada et son mandat qui consiste à favoriser l'épanouissement des CLOSM, selon l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le PCLOS est en harmonie avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral décrits dans la *Loi sur le Ministère de la Santé*, la *Loi sur les langues officielles* et la *Loi canadienne sur la santé*. En outre, le PCLOS est le seul programme fédéral ayant expressément pour mandat d'accroître l'accès des CLOSM aux services de santé, et il complète les activités connexes menées à l'échelon fédéral et par les provinces et territoires.

Conclusions – rendement

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

L'évaluation a constaté que le PCLOS a contribué à améliorer l'accès aux services de santé dans la langue de la minorité au sein des CLOSM. Cette conclusion s'appuie sur deux critères. D'abord, les données recueillies indiquent une augmentation du nombre de diplômés bilingues issus des programmes du Consortium national de formation en santé (CNFS) (une augmentation de 79 % durant la période de 2010-2011 à 2014-2015). De même, 4 929 professionnels de la santé et membres du personnel d'accueil québécois ont réussi des cours de formation linguistique en anglais offerts par l'Université McGill durant la période de 2009-2010 à 2012-2013. Deuxièmement, l'évaluation a constaté

qu'un nombre croissant de diplômés du CNFS trouvent par la suite un emploi dans le domaine des services de santé dans une CLOSM. Des sondages réalisés de 6 à 12 mois après la remise des diplômes indiquent que la proportion de diplômés du CNFS travaillant dans un domaine lié à la santé a augmenté de 74 % à 82 % entre 2008-2009 et 2014-2015. De ce nombre, plus de 90 % fournissaient des services liés à la santé dans des CLOSM. De plus, selon une évaluation récente du programme de bourses d'études de l'Université McGill, la plupart des bénéficiaires interrogés qui travaillent actuellement dans une région ciblée au Québec ont respecté ou dépassé la période d'un an imposée par le Programme, et la majorité d'entre eux ont l'intention de continuer de travailler au même endroit pendant plusieurs années.

En plus des volets de formation postsecondaire et linguistique, les bénéficiaires principaux et secondaires du PCLOS ont mené un large éventail d'initiatives visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services de santé pour ces communautés. Les exemples incluent l'élaboration de normes linguistiques applicables dans le système de santé canadien, l'adaptation du programme de formateur des « secouristes en santé mentale » de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) destinée aux communautés francophones minoritaires et des projets liés à la promotion de la santé, aux services d'interprétation et à l'accessibilité accrue des services de santé pour les personnes âgées.

Quoique les études susmentionnées montrent une augmentation du nombre de professionnels de la santé bilingues dans les CLOSM, d'autres sources montrent que, en général, des services de santé dans la langue officielle minoritaire sont offerts dans une minorité de collectivités (22 %) et d'établissements de santé du Canada, quoique la situation varie énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les établissements du Nouveau-Brunswick et du Québec (deux des provinces ayant les plus grandes populations de CLOSM) sont les plus susceptibles d'offrir ces services. Il faudrait toutefois procéder à une recherche plus approfondie pour appuyer davantage cette évaluation de l'efficacité du Programme. Ainsi, une recherche plus poussée devrait être réalisée pour déterminer si les établissements qui prétendent fournir des services de santé bilingues offrent de tels services dans la pratique. De plus, nous ne disposons pas de données de séries chronologiques pour évaluer dans quelle mesure l'offre de services de santé dans les CLOSM a augmenté pendant la période visée par cette évaluation. Enfin, il existe peu de recherche pour déterminer dans quelle mesure les membres des CLOSM ont réellement accès à des services de santé dans la langue de leur choix, si cette offre est variable selon les régions et la profession liée à la santé, et dans quelle mesure cet accès les satisfait.

Au-delà des résultats escomptés officiels, on considère que le PCLOS a contribué à la revitalisation et à l'autonomisation des CLOSM au Canada et favorisé une prise de conscience chez les intervenants évoluant à l'extérieur des CLOSM à propos des problèmes d'accessibilité, de qualité et de sécurité des services de santé dans ces communautés. Toutefois, les données accessibles demeurent limitées en ce qui a trait à l'apport du programme à l'amélioration de l'état de santé des membres des CLOSM.

Même si les données montrent que les CLOSM sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque socioéconomiques et géographiques et d'autres facteurs liés à une mauvaise santé, peu d'études ont comparé l'état de santé réel dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire et majoritaire. Les recherches à ce sujet pourraient aider le PCLOS à mieux comprendre les besoins des CLOSM et à maximiser ses retombées, ainsi qu'à éclairer la prise de décisions futures.

Démonstration d'économie et d'efficience

Le PCLOS a été exécuté d'une manière économique et efficiente pendant la période visée par l'évaluation. La grande majorité du financement prévu entre 2012-2013 et 2014-2015 a été alloué. Les fonds non utilisés sont liés principalement au volet de l'Université McGill. Les coûts d'administration sont relativement faibles, soit 2,6 % de l'enveloppe totale du programme pendant le cycle de financement quinquennal. Les représentants du programme et les bénéficiaires principaux du financement ont décrit les nombreuses mesures qu'ils ont prises pour réduire les coûts au minimum, gérer efficacement les ressources disponibles et favoriser la production des produits et services prévus. Malgré un financement stable, certaines activités ont été élargies. Les informateurs clés pensent que ces activités permettent d'obtenir les résultats escomptés et que les ressources sont généralement suffisantes pour mener les activités prévues, mais ils font remarquer que ces dernières ne sont pas nécessairement complètes. L'évaluation n'a pas permis de démontrer que d'autres mesures donneraient des résultats semblables à un coût moindre.

Depuis la dernière évaluation, on a révisé la stratégie de mesure du rendement, le modèle logique et les gabarits du rapport annuel sur le rendement des bénéficiaires du PCLOS. Cela dit, la méthode actuelle complique la production des rapports, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les responsables du programme, et elle ne tient pas pleinement compte de tous les effets du programme, surtout dans le volet de réseautage. Les informateurs clés étaient en faveur d'un nouvel examen de la méthode de mesure du rendement et de présentation des résultats afin de régler ces problèmes.

Même si les informateurs clés s'entendent généralement pour affirmer que le BACLO est l'entité appropriée pour exécuter le Programme, il ne semble pas y avoir de structure ou de mécanisme officiel pour la collaboration avec le portefeuille fédéral de la Santé (Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada) sur les enjeux de la santé pour les CLOSM. Les informateurs clés ont par ailleurs des opinions différentes quant à l'étendue de cette collaboration à l'heure actuelle.

Recommandations

Recommandation n° 1

Le BACLO devrait chercher à améliorer la qualité et la disponibilité de l'information sur la disponibilité et l'offre de services de santé aux membres de communautés de langue officielle en situation minoritaire dans la langue de leur choix, sur la mesure dans laquelle ils obtiennent ces services et sur leur satisfaction quant à cet accès.

Bien que de l'information existe sur le nombre d'établissements de santé au Canada qui prétendent fournir des services de santé bilingues, une recherche plus poussée devrait être réalisée pour évaluer systématiquement si ces établissements offrent de tels services dans la pratique. De plus, nous ne disposons pas de données de séries chronologiques pour évaluer dans quelle mesure l'offre de services de santé dans les CLOSM a augmenté pendant la période visée par cette évaluation. Enfin, il existe peu de recherche pour déterminer dans quelle mesure les membres des CLOSM ont présentement accès à des services de santé dans la langue de leur choix, si cette offre est variable selon les régions et la profession liée à la santé, et dans quelle mesure cet accès les satisfait. Une telle recherche permettrait au Programme de renforcer sa capacité de mesurer son efficacité et d'en rendre compte.

Recommandation n° 2

Le BACLO devrait se pencher sur la stratégie actuelle de mesure du rendement et le modèle logique du Programme pour s'assurer qu'ils tiennent compte de l'ensemble des résultats, en particulier ceux liés au volet du réseautage et à la disponibilité, l'offre et l'utilisation réelle de services de santé dans la langue de choix des membres des CLOSM. Le Bureau devrait aussi simplifier le processus de reddition de comptes pour les bénéficiaires de financement de façon à faciliter la production de rapports annuels sur leurs projets ainsi que la présentation de rapports sommaires pour le Programme.

Depuis 2013, on a révisé la stratégie de mesure du rendement, le modèle logique et les gabarits du rapport annuel sur le rendement des bénéficiaires du PCLOS. Cela dit, la stratégie actuelle complique la production des rapports, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les responsables du Programme, et elle ne tient pas pleinement compte de tous les effets du Programme, surtout ceux portant sur le réseautage et la disponibilité, l'offre et l'utilisation réelle de services de santé dans la langue de choix des membres des CLOSM. D'autres modifications devraient être apportées à la stratégie de gestion du rendement afin d'améliorer la présentation de rapports sur les résultats escomptés afin d'assurer que les données du niveau du projet soient compilées et rapportées de façon systématique.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2012-2013 à 2014-2015

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) devrait chercher à améliorer la qualité et la disponibilité de l'information sur la disponibilité et l'offre de services de santé aux membres de communautés de langue officielle en situation minoritaire dans la langue de leur choix, sur la mesure dans laquelle ils obtiennent ces services et sur leur satisfaction quant à cet accès.	Recommandation acceptée. Le BACLO cherchera à améliorer la qualité et la disponibilité de cette information par l'entremise des activités financées dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé et par sa coordination de la conformité des activités de Santé Canada avec la partie VII (article 41) de la <i>Loi sur les langues officielles</i> .	Santé Canada et le BACLO travailleront avec des représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la santé ainsi qu'avec les partenaires financés par Santé Canada (dont SSF, CHSSN, CNFS, Université McGill, ICIS) afin de promouvoir l'inclusion des données linguistiques dans les bases de données des systèmes de santé tels que les dossiers de santé des patients et les systèmes de cartes d'assurance-santé.	Rapports de décisions des rencontres avec les représentants des provinces et territoires	31 mars 2019 ¹	Directeur exécutif, Division des programmes	Budget existant
		Santé Canada et le BACLO collaboreront avec des partenaires fédéraux, dont Statistique Canada, ainsi qu'avec les partenaires financés par le Programme, afin de s'assurer que les sondages sur la santé au Canada contiennent non seulement des identificateurs linguistiques personnels, mais aussi une taille d'échantillon suffisante des communautés francophones et anglophones pour permettre l'analyse des impacts au niveau provincial et régional	Enquêtes de Statistique Canada	31 mars 2019	Directeur exécutif, Division des programmes	Nouvelle source
		Santé Canada et la BACLO collaboreront avec les partenaires fédéraux et les partenaires financés par le Programme pour évaluer dans quelle mesure les CLOSM ont accès et sont satisfaits des services de santé dans leur langue de préférence ainsi que du personnel offrant ces services.	Enquêtes sur la population, inventaires des services de santé, documents de recherche	31 mars 2020	Directeur exécutif, Division des programmes	Nouvelle source

¹ Il y a ici un engagement à beaucoup plus long terme à faire reconnaître par les provinces et par les territoires l'importance d'inclure des identificateurs de langue dans leurs bases de données administratives en santé afin d'évaluer les défis du système de santé concernant les barrières linguistiques auxquelles sont confrontés les patients et les fournisseurs de services de santé. Aux fins du présent plan d'action de gestion et de son suivi par le chef de l'évaluation, Santé Canada cherchera à obtenir des résultats concrets auprès de deux administrations à la date indiquée.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
		Santé Canada et le BACLO feront rapport chaque année sur leurs activités d'information et de recherche afin d'améliorer la qualité et la disponibilité de l'information sur l'offre de services de santé dans la langue préférée des membres des CLOSM, sur la mesure dans laquelle ces membres accèdent à ces services et sur leur niveau de satisfaction à cet égard.	Rapports annuels du BACLO	31 mars 2018	Directeur exécutif, Division des programmes	Budget existant

1.0 But de l'évaluation

L'évaluation avait pour but d'analyser la pertinence et le rendement (efficacité, efficience et économie) des activités du Programme de contribution pour les langues officielles en santé (PCLOS). La pertinence du Programme ayant été établie par deux évaluations antérieures (la plus récente en 2012-2013), celle dont il est question dans le présent document était donc plutôt axée sur le rendement. Elle visait la période de 2012-2013 à 2014-2015, sans toutefois s'y confiner. Les conclusions alimenteront et étayeront l'évaluation horizontale de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada (2013-2014 à 2017-2018), actuellement en cours sous la direction du ministère du Patrimoine canadien.

L'évaluation s'est déroulée conformément aux exigences énoncées dans la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor.

2.0 Description du Programme

2.1 Contexte du Programme

Le Programme est géré par le BACLO de la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada. Le Bureau coordonne les responsabilités de Santé Canada en matière de promotion du français et de l'anglais en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles* (1988). Ces responsabilités consistent à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones et à soutenir leur développement, et à promouvoir la pleine reconnaissance du français et de l'anglais dans la société canadienne. Il veille également à ce que Santé Canada prenne des mesures positives pour mettre en œuvre ces engagements, dans le respect des compétences provinciales et territoriales.

Les responsabilités du BACLO incluent les suivantes :

- ▶ Financer et gérer le PCLOS
- ▶ Promouvoir et former des partenariats avec des partenaires des communautés de langue officielle en situation minoritaire
- ▶ Fournir des conseils et des directives à Santé Canada sur l'application de la *Loi sur les langues officielles*
- ▶ Coordonner la mise en œuvre, au Ministère, des politiques gouvernementales sur la promotion du français et de l'anglais en vertu de la *Loi sur les langues officielles* (Politique pour appuyer les communautés de langue officielle en situation minoritaire de Santé Canada, Cadre d'imputabilité et de coordination en langues officielles, Guide pour la préparation des présentations au Conseil du Trésor – langues officielles)
- ▶ Coordonner le rôle de Santé Canada dans la présentation de rapports au Parlement sur l'épanouissement des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire
- ▶ Appuyer les approches novatrices visant à améliorer l'accès des communautés de langue officielle en situation minoritaire aux services de santé

Conformément à son mandat et à ses responsabilités, Santé Canada finance, par le biais du PCLOS, des projets visant à améliorer l'accès des CLOSM à des soins de santé de qualité. Le Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire (le prédécesseur du PCLOS) a été créé en 2003 en réponse aux préoccupations grandissantes selon lesquelles les barrières linguistiques risquaient de limiter l'accès aux services de santé dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada. Le PCLOS a été créé en 2008 dans le cadre de la Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne et doté d'une enveloppe de cinq ans, de 2008-2009 à 2012-2013.

La Feuille de route et le PCLOS ont depuis été renouvelés pour un autre cycle de cinq ans (2013-2014 à 2017-2018). La Feuille de route actuelle s'articule autour de trois grands thèmes : l'éducation, l'immigration et les communautés.

2.2 Profil du Programme

Le PCLOS vise à accroître le nombre de professionnels de la santé et de membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM et à élargir l'offre de services de santé ciblant ces communautés. Une stratégie à trois volets est déployée pour atteindre ces objectifs :

1. Intégration des professionnels de la santé dans les CLOSM
2. Renforcement de la capacité des réseaux de santé locaux
3. Projets visant l'accès aux services de santé et le maintien en poste des professionnels

1. Intégration des professionnels de la santé dans les CLOSM

Dans le cadre de ce volet, 13 bénéficiaires principaux reçoivent du financement : le Secrétariat national du CNFS et ses 11 établissements membres ainsi que l'Université McGill. Leur objectif général est d'accroître l'offre de professionnels de la santé bilingues pouvant desservir les CLOSM.

Le CNFS fait partie de l'Association des collèges et universités de la francophonie canadienne (ACUFC). Il s'agit d'un regroupement national de 11 universités et collèges qui offrent des programmes d'études en français dans diverses disciplines de la santé et de 6 partenaires régionaux qui facilitent l'accès à ces programmes. Le CNFS utilise le financement fourni par le PCLOS pour superviser les activités de formation et de maintien en poste dans les communautés francophones minoritaires au Canada, hors Québec. Voici la liste des établissements d'enseignement qui sont membres du CNFS :

- ▶ Collège Acadie – Île-du-Prince-Édouard
- ▶ Université de Moncton
- ▶ Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick
- ▶ Collège communautaire du Nouveau-Brunswick
- ▶ Université Sainte-Anne

- ▶ La Cité : Le Collège d'arts appliqués et de technologie
- ▶ Université d'Ottawa
- ▶ Université Laurentienne
- ▶ Collège Boréal
- ▶ Université de Saint-Boniface
- ▶ Université d'Alberta – Campus Saint-Jean

Outre la supervision des activités de formation et de maintien en poste, le CNFS réalise divers projets et initiatives. Les projets financés dans le cycle actuel abordent des enjeux comme le recours à des interprètes professionnels, l'offre active de services de santé dans la langue de choix, les stages en régions rurales et éloignées et la création d'un programme de bénévolat auprès des personnes âgées, entre autres. Un résumé détaillé se trouve à l'Annexe 4.

L'Université McGill utilise les fonds du PCLOS pour mener le Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé (PFMPPS), qui a pour but d'assurer aux anglophones du Québec une communication efficace, dans leur langue, avec les professionnels de la santé et des services sociaux qui leur prodiguent des soins, et d'augmenter le nombre de professionnels de la santé qui parlent anglais au sein du réseau de la santé et des services sociauxⁱ. Le PFMPPS est constitué de trois programmes distincts :

- ▶ *Programme de formation linguistique* : Dans ce volet, on offre des cours d'anglais à des fins professionnelles pour permettre au personnel francophone du réseau de la santé et des services sociaux d'améliorer sa capacité à fournir des services en anglais à la clientèle anglophone du Québec. On offre aussi de la formation en français au personnel anglophone pour lui permettre de mieux s'intégrer dans le système de santé et de services sociaux du Québec.
- ▶ *Programme de maintien en poste et de soutien à distance*. Grâce à des mesures incitatives financières, ce programme cherche à accroître le nombre de techniciens et de professionnels de la santé capables de répondre aux besoins des clients anglophones et à élargir la gamme de services offerts aux communautés anglophones du Québec. Ce programme regroupe deux volets :
 - Un volet de stages qui propose des mesures incitatives financières aux établissements de santé et de services sociaux pour créer des stages dans le but d'augmenter le nombre de nouveaux diplômés pouvant obtenir des emplois dans différentes régions du Québec et ainsi dispenser des services à la clientèle anglophone;
 - Un programme de bourses qui propose des mesures incitatives financières aux étudiants provenant de régions du Québec viséesⁱⁱ qui possèdent une connaissance de l'anglais et du français et qui s'engagent à retourner ou à

ⁱⁱ Estrie, Outaouais, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Montérégie, Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Maurice-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec, Laurentides et Lanaudière.

demeurer dans l'une de ces régions après leurs études pour y travailler, pendant au moins un an, dans un établissement public de santé et de services sociaux ou dans une organisation connexe.

- ▶ *Programme de recherche.* Ce programme vise à développer de nouveaux projets de recherche afin d'aplanir les obstacles à l'accès aux soins de santé par les minorités linguistiques et à accroître la diffusion des connaissances et l'utilisation de cette information pour répondre aux préoccupations en matière de santé des communautés linguistiques en situation minoritaire.

2. Renforcement de la capacité des réseaux de santé locaux

Ce volet accorde du financement à deux bénéficiaires principaux, à savoir la Société Santé en français (SSF) et le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), qui assurent le fonctionnement de 36 réseaux de santé locaux et régionaux. La SSF soutient financièrement 16 réseaux desservant des communautés francophones en situation minoritaire à l'extérieur du Québec, tandis que le RCSSS finance 20 réseaux desservant des communautés anglophones minoritaires au Québec. Dans ce volet, les deux organisations ont pour but de renforcer la capacité de leurs réseaux afin d'améliorer l'accès aux services de santé dans les CLOSM. Le Tableau 1 tableau suivant dresse la liste des réseaux qui bénéficient d'un financement.

Tableau 1 : Réseaux de santé locaux et régionaux financés par la SSF et le RCSSS

SSF	RCSSS
<ul style="list-style-type: none"> • Réseau santé albertain • RésoSanté Colombie-Britannique • Réseau Santé en français Î.-P.-É • Santé en français Manitoba • Réseau Santé – Nouvelle-Écosse • Réseau-action Organisation des services (Nouveau-Brunswick) • Réseau-action communautaire (Nouveau-Brunswick) • Réseau-action formation et recherche (Nouveau-Brunswick) • ReseFan – Réseau santé en français au Nunavut • Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario • Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario • Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario • Réseau Santé en français de la Saskatchewan • Réseau de santé en français de Terre-Neuve-et-Labrador • Réseau TNO Santé en français • Partenariat communauté en santé (PCS) – Yukon 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Korners Family Resource Centre • African Canadian Development and Prevention Network (ACDPN) • The Youth and Parents AGAPE Association Inc. • Assistance and Referral Centre (Rive Sud) • Council for Anglophone Magdalen Islanders (CAMI) • Committee for Anglophone Social Action (CASA) • Collective Community Services Montreal (CCS) • Coasters Association • Connexions Resource Centre • English Community Organization of Lanaudière (ECOL) • Heritage Lower Saint-Lawrence • Jeffery Hale Community Partners (JHCP) • Megantic English-Speaking Community Development Corp. (MCDC) • Neighbours Regional Association of Rouyn-Noranda • North Shore Community Association (NSCA) • REISA — East Island Network for English-Language Services • Réseaux Emploi Entrepreneurship (REE) • Townshippers' Association (Montérégie-Est) • Townshippers Association (Estrie) • Vision Gaspé Percé Now

En plus de soutenir des réseaux locaux de santé communautaire, la SSF et le RCSSS utilisent les fonds fournis par le PCLOS pour réaliser une foule d'autres projets et initiatives portant sur des questions relatives à la santé, comme la promotion de la santé,

les services d'interprétation, l'élaboration de normes linguistiques et culturelles pour l'agrément, la santé mentale, les personnes âgées et les enfants. Un résumé complet des projets et initiatives de la SSF et du RCSSS pendant la période visée par l'évaluation (depuis 2012-2013) se trouve à l'annexe 4.

3. Projets visant l'accès aux services de santé et le maintien en poste des professionnels

Ce volet appuie financièrement les activités d'organisations, notamment les régions régionales de la santé, les centres de services de santé communautaires, les établissements de santé et de services sociaux et les établissements d'enseignement, afin de stimuler et de promouvoir les services de santé dans certains domaines comme la promotion de la santé, l'accès à l'information et les interventions sur le marché du travail ou dans certaines régions. Cette approche s'inspire des propositions présentées par les organisations financées sous les volets « Intégration des professionnels de la santé dans les CLOSM » et « Renforcement de la capacité des réseaux de santé locaux » du Programme, ainsi que des demandes de propositions publiques d'autres intervenants du secteur de la santé. Certains projets sont d'importantes extensions des activités financées par les réseaux et les établissements d'enseignement, notamment la promotion de la santé, le développement d'outils d'information et de connaissances pour les communautés et l'intégration du personnel de santé au sein des communautés de langue officielle en situation minoritaire.

En décembre 2013, Santé Canada a lancé une demande de propositions pour des projets visant l'accès aux services de santé et le maintien en poste des professionnels de la santé. Ce processus a donné lieu à la mise en œuvre de sept initiatives autonomes avec les organisations suivantes : l'Association canadienne-française de l'Alberta, région de Calgary; l'Association des facultés de médecine du Canada; le Centre communautaire de Sainte-Anne; la Fédération des parents du Manitoba; la Fondation du cancer de la région d'Ottawa; Health PEI; AMI-Québec. La demande de propositions a également débouché sur plusieurs autres initiatives qui ont été financées par des bénéficiaires de contribution – soit leur propre proposition, soit des propositions leur ayant été attribuées par Santé Canada.

L'annexe 4 fournit un sommaire des volets de financement disponibles et des projets financés à ce jour.

2.3 Description détaillée

Le résultat horizontal du PCLOS, l'un des éléments de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada, se lit comme suit : « Les Canadiens vivent et s'épanouissent dans les deux langues officielles et reconnaissent l'importance du français et de l'anglais pour l'identité nationale, le développement et la prospérité du Canada. »

Le Programme cherche à atteindre ce résultat horizontal grâce à deux résultats immédiats, à savoir « Accès accru à des professionnels de la santé et à des membres

du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM » et « Offre accrue de services de santé aux CLOSM dans les établissements de santé et de la collectivité ». Grâce au financement offert par les trois volets précités, le PCLOS facilite la production de plusieurs extrants par les organisations bénéficiaires, y compris en ce qui concerne le nombre de diplômés d'établissements postsecondaires dans le domaine de santé, le nombre de professionnels de la santé et membres du personnel d'accueil bilingues, les stages dans le réseau de la santé, les placements et les postes comblés dans les CLOSM et l'adoption de connaissances, de stratégies et de pratiques exemplaires dans le réseau de santé qui répondent aux besoins des CLOSM en matière de santé.

Le lien entre ces secteurs d'activité et les résultats escomptés est illustré dans le modèle logique présenté à l'annexe I. L'évaluation cherchait à déterminer dans quelle mesure les extrants et les résultats attendus ont été obtenus au cours de la période visée.

2.4 Harmonisation du Programme et ressources

Dans l'architecture d'alignement des programmes de Santé Canada, le PCLOS relève du résultat stratégique 1, « Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens » et de l'activité de programme 1.3, « Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire ».

Dans l'ensemble, le PCLOS avait prévu de dépenser 104,3 millions de dollars entre 2012-2013 et 2014-2015 (Tableau 2).

Tableau 2 : Ressources du Programme (\$)

Année	Subventions et contributions (S et C)	Fonctionnement et entretien (F et E)	Salaires et RASE (Régime d'avantages sociaux pour employés)	Total
2012-2013	38 300 000	878 390	421 610	39 600 000
2013-2014	27 000 000	413 801	236 199	27 650 000
2014-2015	36 400 000	374 711	295 289	37 070 000
Total	101 700 000	1 666 902	953 098	104 320 000

Source : Renseignements financiers fournis par le BACLO.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation visait la période allant de 2012-2013 à 2014-2015 et incluait les trois volets du Programme. La pertinence du Programme ayant été établie par deux évaluations antérieures (la plus récente en 2012-2013), celle dont il est question dans le présent document était donc plutôt axée sur le rendement. Elle visait la période de 2012-2013 à 2014-2015, sans toutefois s'y confiner. Les conclusions alimenteront et étayeront l'évaluation horizontale de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada

(2013-2014 à 2017-2018), actuellement en cours sous la direction du ministère du Patrimoine canadien.

La matrice d'évaluation cadre avec la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor et tient compte des cinq éléments fondamentaux dans les deux thèmes de la pertinence et du rendement. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir de considérations du Programme, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation. Ces questions se trouvent à l'annexe 3.

Diverses méthodes ont été utilisées pour recueillir les données nécessaires à l'évaluation, dont une analyse documentaire, un examen des données de mesure du rendement et d'autres données administratives, un sondage téléphonique de type « client mystère » auprès d'établissements de santé bilingues au Canada (n=201) et un petit nombre d'entrevues avec des représentants du PCLOS, d'autres organismes fédéraux et des bénéficiaires principaux. (n=12). L'annexe 3 fournit de plus amples détails sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. Les données ont été analysées par triangulation de l'information recueillie au moyen des diverses méthodes énumérées ci-dessus. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations font face à des contraintes susceptibles d'influer sur la validité et sur la fiabilité de leurs constatations et de leurs conclusions. Le tableau ci-dessous décrit les limites auxquelles les évaluateurs se sont heurtés ainsi que les stratégies d'atténuation mises en place pour garantir que les constatations de l'évaluation pourront être utilisées en toute confiance afin d'orienter la planification du Programme et la prise de décisions.

Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Répercussion	Stratégie d'atténuation
<p>Le PCLOS ne tient pas à jour une base de données centralisée réunissant l'information recueillie dans les rapports de mesure du rendement. L'information ainsi obtenue n'est pas régulièrement ou systématiquement synthétisée par le PCLOS. Les ressources disponibles n'étaient pas suffisantes pour permettre un examen complet des gabarits de mesure du rendement des organisations financées par la SSF et le RCSSS et d'OpenProject afin d'extraire cette information.</p>	<p>Conformément à la matrice d'évaluation, l'analyse de l'efficacité du PCLOS ne tient pas compte de l'information contenue dans les gabarits de mesure du rendement de la SSF, du RCSSS et d'OpenProject.</p>	<p>D'autres sources de renseignements, en particulier des entrevues avec les informateurs clés fournissent de l'information pertinente sur l'efficacité de ces volets du Programme.</p>
<p>Vu que l'évaluation était ciblée, on avait délibérément limité le nombre et la diversité des informateurs clés qui allaient participer à l'évaluation.</p>	<p>Les renseignements provenant des entrevues avec des informateurs clés ne sont pas représentatifs de l'opinion des intervenants du PCLOS en général.</p>	<p>Notre rapport utilise l'information fournie par les informateurs clés conjointement avec d'autres sources de renseignements, dans la mesure du possible. L'information fournie par les informateurs clés sert à expliquer ou à mettre en contexte l'information provenant d'autres sources.</p>
<p>L'échantillon du sondage de type « client mystère » mené auprès d'établissements de santé qui offrent des soins de santé primaires dans les deux langues officielles a été sélectionné à partir des données recueillies par l'inventaire des établissements de santé au Canada réalisé en 2015, et ne sont pas représentatifs du groupe général d'établissements de santé. Diverses techniques d'échantillonnage ont été utilisées (sélection au hasard dans les provinces où de nombreux établissements remplissent les critères d'admissibilité combinée à une méthode de type recensement dans les provinces ne comptant que quelques établissements admissibles.)</p>	<p>Les résultats du sondage ne sont pas représentatifs du groupe général d'établissements de santé au Canada qui offrent des soins de santé primaires dans les deux langues officielles.</p>	<p>Les résultats du sondage sont utilisés conjointement avec d'autres sources de renseignements, y compris les résultats de l'inventaire de 2015, pour soutenir des observations générales à propos de l'offre de services dans les langues officielles minoritaires au Canada.</p>

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de maintenir le Programme

Les CLOSM sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque socioéconomiques et démographiques et d'autres facteurs liés à la mauvaise santé. De plus, les barrières linguistiques et d'autres facteurs interreliés peuvent limiter l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins de santé pour les CLOSM. Cela confirme la nécessité de maintenir le PCLOS. L'étendue dans laquelle ces barrières peuvent avoir engendré des différences entre l'état de santé des membres des CLOSM et celui des membres des communautés majoritaires est une question qui nécessite des recherches supplémentaires.

Les CLOSM au Canada

Aux fins de la présente évaluation, nous utilisons la définition des CLOSM se trouvant dans le *Règlement sur les langues officielles – communications avec le public et prestation des services*, qui s'inspire de l'approche décrite par Statistique Canada dans sa publication de 1989, *Estimation de la population selon la première langue officielle parlée*². Selon cette approche, les personnes qui vivent au Québec et dont l'anglais est la première langue officielle parlée et les personnes qui vivent ailleurs au Canada et dont le français est la première langue officielle parlée³ sont considérées comme formant la population des CLOSM. Selon la pratique courante, on assigne à chaque langue la moitié de la population de personnes dont la première langue officielle parlée ne peut être facilement déterminée (ce qui inclut toutes les personnes qui s'identifient de manière égale aux deux langues officielles); cela suppose que la moitié de ce segment de la population est considérée comme faisant partie de la CLOSM dans la région étudiée.

Dans l'ensemble, selon les données du recensement de 2011, les CLOSM comptent environ 2,07 millions de personnes, ce qui représente 6,2 % de la population canadienneⁱⁱⁱ. En chiffres absolus, le nombre de personnes qui vivent dans des CLOSM a augmenté de près de 3,7 % entre 2006 et 2011, mais il a glissé légèrement en tant que proportion de la population canadienne par rapport à 6,4 % en 2006⁴. Selon les données du recensement, en 2011, les CLOSM anglophones au Québec comptaient 1 058 250 personnes, soit 13,5 % de la population provinciale. Les CLOSM francophones comptaient 1 007 580 personnes et représentaient 4,3 % de tous les Canadiens vivant hors du Québec^{iv}.

La plus forte concentration de francophones hors Québec se trouve en Ontario (542 390). Cette communauté représente 4,3 % de la population provinciale et 53,8 % de tous les francophones vivant dans des CLOSM. Exprimée en pourcentage de la

ⁱⁱⁱ Consulter l'annexe 4 pour obtenir de plus amples détails.

^{iv} Cependant, la comparaison des recensements de 2006 et de 2011 indique que les CLOSM anglophones grandissent beaucoup plus vite que les CLOSM francophones.

population, cependant, la plus importante population minoritaire de francophones se trouve au Nouveau-Brunswick (235 700), où ils représentent 31,9 % de la population de cette province et 23,4 % de tous les membres des CLOSM francophones. On retrouve d'autres communautés francophones importantes en Nouvelle-Écosse (30 330), au Manitoba (41 365), en Alberta (71 370) et en Colombie-Britannique (62 190).

État de santé dans les CLOSM

Depuis la dernière évaluation du Programme, une littérature grandissante indique que, comparativement aux majorités linguistiques du Canada, les CLOSM sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque socioéconomiques et démographiques et d'autres facteurs liés à une mauvaise santé. Par exemple, plusieurs études ont démontré que la minorité francophone est désavantagée par rapport à la majorité anglophone au Canada au chapitre des déterminants sociodémographiques de la santé comme le revenu, le niveau de scolarité, la littératie, l'emploi et la ruralité⁵. De même, la minorité anglophone au Québec, en particulier dans l'est de la province, est plus susceptible que la majorité francophone d'être touchée par des déterminants démographiques d'une mauvaise santé⁶.

Par ailleurs, les études montrent que, comparativement à la majorité anglophone, les membres des CLOSM francophones sont plus à risque d'adopter des comportements néfastes pour la santé, comme la consommation d'alcool et de tabac et un faible taux d'activité physique pendant les loisirs. Selon certaines études, les membres des CLOSM francophones ont également plus de risques de faire de l'embonpoint et de se considérer comme en mauvaise santé⁷, même si une étude a constaté que les anglophones du Québec sont en fait 40 % *plus susceptibles* de faire de l'activité physique chaque jour pendant plus de 15 minutes, et 19 % *moins susceptibles* de se considérer comme inactifs par rapport aux francophones québécois⁸.

Conformément à ce qu'on a constaté dans l'évaluation précédente, les personnes âgées qui vivent dans des CLOSM forment un groupe particulièrement vulnérable. Selon une étude antérieure, les francophones des CLOSM sont plus susceptibles que la population générale de présenter des facteurs de risque socioéconomiques liés à une mauvaise santé (scolarité inférieure, chômage plus élevé, ruralité)⁹. Des études plus récentes font état de constatations similaires¹⁰. Une autre population importante des CLOSM est constituée d'immigrants, par exemple, les immigrants francophones vivant en Ontario¹¹. Outre les barrières linguistiques, ils se heurtent aussi à d'autres obstacles : nombreux déterminants sociodémographiques d'une mauvaise santé, assurance médicament limitée, problèmes de transport et mauvaise connaissance du système de santé du Canada¹².

Même s'il semble que les CLOSM sont plus susceptibles que les communautés de langue officielle en situation majoritaire à être touchées par des déterminants socioéconomiques de la santé et des facteurs de risque comme l'obésité et le tabagisme, qui sont liés à un mauvais état de santé, les études qui ont tenté de comparer l'état de santé réel (prévalence ou incidence des maladies, par exemple) des membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire et majoritaire

sont peu nombreuses. On ne sait pas dans quelle mesure il est possible ou approprié de généraliser les constatations de ceux qui ont tenté d'établir cette comparaison¹³, ce qui montre que d'autres recherches sont nécessaires dans ce domaine.

Obstacles à l'accès aux soins de santé par les CLOSM

Il est maintenant bien établi dans la littérature que les CLOSM au Canada ont de la difficulté à avoir accès aux soins de santé. L'évaluation précédente, qui remonte à 2013, souligne que ces difficultés semblent être davantage associées à des obstacles non linguistiques, notamment la répartition géographique et la distance à parcourir pour obtenir des services, les facteurs socioéconomiques, la disponibilité de professionnels de la santé dans la langue minoritaire ainsi que la disponibilité et le maintien en poste de professionnels de la santé. Cependant, il est probablement plus exact d'y voir des facteurs liés entre eux qui, de concert avec les barrières linguistiques, créent des obstacles à l'accès aux soins de santé par les CLOSM. De plus, la littérature récente indique que pour les CLOSM, la langue est un obstacle non seulement en ce qui trait à l'accès, mais aussi pour la qualité et la sécurité des soins. De même, un grand nombre d'informateurs clés pensent que la langue fait obstacle à la qualité et à la sécurité de services de santé, de même qu'à leur accessibilité.

Barrières linguistiques

Depuis quelques années, il y a de plus en plus de preuves que les barrières linguistiques limitent l'étendue dans laquelle les membres des minorités linguistiques ont accès aux soins de santé dont ils ont besoin. Souvent, en raison de ces obstacles, les membres des CLOSM acceptent de recevoir des soins dispensés dans la langue officielle majoritaire. Selon le patient et la connaissance de la langue officielle minoritaire par le fournisseur, la communication peut être laborieuse et incomplète. Cela peut créer de la détresse et de l'insatisfaction chez les deux parties¹⁴, et peut même influencer la décision de reporter les soins¹⁵.

De plus, les faits semblent prouver que les barrières linguistiques n'affectent pas seulement l'accès aux services, mais aussi la qualité des services et la sécurité des patients. En effet, la mauvaise communication imputable aux barrières linguistiques peut diminuer l'avantage que les patients tirent des soins de santé et même leur causer du tort¹⁶. Par exemple, si un praticien de la santé ne comprend pas parfaitement les préoccupations de son patient (à partir de l'explication donnée verbalement par le patient), cela peut augmenter la probabilité de recours à des tests diagnostiques ou d'autres mesures qui auraient peut-être été inutiles autrement¹⁷ ou accroître le risque d'erreurs de diagnostic et de traitement¹⁸.

Les problèmes de communication peuvent aussi réduire la capacité des patients à respecter les recommandations du fournisseur de soins, ce qui est très important dans certains cas, notamment dans la gestion des maladies chroniques ou après avoir reçu un congé d'un établissement de santé¹⁹. Par ailleurs, les barrières linguistiques semblent affecter considérablement l'utilisation et la qualité des services fondés sur la communication, comme les soins de santé mentale et le counseling²⁰. L'impact des

barrières linguistiques est plus prononcé chez les personnes âgées et les nouveaux arrivants qui font partie de CLOSM²¹, car ils sont le moins en mesure de communiquer dans la langue majoritaire.

Disponibilité des soins de santé dans la langue officielle minoritaire – l'« offre active »

Les lois régissant la prestation des services de santé dans la langue minoritaire varient énormément entre les provinces²². Par exemple, la *Loi sur les langues officielles* du Nouveau-Brunswick confère au public le droit de recevoir des services du ministère de la Santé provincial ou des régies régionales de la santé dans la langue officielle privilégiée. La prestation des services de santé en Ontario, au Québec et, dans une moindre mesure, au Manitoba, est également assujettie à des obligations légales qui soutiennent le droit des personnes à recevoir des services dans la langue officielle qu'elles privilégient. Toutefois, cela n'est pas le cas dans les autres provinces et territoires²³. Les établissements de santé du Nouveau-Brunswick, du Québec et de l'Ontario (les trois provinces qui comptent les plus fortes concentrations de CLOSM au Canada) sont les plus susceptibles d'indiquer qu'ils fournissent des services dans les deux langues officielles^v.

Plusieurs études font état d'un niveau élevé de demande non satisfaite pour ce qui est des services de santé fournis dans la langue officielle minoritaire²⁴. Même si une étude a révélé que la demande de services en français est relativement faible²⁵, on n'a pas déterminé dans quelle mesure ces services étaient fournis. Selon des études récentes, si les services de santé dans la langue minoritaire ne sont pas offerts de façon proactive, une proportion élevée des membres des CLOSM risquent de ne pas savoir où obtenir ces services, ou d'être plus à l'aise de communiquer dans la langue de la majorité. Par exemple, un grand nombre de membres de CLOSM francophones peuvent simplement s'habituer à parler anglais avec leurs fournisseurs de soins ou à le faire parce qu'ils craignent que les délais soient plus longs s'ils utilisent le français – une préoccupation qui n'est pas nécessairement sans fondement²⁶.

En effet, l'observation selon laquelle peu de patients demandent des services dans la langue officielle minoritaire ne suppose pas nécessairement que la demande de ces services est insuffisante. Donc, la disponibilité des services de santé dans la langue officielle minoritaire ne suppose pas nécessairement qu'ils sont accessibles pour les CLOSM²⁷. Pour faciliter l'accès, il faut évidemment fournir des services, mais aussi communiquer avec les patients d'une façon garantissant qu'ils savent exactement quels services sont disponibles et comment en bénéficier²⁸.

Formation, recrutement et maintien en poste de professionnels de la santé

Enfin, des études récentes font état d'un manque permanent de praticiens de la santé bilingues ou à tout le moins capables de servir des CLOSM dans leur langue officielle minoritaire. Par exemple, une étude récente a conclu que les membres des CLOSM

^v Les données détaillées de l'étude de référence sont fournies à la section 4.4.2.

sont désavantagés dans 10 des 13 provinces et territoires par rapport aux membres de la communauté de langue officielle en situation majoritaire pour ce qui est de l'accès à des professionnels de la santé capables de fournir des services dans la langue minoritaire^{29,vi}.

Certains chercheurs affirment que cette pénurie reflète un décalage géographique entre ces professionnels de la santé et les membres de CLOSM – un point qui a également été avancé par plusieurs informateurs clés. De ce point de vue, le problème n'est pas lié au nombre de professionnels de la santé capables de fournir des services dans la langue officielle minoritaire, mais plutôt à leur répartition dans certaines provinces³⁰. Quelques observateurs ont affirmé que même s'il y a suffisamment de médecins francophones en Ontario pour répondre aux besoins dans cette langue, ils sont largement répartis au sud et dans les zones urbaines de la province. Résultat, les collectivités rurales et éloignées sont mal desservies³¹. D'autres soutiennent que la pénurie est imputable aux problèmes de formation, de recrutement et maintien en poste, des problèmes particulièrement prononcés dans les régions rurales, mais présents aussi dans les centres urbains³².

Même en éliminant ces problèmes, le maintien en poste des praticiens de la santé bilingues ou parlant couramment la langue officielle minoritaire peut être difficile en raison d'une foule de facteurs personnels et professionnels comme la lourde charge de travail, le sentiment d'isolement, le manque perçu de répit, de soutien ou de frontières entre la vie personnelle et professionnelle, et le sentiment que leurs talents et capacités ne sont pas pleinement mis à contribution³³. Des études indiquent qu'on peut améliorer le maintien en poste en fournissant de la documentation dans la langue officielle minoritaire et en augmentant les occasions pour les professionnels de la santé de maintenir et d'améliorer leurs compétences linguistiques, par exemple en offrant des cours de langue officielle minoritaire³⁴.

Dans l'ensemble, selon les données disponibles, il faut continuer de s'attaquer aux barrières linguistiques et autres obstacles qui limitent l'accès aux services de santé pour les CLOSM et qui affectent la qualité et la sécurité des services qu'ils reçoivent. Tous les informateurs clés pensent que des progrès ont été accomplis à ce chapitre grâce à la formation, au travail en réseau, au renforcement des capacités et à d'autres activités financées par le PCLOS, mais ils ont été nombreux à souligner que le travail dans ce domaine doit se poursuivre, particulièrement compte tenu de facteurs comme le taux de roulement élevé chez les professionnels de la santé et les réorganisations périodiques au niveau provincial. Les informateurs clés étaient tous d'accord pour affirmer que le PCLOS doit être maintenu et qu'il est pertinent.

^{vi} Les provinces/territoires où les CLOSM n'étaient pas désavantagés sont le Nunavut, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador. Cette étude a utilisé un indice reflétant la disponibilité de professionnels de la santé bilingues ainsi que la taille et la répartition des CLOSM.

4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le soutien des langues officielles demeure une priorité du gouvernement fédéral, comme en témoigne la Feuille de route pour les langues officielles du Canada. Les activités du PCLOS cadrent avec les objectifs et les priorités stratégiques de Santé Canada et son mandat qui consiste à favoriser l'épanouissement des CLOSM, en vertu de la *Loi sur les langues officielles*.

Les évaluateurs ont constaté que le PCLOS est toujours une priorité fédérale. Le PCLOS s'inscrit dans la Feuille de route pour les langues officielles du Canada, qui a été renouvelée en 2013 pour un deuxième cycle de financement de cinq ans (2013-2014 à 2017-2018). Dans la Feuille de route, le gouvernement fédéral confirme son engagement permanent à « promouvoir la dualité linguistique du Canada et l'essor des communautés de langue officielle en situation minoritaire³⁵ ». La Feuille de route repose notamment sur le résultat des vastes consultations menées auprès des intervenants afin de définir les grandes priorités dans le domaine des langues officielles. S'appuyant sur le dialogue continu entre le gouvernement fédéral, les provinces et territoires et le commissaire aux langues officielles, les consultations auprès des organisations concernées ont mis en lumière plusieurs opinions partagées sur les domaines préoccupants, y compris l'accès aux services de santé dans les deux langues officielles. Subséquemment, sur l'enveloppe de 1,1 milliard de dollars de la Feuille de route renouvelée, environ 16 % des fonds ont été attribués au PCLOS³⁶.

La dualité linguistique demeure une priorité du gouvernement fédéral. Dans le discours du Trône de 2015, le gouvernement fédéral affirme qu'il « encouragera l'utilisation des langues officielles du pays », sans toutefois mentionner expressément l'accès aux services de santé pour les CLOSM³⁷. De même, la lettre de mandat de la ministre du Patrimoine canadien indique que les langues officielles sont l'une des grandes priorités du gouvernement fédéral³⁸.

Par ailleurs, le PCLOS s'harmonise avec les objectifs et les priorités stratégiques de Santé Canada. S'inscrivant dans le mandat élargi du BACLO (favoriser l'épanouissement des CLOSM) énoncé à l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*, les activités du PCLOS comprennent les consultations régulières auprès des communautés de langue officielle en situation minoritaire du Canada, le soutien et la facilitation de la prestation de services et de programmes de contribution aux communautés de langue officielle en situation minoritaire, la reddition de comptes au Parlement et aux Canadiens sur les réalisations de Santé Canada en vertu de l'article 41 et la coordination de la sensibilisation et des activités de Santé Canada en ce qui a trait à la participation des communautés de langue officielle en situation minoritaire et à la réponse aux besoins de ces communautés en matière de santé³⁹. Ces activités soutiennent l'objectif principal de Santé Canada, qui consiste « à renforcer le système de santé universel financé par l'État et à veiller à ce qu'il s'adapte aux nouveaux défis », ainsi que « le rôle de premier plan dans l'amélioration de la qualité des soins offerts aux Canadiens et des résultats obtenus à cet égard » que le gouvernement fédéral doit

jouer, comme l'expliquait récemment le premier ministre dans la lettre de mandat de la ministre de la Santé⁴⁰.

4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le PCLOS est en harmonie avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral. Il est le seul programme fédéral qui a pour mandat d'accroître l'accès aux services de santé pour les CLOSM et il complète les activités connexes menées à l'échelon fédéral et par les provinces et territoires.

Rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

La prestation des soins de santé relève de la compétence des provinces et territoires, mais le gouvernement fédéral joue un rôle dans l'amélioration et le maintien de la santé des Canadiens. L'autorité du gouvernement fédéral provient de la *Loi sur le ministère de la Santé*, qui précise que les pouvoirs et les fonctions du ministre s'étendent à « tous les domaines de compétence du Parlement liés à la promotion et au maintien de la santé de la population ne ressortissant pas de droit à d'autres ministères ou organismes fédéraux⁴¹ ».

Par ailleurs, le paragraphe 41(1) de la *Loi sur les langues officielles* oblige le gouvernement fédéral à « favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement »⁴². En vertu du paragraphe 41 (2), les institutions fédérales ont l'obligation de « veiller à ce que soient prises des mesures positives pour mettre en œuvre cet engagement », tout en respectant les champs de compétence et les pouvoirs des provinces. Les activités de Santé Canada dans le cadre du PCLOS respectent ces exigences.

Les objectifs du PCLOS cadrent également avec l'objectif premier de la politique canadienne de la santé, décrit dans la *Loi canadienne sur la santé*, qui est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre⁴³ ».

Rôles et responsabilités des autres intervenants

Comme on l'indique ci-dessus, les provinces et les territoires ont, constitutionnellement, le pouvoir de fournir les soins de santé. Même s'il n'existe pas de droit reconnu par la Constitution d'obtenir des soins de santé dans les deux langues officielles, des provinces et territoires ont adopté des lois et des instruments politiques portant sur la prestation de ces services dans les deux langues officielles. Comme nous l'avons déjà expliqué, la loi du Nouveau-Brunswick confère au public le droit de recevoir les services fournis par le ministère de la Santé ou les régies régionales de la santé dans la langue de leur choix. L'Ontario, le Québec et le Manitoba sont tenus par la loi d'offrir des services dans la langue minoritaire dans les établissements de santé désignés. Les autres provinces et territoires n'ont pas d'obligation légale d'offrir des services en

français aux CLOSM francophones⁴⁴. Parce qu'il finance les activités de cours de langue et de formation postsecondaire, de recrutement et maintien en poste, ainsi que la capacité des réseaux de santé locaux, on peut considérer que le PCLOS complète et appuie les efforts provinciaux/territoriaux (et leurs obligations légales, le cas échéant) afin de donner accès aux services de santé dans les langues officielles minoritaires.

À l'échelon fédéral, les Programmes d'appui aux langues officielles (PALO) de Patrimoine canadien font partie des outils fédéraux en vertu de la *Loi sur les langues officielles*. Les PALO aident les gouvernements provinciaux et territoriaux à fournir des programmes d'éducation de la maternelle à la 12^e année dans la langue officielle minoritaire, et ils offrent aussi un soutien sous forme de bourses et d'échanges aux étudiants des niveaux secondaire et postsecondaire. Cependant, le PCLOS est le seul programme fédéral qui fournit un financement aux établissements postsecondaires et aux organisations des intervenants, plus précisément pour la formation postsecondaire et linguistique des professionnels de la santé et des membres du personnel d'accueil. De plus, par rapport aux autres organisations du portefeuille de la Santé, dont les IRSC et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le PCLOS de Santé Canada a un mandat particulier, celui de favoriser un accès accru aux services de santé pour les CLOSM. Le mandat des IRSC vise seulement la recherche et le développement des connaissances afin d'améliorer la santé des Canadiens, tandis que le mandat de l'ASPC concerne la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la préparation et l'intervention en cas d'urgence.

Les informateurs clés estiment que les activités du PCLOS sont pertinentes et qu'elles cadrent avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral. Qui plus est, ils s'entendent pour affirmer qu'il n'y a pas de chevauchement ni de double emploi, mais plutôt de la complémentarité entre les activités du PCLOS et celles des autres intervenants. Les représentants du Programme ont précisé que toutes les activités visent à compléter les activités des organismes gouvernementaux provinciaux, territoriaux et régionaux et des organisations non gouvernementales dont le mandat est d'améliorer l'accès aux services de santé, et que tous les projets doivent bénéficier du soutien des provinces et territoires où ils sont réalisés. De même, les informateurs clés qui représentaient les bénéficiaires principaux ont précisé qu'ils mènent leurs activités en toute transparence et avec le soutien et la collaboration des provinces et territoires – une approche qui assure la complémentarité plutôt que le double emploi.

4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Résultat immédiat no 1 : Accès accru à des professionnels de la santé et à des membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM

Le PCLOS a contribué à accroître l'accès à des professionnels de la santé et à des membres du personnel d'accueil bilingues pour les CLOSM grâce au financement d'activités de formation postsecondaire et linguistique et d'une foule

d'autres projets visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et à sécurité des services de santé pour les CLOSM.

Selon les données disponibles, l'accès aux professionnels de la santé et aux membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM a augmenté depuis la plus récente évaluation. Par exemple, les données du CNFS montrent que le nombre de diplômés d'établissements postsecondaires de langue française a augmenté de 39 % entre 2012-2013 et 2014-2015, la période visée par l'évaluation, et de 79 % sur la période de cinq ans entre 2010-2011 et 2014-2015.

Tableau 4 : Diplômés d'établissements postsecondaires francophones

Établissement	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total pour la période de cinq ans de 2010-2011 à 2014-15	Total, période visée par l'évaluation : 2012-2013 à 2014-15
Collège Acadie	6	6	7	5	9	33	21
Collège Boréal	79	58	82	82	152	453	316
Collège communautaire du Nouveau-Brunswick	31	72	68	70	168	409	306
Collège universitaire (Université) de Saint-Boniface	40	44	46	36	29	195	111
La Cité collégiale	121	165	122	149	190	747	461
Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick	8	7	9	9	9	42	27
Université de l'Alberta — Campus Saint-Jean	8	18	18	19	12	75	49
Université Laurentienne	35	35	42	42	77	231	161
Université de Moncton	83	76	91	117	66	433	274
Université d'Ottawa	102	100	138	138	165	643	441
Université Sainte-Anne	3	15	15	11	11	55	37
Total	516	596	638	678	888	3316	2204

Source : Rapports de mesure du rendement du CNFS.

Les diplômés des programmes postsecondaires en français ont étudié dans divers programmes et domaines d'études liés à la santé. Entre 2010-2011 et 2014-2015, les programmes de sciences infirmières ont enregistré le plus grand nombre de diplômés. Ils représentent le quart (24 %) de tous les diplômés pendant cette période. Suivent les programmes d'aide-soignant (14 %) et de travail social (13 %). Tous les autres programmes (y compris, mais sans toutefois s'y limiter, l'ergothérapie, la nutrition, les soins dentaires, la gérontologie, l'échographie/la radiologie et la médecine) étaient moins populaires, représentant chacun 5 % ou moins des diplômés dans cette période. Puisque l'analyse documentaire a montré que les personnes âgées francophones dans les CLOSM constituent un groupe particulièrement vulnérable, il est important de noter que le nombre de diplômés en gérontologie a reculé, passant d'un sommet de 50 en 2011-2012 à seulement 9 par année en 2013-2014 et 2014-2015.

En outre, il semble qu'un grand nombre de ces diplômés ont trouvé en emploi dans le domaine des services de santé dans des CLOSM. Les sondages réalisés après la remise des diplômes par le CNFS indiquent que la proportion de répondants travaillant

dans un domaine lié à la santé 6 à 12 mois après la fin de leurs études a augmenté de 74 % à 82 % entre 2008-2009 et 2014-2015. De ce nombre, plus de 90 % [pour ces deux années] fournissaient des services liés à la santé dans des CLOSM. En 2014-2015, 60 % des personnes travaillant dans des CLOSM étaient diplômés de programmes de sciences infirmières/soins infirmiers auxiliaires (38 %), de travail social (12 %) ou de service de soutien/service aux personnes (10 %).

De même, le programme de formation linguistique de l'Université McGill a produit un nombre important de personnes qui ont été promues ces dernières années. Entre 2009-2010 et 2012-2013, 4 929 professionnels de la santé et membres du personnel d'accueil de 15 régions du Québec ont été promues les cours d'anglais de l'Université McGill^{45,vii}. De ce nombre, environ 40 % ont été promues des cours de niveau débutant et intermédiaire respectivement et 17 % ont été promues des cours de niveau avancé. La plupart des diplômés (55 %) étaient des professionnels de la santé, tandis que 22 % travaillaient dans le secteur social, et 15 % étaient des membres du personnel d'accueil. Les autres travaillaient dans d'autres secteurs. Il y a eu peu de diplômés en 2013-2014 et 2014-2015, mais il s'agissait d'années de transition pendant lesquelles l'Université McGill a reçu une part moins grande du financement au titre du Programme^{viii}. En conséquence, l'Université McGill a réorienté alors ses activités vers la préparation de documents de formation et les activités de maintien en poste et de recherche. On s'attend à ce que les cours de langue reprennent à plein régime en 2015-2016 pour atteindre entre 1 000 et 2 000 apprenants par année.

Outre la formation linguistique, le programme de l'Université McGill inclut aussi des volets de stages et de bourses. Depuis 2011-2012, plus de 200 stages ont été créés dans une foule de disciplines, notamment le travail social, la diététique/la nutrition, l'ergothérapie, l'orthophonie, la physiothérapie et les soins infirmiers/soins auxiliaires. De même, 94 bourses ont été remises à 60 étudiants dans divers domaines d'études, dont l'ergothérapie, la médecine, la médecine dentaire, les neurosciences, la nutrition, la psychothérapie, la physiothérapie, les sciences biomédicales, le travail social et les soins infirmiers. Une évaluation récente du programme de bourses de l'Université McGill indique que parmi les boursiers qui ont participé au sondage mené dans le cadre de l'évaluation, la plupart de ceux qui travaillent actuellement dans une région ciblée du Québec ont respecté et dépassé la condition d'un an imposée par le Programme, et la majorité d'entre eux ont l'intention de continuer de travailler au même endroit pendant plusieurs années⁴⁶. Les informateurs clés ont fait remarquer que la mise en œuvre

^{vii} La région comptant le plus grand nombre de diplômés était la Montérégie (651), suivie du Saguenay-Lac-Saint-Jean (490) et de Montréal (428). Les régions comptant le moins de diplômés étaient Chaudière-Appalaches (66), la Côte-Nord (22) et le Nord-du-Québec (19).

^{viii} Les représentants du programme ont indiqué que 2013-2014 avait été une année de transition, pendant laquelle l'Université McGill a reçu un financement de seulement 1,3 million de dollars (au lieu de 4,0 millions de dollars). L'université a utilisé ces fonds pour développer un programme de formation linguistique complet adapté au personnel de la santé et des services sociaux, et réaliser d'autres activités liées aux bourses et aux stages. Par ailleurs, l'entente de contribution pluriannuelle entre l'Université McGill et Santé Canada a été signée en mars de l'exercice suivant ((2014-2015), et un nombre relativement faible de personnes ont reçu une formation linguistique cette année-là. Comme au cours de l'année précédente, les activités en 2014-2015 étaient axées sur la préparation de matériel pédagogique, le maintien en poste et la recherche. De plus, en vertu d'une loi en vigueur au Québec, les demandes de financement fédérales provenant d'institutions québécoises doivent s'effectuer par l'entremise du gouvernement provincial.

réussie des programmes de stages et de bourses de l'Université McGill repose sur une étroite collaboration avec les réseaux de santé locaux financés par le RCSSS, puisque ces réseaux sont responsables de la promotion du programme de bourses, de la sélection des étudiants et du suivi des progrès.

Il importe de souligner que même si le CNFS et l'Université McGill ont un mandat de formation officiel – et qu'ils peuvent donc contribuer plus directement à accroître l'accès à des professionnels de la santé et à des membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM –, la SSF et le RCSSS ainsi que les réseaux de santé locaux qu'ils soutiennent financièrement mènent eux aussi des activités qui contribuent à accroître l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services de santé pour les CLOSM. Certains exemples de ces activités pendant la période d'évaluation (depuis 2012-2013) sont décrits ci-dessous^{ix}.

- ▶ *Norme linguistique.* Après l'étude financée par la SSF sur les approches actuelles relativement aux normes linguistiques et culturelles aux États-Unis et au Canada, la SSF, le RCSSS, Agrément Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec se sont associés pour créer un outil de mesure de la compétence linguistique applicable dans l'agrément des établissements de santé et de services sociaux du Canada. On espère que cet outil deviendra un élément du processus d'agrément officiel des établissements de santé du Canada et que les données sur la conformité aux nouvelles normes constitueront une source de renseignements fiables pour mesurer l'amélioration de l'accessibilité des services de santé dans les langues officielles minoritaires. En plus de travailler à l'élaboration d'une norme similaire pour le régime d'agrément du Québec, le RCSSS, conjointement avec le MSSS, élabore des lignes directrices sur l'information que les régions sociosanitaires du Québec devraient prendre en compte quand elles conçoivent des plans d'accès (comme l'exige la loi), en décrivant les services fournis en anglais ou, sinon, le processus permettant d'en bénéficier. Cette approche est bien alignée à celles qu'adoptent d'autres pays.
- ▶ *Personnes âgées.* Puisque les personnes âgées constituent l'un des groupes les plus touchés par les obstacles linguistiques à l'accès, la SSF et ses réseaux de santé locaux, ainsi que la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, travaillent en partenariat pour améliorer l'accès des personnes âgées aux soins de santé, principalement les soins de santé primaires, les soins hospitaliers, les soins à domicile et les soins de longue durée. En outre, la SSF a lancé deux projets pilotes en partenariat avec les réseaux locaux à l'Île-du-Prince-Édouard et au Manitoba. À l'Île-du-Prince-Édouard, le projet a donné lieu à l'ouverture d'une aile bilingue dans l'établissement de soins de longue durée de Summerside. Au Manitoba, un plan d'action et un guide de mise en œuvre pour la prestation de services bilingues s'adressant aux gestionnaires d'établissements de soins de

^{ix} Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

longue durée ont été conçus. Les deux produits devraient faciliter la réalisation de projets similaires dans d'autres collectivités et secteurs d'activité.

- ▶ *Santé mentale.* La SSF et la CSMC adaptent le programme des formateurs de « secouristes en santé mentale » de la CSMC à l'intention des communautés francophones minoritaires. Ce programme enseigne aux gens comment reconnaître les signes et les symptômes des problèmes de santé mentale, comment fournir une aide initiale et comment orienter une personne vers un professionnel qui pourra l'aider⁴⁷. On s'attend à ce que près de 600 francophones de communautés minoritaires suivent la formation afin de donner ce programme. De plus, la SSF et Tel-Aide Outaouais ont formé un partenariat pour élargir la disponibilité de la ligne d'écoute en santé mentale aux francophones au-delà du modèle actuel dans l'est de l'Ontario.
- ▶ *Promotion de la santé.* La SSF et le RCSSS mènent une foule de projets de promotion de la santé. La SSF fournit du financement aux réseaux locaux pour des projets qui visent à améliorer la santé des communautés francophones minoritaires grâce à un éventail d'activités de promotion de la santé qui ciblent les déterminants de la santé et la mobilisation des communautés. Par exemple, l'initiative Écoles en santé de la SSF est maintenant connue partout au pays grâce au travail des réseaux locaux. D'ici 2018, on s'attend à ce que la plupart des provinces et territoires déploient au moins une initiative Écoles en santé. Le RCSSS appuie ses 20 réseaux afin de promouvoir des pratiques et des modes de vie sains dans leurs collectivités grâce à une foule d'activités, dont les séances par vidéoconférence du Community Health Education Program (CHEP), qui sont présentées simultanément lors des réunions des groupes communautaires des réseaux participants pour favoriser l'apprentissage communautaire et l'échange d'information et alimenter des discussions sur certains problèmes de santé spécifiques.
- ▶ *Services d'interprétation.* La SSF et le RCSSS mènent des projets portant sur les services d'interprétation. La SSF travaille en partenariat avec ses réseaux locaux et l'Accueil francophone de Thunder Bay afin de réaliser des projets dans le nord de l'Ontario, en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. L'objectif est d'évaluer le recours aux interprètes en santé et son efficacité en ce qui concerne l'accessibilité des services dans les régions où les fournisseurs francophones sont rares. Le RCSSS mène une analyse approfondie du recours aux interprètes dans le système de santé au Québec en vue de formuler des recommandations au MSSS visant à améliorer les procédures actuelles du système à cet égard.

Dans l'ensemble, le PCLOS a contribué à accroître l'accès à des professionnels et de la santé et à des membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM pendant la période visée par l'évaluation. Le Programme a contribué à l'augmentation du nombre de diplômés d'établissements postsecondaires et en formation linguistique, et il semble que la majorité d'entre eux travaillent dans un domaine lié à la santé dans les CLOSM. De plus, des initiatives visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des

services de santé pour les CLOSM ont également été réalisées par les bénéficiaires principaux et secondaires du PCLOS.

4.4.2 Résultat immédiat n° 2 : Offre accrue de services de santé aux CLOSM dans les établissements de santé et la collectivité

En général, des services de santé dans la langue officielle minoritaire sont offerts dans une minorité de collectivités et d'établissements de santé du Canada, quoique la situation varie énormément entre les provinces et territoires. Les établissements du Nouveau-Brunswick et du Québec (deux des provinces ayant les plus grandes populations de CLOSM) sont les plus susceptibles d'offrir ces services.

Il n'y a pas de données en séries chronologiques permettant d'étayer les conclusions sur la mesure dans laquelle l'offre de services de santé aux CLOSM dans les établissements de santé et les collectivités a augmenté pendant la période d'évaluation. L'étude menée en 2015 par l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML) fournit des données de référence sur les services bilingues dans les établissements de santé du Canada⁴⁸. Dans cette étude, un établissement était considéré comme « bilingue » si les services étaient offerts dans les deux langues officielles ou si des services d'interprétation dans la langue minoritaire étaient disponibles.

Collectivités où des services bilingues ou dans la langue minoritaire sont disponibles

En 2015, selon l'étude de référence de l'ICRML, on dénombrait 2 155 communautés où des services de santé étaient disponibles. Des services de santé bilingues ou dans la langue minoritaire étaient disponibles dans 22 % (n= 467) de ces collectivités.

Parmi les collectivités où des services bilingues ou dans la langue minoritaire étaient disponibles, la très grande majorité (87 %) était située en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick – les provinces qui comptent la plus forte concentration de CLOSM. Toutes les collectivités du Nouveau-Brunswick offraient des services de santé dans les deux langues officielles ou dans la langue officielle minoritaire, par rapport à 35 % des collectivités en Ontario et à 25 % des collectivités au Québec. Ailleurs, des services bilingues ou dans la langue minoritaire étaient disponibles dans une proportion relativement faible de collectivités, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest, où trois des neuf collectivités offraient ces services.

Tableau 5 : Collectivités où des services bilingues sont disponibles, par province/territoire, mai 2015⁴⁹

Province ou territoire	Nombre de collectivités où des services de santé sont disponibles	Collectivités où des services de santé bilingues ou dans la langue minoritaire sont disponibles	
		Nombre	Pourcentage
Nouveau-Brunswick	64	64	100 %
Ontario	671	233	35 %
Territoires du Nord-Ouest	9	3	33 %
Québec	440	110	25 %
Manitoba	155	21	14 %
Île-du-Prince-Édouard	14	2	14 %
Nouvelle-Écosse	80	9	11 %
Yukon	16	1	6 %
Colombie-Britannique	200	9	5 %
Alberta	156	7	5 %
Saskatchewan	213	7	3 %
Terre-Neuve-et-Labrador	111	1	1 %
Nunavut	26	-	-
Total	2 155	467	22 %

Établissements offrant des services bilingues ou dans la langue minoritaire

L'étude s'est également penchée sur le nombre d'établissements dans chaque province et territoire qui offrent des services dans les deux langues officielles ou dans la langue minoritaire. L'étude a recensé 7 652 établissements de santé au Canada, dont 16 % (n=1 256) offraient des services dans les deux langues officielles ou dans la langue minoritaire. Tous les établissements de santé du Nouveau-Brunswick offraient des services bilingues, comparativement à seulement le cinquième (22 %) des établissements de l'Ontario, 17 % des établissements des Territoires du Nord-Ouest, 16 % des établissements du Québec et 14 % des établissements de l'Île-du-Prince-Édouard. Environ un établissement sur 10 au Manitoba (11 %), au Yukon (10 %) et en Nouvelle-Écosse (8 %) fournissait des services bilingues. Dans les autres provinces et territoires, cette proportion était de 2 % ou moins.

Tableau 6 : Établissements de santé où des services bilingues sont disponibles, par province/territoire, mai 2015⁵⁰

Province ou territoire	Nombre d'établissements	Établissements où des services bilingues ou dans la langue minoritaire sont disponibles	
		Nombre*	Pourcentage
Nouveau-Brunswick	146	146	100 %
Ontario	3 635	811	22 %
Territoires du Nord-Ouest	23	4	17 %
Québec	1 275	206	16 %
Île-du-Prince-Édouard	35	5	14 %
Manitoba	369	39	11 %
Yukon	21	2	10 %
Nouvelle-Écosse	143	11	8 %
Saskatchewan	420	7	2 %
Alberta	472	11	2 %
Colombie-Britannique	894	12	1 %
Terre-Neuve-et-Labrador	179	2	1 %
Nunavut	40	-	0 %
Total	7 652	1 256	16 %

*Remarque : Même si l'on considérait que la plupart des établissements de cette liste fournissaient des services bilingues, certains établissements en Ontario, par exemple, fournissaient des services en français seulement.

Il convient toutefois de souligner que l'étude répertorie les établissements qui « prétendaient » offrir des services dans les deux langues officielles et que leurs affirmations n'ont pas été vérifiées. Les évaluateurs ont tenté de combler cette lacune en menant un sondage de type « client mystère » auprès d'un échantillon d'établissements qui affirmaient fournir des services bilingues. L'objectif était de déterminer dans quelle mesure ils fournissent effectivement ces services. Dans le cadre du sondage, qui visait exclusivement des établissements de soins de santé primaires, 201 établissements ont été joints, dont 75 % (n=151) à l'extérieur du Québec et 25 % (n=50) au Québec^x.

Les résultats du sondage montrent ce qui suit :

- ▶ Soixante-et-un pour cent (n=122) des établissements avaient un système de réponse automatisé, et le message d'accueil était bilingue dans la moitié à peine de ces établissements. Cette situation a aussi été constatée au Québec (53 %) et en Ontario (55 %). Dans les autres provinces et territoires, à l'exception du Nouveau-Brunswick (qui a été analysé comme un groupe en raison de la petite taille de l'échantillon), la moitié à peine des établissements dotés d'un système de réponse automatisé avaient un message bilingue (47 %, n=8). Au Nouveau-Brunswick, les six établissements dotés d'un tel système avaient un message bilingue.
- ▶ Dans 21 % des établissements (n=43), le réceptionniste a répondu au téléphone en anglais et en français. C'est au Nouveau-Brunswick que cette proportion était la plus élevée (50 %), suivie de l'Ontario (21 %) et des autres provinces et territoires (19 %). Au Québec, le réceptionniste a répondu dans les deux langues

^x La méthode d'évaluation est décrite en détail à l'annexe 3.

officielles dans 6 % des établissements. En outre, à l'exception du Québec, un petit pourcentage a répondu au téléphone dans la langue minoritaire (français). Cette proportion était de 37 % au Nouveau-Brunswick, 19 % dans les autres provinces et territoires excluant le Québec, 5 % en Ontario et 0 % au Québec.

- ▶ Soixante-dix-sept pour cent des établissements contactés lors du sondage (n=155) ont dit qu'ils offraient des services dans la langue officielle minoritaire, incluant 75 % des établissements hors Québec (n=113) qui offrent des services en français et 84 % des établissements du Québec (n=42) qui offrent des services en anglais. À l'extérieur du Québec, la proportion d'établissements offrant des services en français variait selon la province : 87 % (n=26) au Nouveau-Brunswick, 75 % (n=71) en Ontario, et 62 % (n=16) dans les autres provinces et territoires.
- ▶ Dans les 155 établissements qui ont affirmé offrir des services dans la langue officielle minoritaire, les services les plus courants étaient les suivants : infirmières/infirmières praticiennes (86 %), omnipraticiens ou médecins de famille (63 %), services d'admission (49 %), counseling ou services de santé mentale (21 %) et travailleurs sociaux (14 %). Parmi les services moins souvent disponibles, on retrouve la physiothérapie et la psychologie. Ce phénomène a été observé au Québec, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et dans les autres provinces et territoires.
- ▶ Dans l'ensemble, les établissements au Québec et au Nouveau-Brunswick étaient les plus susceptibles d'affirmer qu'ils fournissent des services dans la langue officielle minoritaire et, malgré quelques différences, ces provinces étaient aussi les plus susceptibles d'offrir des soins de santé primaires précis, notamment les services d'infirmières/infirmières praticiennes et d'omnipraticiens, dans la langue officielle minoritaire.

Les résultats du sondage de type « client mystère » se trouvent à l'Annexe 4.

Tableau 7 : Services offerts dans la langue officielle minoritaire, avril 2016

Services offerts dans la langue officielle minoritaire	Général (n=155)	Québec (n=42)	Ontario (n=71)	Nouveau-Brunswick (n=26)	Autres provinces (n=16)
Infirmière/infirmière praticienne	86 %	91 %	78 %	100 %	84 %
Omnipraticien/médecin de famille	63 %	74 %	56 %	73 %	58 %
Services d'admission	49 %	79 %	24 %	65 %	38 %
Counseling/services de santé mentale	21 %	41 %	13 %	15 %	13 %
Travailleur social	14 %	17 %	14 %	15 %	12 %
Nutritionniste/diététiste	7 %	2 %	11 %	4 %	9 %
Physiothérapeute	3 %	-	4 %	8 %	4 %
Psychologue	2 %	7 %	-	-	-
Services faisant appel à des interprètes	3 %	-	-	-	4 %
Autres services	9 %	10 %	4 %	4 %	9 %

Source : Sondage de type « client mystère » mené auprès des établissements de santé.
Les totaux ne correspondent pas à 100 % en raison de réponses multiples.

Les résultats du sondage de type « client mystère » permettent de conclure que même si les établissements disent offrir des services dans la langue officielle minoritaire, ce n'est pas nécessairement le cas. En effet, comme on l'explique ci-dessus, des quelque 200 établissements recensés dans l'étude de référence de 2015 qui affirmaient offrir des services bilingues ou dans la langue officielle minoritaire, un peu plus des trois quarts (78 %) seulement ont précisé qu'ils offraient effectivement ces services lors du sondage. Comme on pouvait s'y attendre, deux des provinces comptant les plus importantes CLOSM – le Nouveau-Brunswick et le Québec – sont aussi les plus susceptibles d'offrir ces services : 87 % des établissements du Nouveau-Brunswick et 84 % des établissements au Québec ont dit qu'ils offraient des services dans la langue officielle minoritaire. D'un autre côté, en Ontario (qui compte aussi une CLOSM importante), seulement 75 % des établissements ont dit qu'ils offraient ces services.

4.4.3 Incidence globale du PCLOS

On considère que le PCLOS a contribué à la revitalisation et à l'autonomisation des CLOSM au Canada et a favorisé une prise de conscience parmi les intervenants évoluant à l'extérieur des CLOSM à propos des problèmes d'accessibilité, de qualité et de sécurité des services de santé dans ces communautés.

Les informateurs clés ont fait état de plusieurs effets importants du PCLOS sur leur public cible :

- ▶ À l'extérieur du Québec, les professionnels de la santé et les membres du personnel d'accueil francophones, et ceux qui aspirent à travailler dans le domaine de la santé, ont compris qu'ils peuvent suivre leur formation et fournir des services de santé dans leur langue et dans leur propre collectivité. Au Québec, les professionnels de la santé francophones comprennent mieux de la nécessité d'offrir des services de santé en anglais à la minorité anglophone du Québec.
- ▶ Les CLOSM qui participent aux activités de leurs réseaux de santé locaux respectifs et à d'autres projets financés par le PCLOS se sont épanouies et ont gagné de l'autonomie en ce qui concerne les enjeux de la santé et des services sociaux, et certains informateurs clés ont déclaré que le travail mené dans le domaine de la santé a contribué à des développements dans d'autres secteurs, notamment chez les adolescents, les personnes âgées et les familles. Par exemple, certains réseaux de santé ont déployé des initiatives pour renforcer et soutenir les familles avant une situation de crise, grâce à des groupes d'entraide de parents et d'autres initiatives préventives.
- ▶ Les questions liées à l'accessibilité, à la qualité et à la sécurité des soins de santé pour les CLOSM ont été définies plus clairement au cours des dernières années et, de ce fait, un nombre croissant d'intervenants diversifiés de l'extérieur des CLOSM ont pris conscience des problèmes et participé aux mesures visant à les régler. Par exemple, les représentants provinciaux/territoriaux et les

administrateurs du système de santé ont pris part aux initiatives d'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des soins de santé pour les CLOSM. De même, d'autres intervenants externes dont le mandat n'est pas directement lié aux CLOSM, comme Agrément Canada, la CSMC et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), se sont associés aux bénéficiaires principaux pour mener certains projets. Des informateurs clés ont dit que cette prise de conscience et les mesures qui en résultent constituent un changement culturel important au Canada, en grande partie grâce aux activités financées par le PCLOS.

4.5 Rendement : Élément n° 5 – Démonstration de l'économie et de l'efficacité

Le PCLOS a été exécuté d'une manière économique et efficace pendant la période visée par l'évaluation, et rien n'indique que des mesures autres qu'un programme de contribution produiraient les mêmes résultats à un coût moindre. Même si la stratégie de mesure du rendement, le modèle logique et les gabarits de rapport annuel sur le rendement des bénéficiaires du PCLOS ont été révisés, la méthode actuelle complique la production des rapports, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les responsables du Programme, et elle ne tient peut-être pas pleinement compte de tous les effets du Programme.

Observations sur l'économie

Dépenses internes

Le tableau 8 présente une comparaison des dépenses prévues et réelles durant les trois exercices (2012- 2013 à 2014-2015). Pendant cette période, 97 % des dépenses prévues ont été engagées.

Tableau 8 : Écart entre les dépenses prévues et réelles, PCLOS (\$)

Année	Dépenses prévues				Dépenses				Écart	% du budget prévu dépensé
	S et C	F et E	Salaire et RASE	TOTAL	S et C	F et E	Salaire et RASE	TOTAL		
2012-2013	38 300 000	878 390	421 610	39 600 000	38 300 000	878 390	421 610	39 600 000	0	1,00 %
2013-2014	27 000 000	413 801	236 199	27 650 000	24 861 552	413 801	236 199	25 511 552	2 138 448	0,92 %
2014-2015	36 400 000	374 711	295 289	37 070 000	35 835 074	374 711	295 289	36 505 074	564 926	0,98 %
TOTAL	101 700 000	1 666 902	953 098	104 320 000	98 996 626	1 666 902	953 098	101 616 626	2 703 374	0,97 %

Source : Renseignements financiers fournis par la Direction générale du dirigeant principal des finances

Generally, there is little variance between planned spending and expenditures, with the exception of 2013-2014 when variance exceeded \$2 million. In 2013-2014, variance was due to a delay in program renewal for the McGill component.

Dans l'ensemble, les coûts administratifs du PCLOS sont faibles. Exprimés en pourcentage de l'enveloppe totale du Programme, les coûts administratifs ont diminué entre 2012-2013 et 2014-2015, passant de 3,3 % la première année à 1,8 % la dernière année. Ces coûts représentent globalement 2,6 % des dépenses totales du Programme sur la période de trois ans.

Tableau 9 : Coûts administratifs (en dollars) (\$)

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Dépenses du Programme	39 600 000	25 511 551	36 505 073	101 616 624
Dépenses – S et C	38 000 000	24 861 551	35 835 073	98 996 624
Dépenses administratives	1 300 000	650 000	670 000	2 620 000
Coûts administratifs exprimés en pourcentage du total	3,3 %	2,5 %	1,8 %	2,6 %

Source : Renseignements financiers fournis par la Direction générale du dirigeant principal des finances

Selon les représentants du Programme, des fonds ont été alloués à l'administration à partir de 2008. Avant cette date, tous les fonds du Plan d'action servaient au financement des bénéficiaires. Les principaux informateurs du Programme ont également fait remarquer que même si 14 équivalents temps plein (ETP) étaient nécessaires pour assurer l'administration du Programme en 2008 selon les estimations, le PCLOS n'a jamais bénéficié d'un tel niveau de soutien administratif. Durant le plus récent exercice (2015-2016), le BACLO avait un effectif constitué de 11 employés nommés pour une durée indéterminée, dont 7 ETP affectés aux activités liées à la gestion du PCLOS comme la gestion du Programme et la mesure du rendement. Les quatre autres ETP mènent diverses activités, y compris sur les sujets suivants : conseils en matière d'élaboration de politiques, responsabilisation ministérielle, consultations avec les CLOSM, recherche et analyse. Les représentants du Programme ont souligné que le financement est demeuré stable, tandis que les coûts ont augmenté.

Les représentants du Programme ont déclaré que plusieurs mesures ont été prises dans ce contexte afin de réduire au minimum le coût des intrants, d'où une amélioration de l'économie. Par exemple, le PCLOS a ajouté une clause à ses ententes de contribution avec les bénéficiaires principaux. Cette clause établit un plafond pour le salaire des cadres afin qu'il demeure conforme au salaire moyen dans le secteur. Les représentants du Programme ont aussi pris des mesures pour réduire au minimum les frais de déplacement en regroupant dans un même voyage les réunions avec plusieurs bénéficiaires d'une même région, et en allant chez les bénéficiaires quand ils ont d'autres réunions au programme. Enfin, le PCLOS encourage les bénéficiaires à envisager la formation en ligne, les réunions virtuelles et la diffusion des documents créés en partie grâce au financement du Programme.

Les informateurs clés qui représentaient les bénéficiaires de financement ont aussi parlé des mesures prises par leur organisation pour améliorer l'économie. Par exemple, pour réduire les coûts, l'Université McGill a encouragé la promotion d'un environnement

sans papier, simplifié ses processus pour accroître les gains d'efficacité et fait appel à un sous-contractant, au besoin, pour aider les deux ou trois ETP qui administrent le Programme. Le CNFS a indiqué que ses établissements d'enseignement participants s'échangent les documents de formation et/ou offrent des cours conjointement. Dans ce cas, seul un établissement s'occupe de l'administration. Le fait que le gouvernement fédéral peut collaborer avec les établissements du CNFS par l'entremise du Secrétariat national du Consortium plutôt qu'avec chaque établissement individuellement permet également de réduire les coûts^{xi}. La SSF a adopté un processus de gestion amélioré au cours des trois dernières années. Elle a réduit la taille de son équipe de direction et mis en œuvre des mesures de partages des frais dans ses réseaux, entre autres pour certains produits de communication. Le RCSSS a réduit le nombre de réunions en personne du conseil d'administration et a établi un plafond pour le nombre de personnes qui peuvent assister aux journées d'échange de connaissances.

Observations sur l'efficacité

Selon les données disponibles, des mesures ont été prises pour gérer efficacement les ressources du PCLOS afin de faciliter la production des produits et des services prévus. Les informateurs clés ont noté que le renouvellement du financement du PCLOS en 2013 fut un moment important, car une portion du financement devait prendre fin. Or, bien que le financement ne fut pas augmenté, celui-ci se vit renouvelé en continu. Les informateurs clés du Programme ont dit que ce changement avait procuré beaucoup plus de prévisibilité à Santé Canada en ce qui concerne le financement, ce qui a facilité l'affectation des ressources et la planification des activités.

En ce qui concerne le volet de formation du PCLOS, les représentants du CNFS ont indiqué qu'en raison de l'existence du Consortium, 11 universités et collèges travaillent en collaboration, ce qui leur permet d'offrir des programmes plus nombreux et plus variés. L'Université McGill a changé sa façon d'offrir des cours de langue pendant la période d'évaluation. Avant, cette formation était donnée par l'entremise d'agences régionales, ce qui, selon les informateurs clés, compliquait la mesure et la synthèse des résultats. Mais compte tenu de la taille de l'investissement et du besoin d'assurance de la qualité, l'Université McGill a décidé de centraliser la prestation de la formation dans son département d'éducation permanente. Ainsi, on a élaboré des cours normalisés offerts en ligne ou en classe. Les représentants de l'Université McGill ont dit que même si les coûts liés à l'élaboration de ces cours ont augmenté, ces changements devraient procurer un rendement des investissements intéressant à plus long terme.

En ce qui concerne le volet de réseautage du PCLOS, le RCSSS a dit qu'il avait été en mesure d'étendre son travail auprès des communautés pendant une période où il n'y a pas eu d'augmentation du financement en réaffectant une partie de ses ressources. Par exemple, le nombre de réseaux de santé locaux qui participent au RCSSS est passé de

^{xi} Il convient de préciser que Santé Canada a des ententes de contribution distinctes avec chaque établissement du CNFS et avec le Secrétariat national. Cependant, seul le Secrétariat national doit produire un rapport annuel sur le rendement (qui regroupe les résultats de tous les établissements).

18 à 20 entre 2009 et 2016. On a fait remarquer que même si les réseaux bénéficient d'un financement limité (60 000 \$ à 90 000 \$ chacun par année) et qu'ils sont insuffisamment répartis dans les CLOSM, ils ont néanmoins mené diverses activités grâce, surtout, aux partenariats formés avec des organisations communautaires établies. Puisqu'il fournit aux réseaux locaux les outils nécessaires pour mener leurs activités, le RCSSS joue un rôle de soutien très important. Les réseaux locaux sont considérés par les informateurs clés comme un élément moteur des progrès accomplis à ce jour grâce au PCLOS. Plus particulièrement, les liens qu'ils ont tissés avec les CLOSM et leur enracinement leur permettent de comprendre les besoins communautaires et d'y répondre d'une façon qui, pense-t-on, n'aurait peut-être pas été possible avec le système public (provincial).

La SSF a modifié son approche de la programmation après avoir élaboré un plan stratégique qui définit les domaines d'action prioritaires. Avant la période de financement actuelle de cinq ans, l'organisation gérait plus de 70 projets. Mais maintenant, elle consacre ses ressources à un plus petit nombre de projets dans les domaines d'action prioritaires définis, et elle espère qu'ils auront un impact plus significatif et un effet de levier – par exemple, des projets conjoints entre des réseaux locaux et leur gouvernement provincial/territorial respectif.

Les informateurs clés ont déclaré que la collaboration étroite et les partenariats entre le CNFS et la SSF et entre le RCSSS et l'Université McGill, ainsi que la collaboration avec des partenaires non financés par le PCLOS, ont également donné lieu à des gains d'efficacité considérables et constituent un facteur de réussite essentiel de leurs activités respectives.

Les informateurs clés pensent que ces activités permettent d'obtenir les résultats escomptés et que les ressources sont généralement suffisantes pour mener les activités prévues, mais ils font remarquer que ces dernières ne sont pas nécessairement complètes. Par exemple, le projet de création d'un programme de pharmacie à l'extérieur du Québec visant à accroître le nombre de pharmaciens francophones a été présenté en 2013, mais il n'a pas encore reçu de financement.

Dans d'autres pays, des normes linguistiques ont été établies. Par exemple, la *Welsh Language (Wales) Measure 2011* confère au gouvernement du pays de Galles le pouvoir d'imposer des normes pour s'assurer que les besoins des résidents parlant gallois sont respectés⁵¹. Le projet de loi portant création des normes en matière de santé au pays de Galles (le « NHS Wales ») devrait entrer en vigueur à la fin de 2016 ou au début de 2017. Les fournisseurs de soins de santé auront alors six mois pour s'y conformer⁵². Aux États-Unis, l'accès aux soins de santé par les gens ayant une compétence limitée en anglais est protégé en vertu du titre VI de la *Civil Rights Act* de 1964 qui précise que les gens ne peuvent être exclus des activités et programmes financés par le gouvernement fédéral sur la base de l'origine nationale. Selon l'interprétation qui est faite de cette disposition, cela inclut les langues parlées par les patients⁵³. L'Office of Minority Health (Bureau de la santé des minorités) du Department of Health and Human Services (Département de la santé et des services sociaux) des États-Unis joue un rôle important dans la facilitation de l'accès aux soins de santé pour

les patients qui ne parlent pas bien l'anglais grâce à l'administration des National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care (désignée sous forme abrégée « National CLAS Standards » ou normes sur les services et soins de santé adaptés à la culture et à la langue), incluant quatre normes liées directement à l'accessibilité des services linguistiques⁵⁴.

Comme on l'explique à la section 4.4.1, le PCLOS finance actuellement l'élaboration de normes linguistiques adaptées au contexte canadien.

Observations sur la pertinence et l'utilisation des données sur la mesure du rendement

En 2013, la stratégie de mesure du rendement et le modèle logique du PCLOS ont été révisés conformément aux exigences du Conseil du Trésor. Le modèle logique a été considérablement simplifié par rapport à celui de 2008-2013. Le nombre de résultats immédiats est notamment passé de cinq à deux, et ces résultats ont été axés sur les professionnels de la santé et les membres du personnel d'accueil bilingues et sur l'offre de services de santé aux CLOSM. De plus, en 2014, les responsables du PCLOS ont modifié les gabarits du rapport annuel sur le rendement des bénéficiaires du Programme utilisés par le CNFS, l'Université McGill, les organisations financées par la SSF, les organisations financées par le RCSSS et les projets financés dans le cadre du volet de l'accès aux services de santé et du maintien en poste. Les représentants du Programme ont expliqué que des efforts ont été faits pour améliorer les indicateurs et la capacité des communautés à recueillir des données sur le rendement.

L'examen des gabarits de rapport sur le rendement révèle que ces rapports sont produits annuellement par les bénéficiaires de financement, conformément aux exigences du PCLOS. Selon la structure actuelle des gabarits, les bénéficiaires doivent entrer beaucoup de données qualitatives et quantitatives détaillées dans une série de feuilles Excel. Quand on examine les rapports produits, il est difficile de bien comprendre les activités menées par les bénéficiaires et leurs résultats. De plus, ces rapports ne dressent pas un tableau complet des réalisations attribuables au financement du PCLOS, particulièrement dans le volet de réseautage. Dans ce dernier cas, des mesures comme le nombre de professionnels de la santé et de membres du personnel d'accueil bilingues ne sont peut-être pas les indicateurs de réussite les plus pertinents. Les gabarits actuels du rapport sur le rendement semblent convenir au CNFS et à l'Université McGill, mais c'est peut-être parce que leurs activités sont plus facilement quantifiables. Certains informateurs clés pensent donc qu'il serait temps de revoir la méthode de présentation de l'information sur le rendement.

Les représentants du Programme ont confirmé qu'il n'y avait pas base de données centralisée permettant de réunir l'information recueillie dans les rapports sur le rendement. De plus, l'information tirée des rapports n'est pas régulièrement ou systématiquement « synthétisée » par le PCLOS. Cette synthèse serait une tâche très laborieuse compte tenu de la nature actuelle des rapports sur le rendement.

Observations sur la gouvernance

Il ne semble pas y avoir de structure ou de mécanisme officiel de collaboration au sein du portefeuille fédéral de la Santé sur les questions relatives aux soins de santé pour les CLOSM. En outre, les informateurs clés ont des opinions différentes sur l'étendue de cette collaboration à l'heure actuelle.

Les représentants du Programme estiment que le BACLO, à Santé Canada, est actuellement le meilleur véhicule pour l'exécution du PCLOS. Toutefois, des informateurs clés externes ont dit que le BACLO devrait être un organisme interministériel, et non relever d'un seul ministère. Certains ont également proposé de créer un comité de cadres supérieurs de Santé Canada, de l'ASPC et des IRSC pour s'occuper des questions concernant les CLOSM et la santé.

5.0 Conclusions

Pertinence

Nécessité de poursuivre le Programme

L'évaluation a constaté que le PCLOS a contribué à améliorer l'accès aux services de santé dans la langue de la minorité au sein des CLOSM. Cette conclusion s'appuie sur deux critères. D'abord, les données recueillies indiquent une augmentation du nombre de diplômés bilingues issus des programmes du CNFS (une augmentation de 79 % durant la période de 2010-2011 à 2014-2015). De même, 4 929 professionnels de la santé et membres du personnel d'accueil québécois ont réussi des cours de formation linguistique en anglais offerts par l'Université McGill durant la période de 2009-2010 à 2012-2013. Deuxièmement, l'évaluation a constaté qu'un nombre croissant de diplômés du CNFS trouvent par la suite un emploi dans le domaine des services de santé dans une CLOSM. Des sondages réalisés de 6 à 12 mois après la remise des diplômes indiquent que la proportion de diplômés du CNFS travaillant dans un domaine lié à la santé a augmenté de 74 % à 82 % entre 2008-2009 et 2014-2015. De ce nombre, plus de 90 % fournissaient des services liés à la santé dans des CLOSM. De plus, selon une évaluation récente du programme de bourses d'études de l'Université McGill, la plupart des bénéficiaires interrogés qui travaillent actuellement dans une région ciblée au Québec ont respecté ou dépassé la période d'un an imposée par le Programme, et la majorité d'entre eux ont l'intention de continuer de travailler au même endroit pendant plusieurs années.

En plus des volets de formation postsecondaire et linguistique, les bénéficiaires principaux et secondaires du PCLOS ont mené un large éventail d'initiatives visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services de santé pour ces communautés. Les exemples incluent l'élaboration de normes linguistiques applicables dans le système de santé canadien, l'adaptation du programme de formateur des « secouristes en santé mentale » de la CSMC destinée aux communautés francophones minoritaires et des projets liés à la promotion de la santé, aux services

d'interprétation et à l'accessibilité accrue des services de santé pour les personnes âgées.

Quoique les études susmentionnées montrent une augmentation du nombre de professionnels de la santé bilingues dans les CLOSM, d'autres sources montrent que, en général, des services de santé dans la langue officielle minoritaire sont offerts dans une minorité de collectivités (22 %) et d'établissements de santé du Canada, quoique la situation varie énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les établissements du Nouveau-Brunswick et du Québec (deux des provinces ayant les plus grandes populations de CLOSM) sont les plus susceptibles d'offrir ces services. Il faudrait toutefois procéder à une recherche plus approfondie pour appuyer davantage cette évaluation de l'efficacité du Programme. Ainsi, une recherche plus poussée devrait être réalisée pour déterminer si les établissements qui prétendent fournir des services de santé bilingues offrent de tels services dans la pratique. De plus, nous ne disposons pas de données de séries chronologiques pour évaluer dans quelle mesure l'offre de services de santé dans les CLOSM a augmenté pendant la période visée par cette évaluation. Enfin, il existe peu de recherche pour déterminer dans quelle mesure les membres des CLOSM ont réellement accès à des services de santé dans la langue de leur choix, si cette offre est variable selon les régions et la profession liée à la santé, et dans quelle mesure cet accès les satisfait.

Au-delà des résultats escomptés officiels, on considère que le PCLOS a contribué à la revitalisation et à l'autonomisation des CLOSM au Canada et favorisé une prise de conscience chez les intervenants évoluant à l'extérieur des CLOSM à propos des problèmes d'accessibilité, de qualité et de sécurité des services de santé dans ces communautés. Toutefois, les données accessibles demeurent limitées en ce qui a trait à l'apport du programme à l'amélioration de l'état de santé des membres des CLOSM. Même si les données montrent que les CLOSM sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque socioéconomiques et géographiques et d'autres facteurs liés à une mauvaise santé, peu d'études ont comparé l'état de santé réel dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire et majoritaire. Les recherches à ce sujet pourraient aider le PCLOS à mieux comprendre les besoins des CLOSM et à maximiser ses retombées, ainsi qu'à éclairer la prise de décisions futures.

Démonstration d'économie et d'efficience

Le PCLOS a été exécuté d'une manière économique et efficiente pendant la période visée par l'évaluation. La grande majorité du financement prévu entre 2012-2013 et 2014-2015 a été allouée. Les fonds non utilisés sont liés principalement au volet de l'Université McGill. Les coûts d'administration sont relativement faibles, soit 2,6 % de l'enveloppe totale du Programme pendant le cycle de financement quinquennal. Les représentants du Programme et les bénéficiaires principaux du financement ont décrit les nombreuses mesures qu'ils ont prises pour réduire les coûts au minimum, gérer efficacement les ressources disponibles et favoriser la production des produits et services prévus. Malgré un financement stable, certaines activités ont été élargies. Les informateurs clés pensent que ces activités permettent d'obtenir les résultats escomptés et que les ressources sont

généralement suffisantes pour mener les activités prévues, mais ils font remarquer que ces dernières ne sont pas nécessairement complètes.

Depuis la dernière évaluation, on a révisé la stratégie de mesure du rendement, le modèle logique et les gabarits du rapport annuel sur le rendement des bénéficiaires du PCLOS. Cela dit, la méthode actuelle complique la production des rapports, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les responsables du Programme, et elle ne tient pas pleinement compte de tous les effets du Programme, surtout dans le volet de réseautage. Les informateurs clés étaient en faveur d'un nouvel examen de la méthode de mesure du rendement et de présentation des résultats afin de régler ces problèmes.

Même si les représentants du programme s'entendent généralement pour affirmer que le BACLO est l'entité appropriée pour exécuter le Programme, il ne semble pas y avoir de structure ou de mécanisme officiel pour la collaboration avec le portefeuille fédéral de la Santé (Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada) sur les enjeux de la santé pour les CLOSM. Les informateurs clés ont par ailleurs des opinions différentes quant à l'étendue de cette collaboration à l'heure actuelle.

6.0 Recommandations

Recommandation n° 1

Le BACLO devrait chercher à améliorer la qualité et la disponibilité de l'information sur la disponibilité et l'offre de services de santé aux membres de communautés de langue officielle en situation minoritaire dans la langue de leur choix, sur la mesure dans laquelle ils obtiennent ces services et sur leur satisfaction quant à cet accès.

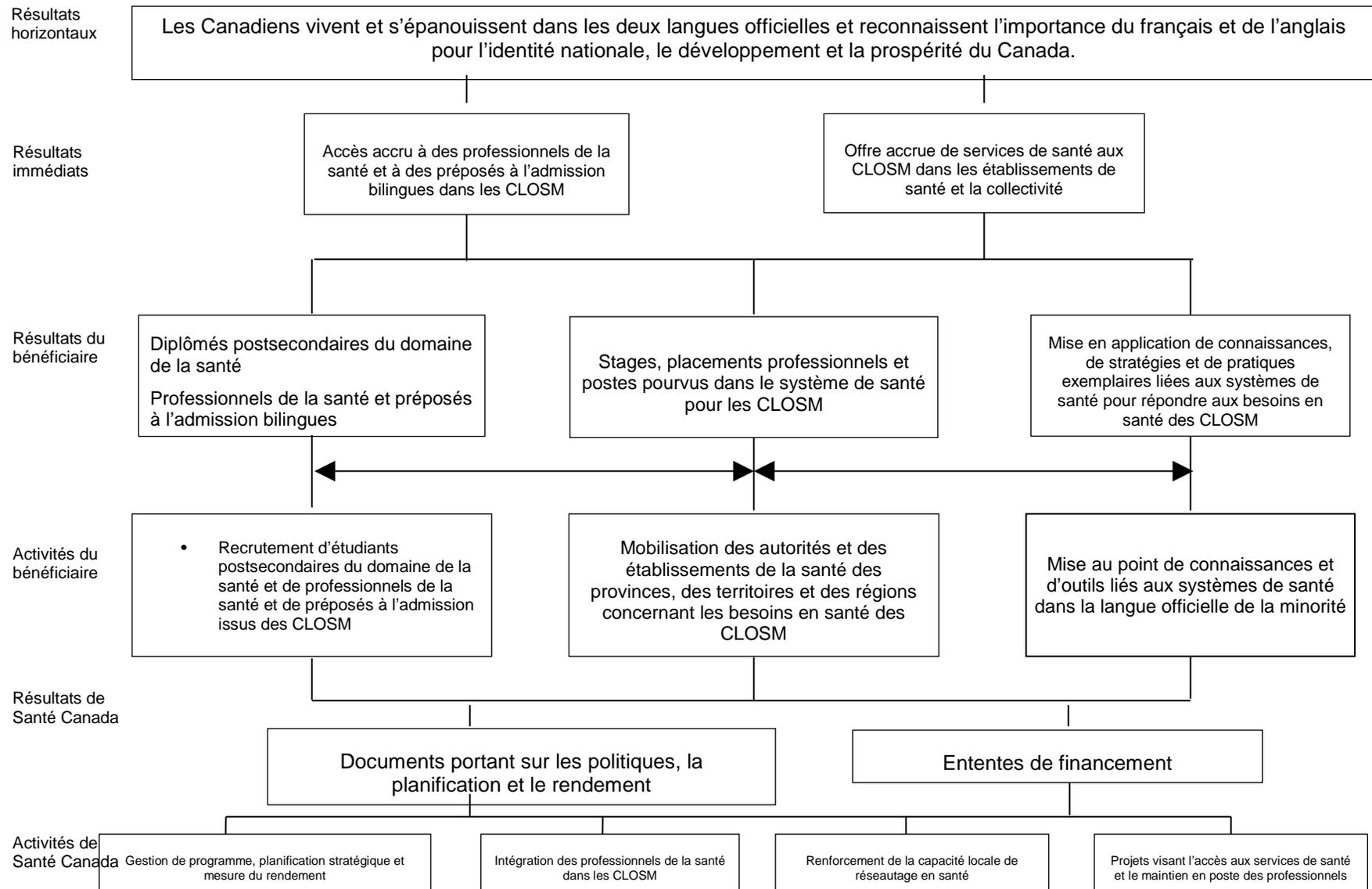
Bien que de l'information existe sur le nombre d'établissements de santé au Canada qui prétendent fournir des services de santé bilingues, une recherche plus poussée devrait être réalisée pour évaluer systématiquement si ces établissements offrent de tels services dans la pratique. De plus, nous ne disposons pas de données de séries chronologiques pour évaluer dans quelle mesure l'offre de services de santé dans les CLOSM a augmenté pendant la période visée par cette évaluation. Enfin, il existe peu de recherche pour déterminer dans quelle mesure les membres des CLOSM ont présentement accès à des services de santé dans la langue de leur choix, si cette offre est variable selon les régions et la profession liée à la santé, et dans quelle mesure cet accès les satisfait. Une telle recherche permettrait au Programme de renforcer sa capacité de mesurer son efficacité et d'en rendre compte.

Recommandation n° 2

Le BACLO devrait se pencher sur la stratégie actuelle de mesure du rendement et le modèle logique du Programme pour s'assurer qu'ils tiennent compte de l'ensemble des résultats, en particulier ceux liés au volet du réseautage et à la disponibilité, l'offre et l'utilisation réelle de services de santé dans la langue de choix des membres des CLOSM. Le Bureau devrait aussi simplifier le processus de reddition de comptes pour les bénéficiaires de financement de façon à faciliter la production de rapports annuels sur leurs projets ainsi que la présentation de rapports sommaires pour le Programme.

Depuis 2013, on a révisé la stratégie de mesure du rendement, le modèle logique et les gabarits du rapport annuel sur le rendement des bénéficiaires du PCLOS. Cela dit, la stratégie actuelle complique la production des rapports, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les responsables du Programme, et elle ne tient pas pleinement compte de tous les effets du Programme, surtout ceux portant sur le réseautage et la disponibilité, l'offre et l'utilisation réelle de services de santé dans la langue de choix des membres des CLOSM. D'autres modifications devraient être apportées à la stratégie de gestion du rendement afin d'améliorer la présentation de rapports sur les résultats escomptés afin d'assurer que les données du niveau du projet soient compilées et rapportées de façon systématique

Annexe 1 - Modèle logique



Annexe 2 - Résumé des constatations

Cotation des constatations

Les cotations ont été fournies pour indiquer la mesure dans laquelle chaque question ou enjeu de l'évaluation a été abordé.

Cotes relatives à la pertinence

Un résumé de la cotation de la pertinence est présenté au tableau 1 ci-dessous. La légende contient une description de la signification des cotes relatives à la pertinence.

Tableau 1 : Cotes relatives à la pertinence

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Nécessité de poursuivre le Programme			
Dans quelle mesure la langue représentait-elle un obstacle dans l'accès aux soins de santé pour les CLOSM? Dans quelle mesure la langue demeure-t-elle un obstacle dans l'accès aux soins de santé pour les CLOSM?	<ul style="list-style-type: none"> Mesure dans laquelle la langue représentait un obstacle pour l'accès aux soins de santé pour les CLOSM au moment de l'évaluation précédente Opinions/Données sur la mesure dans laquelle la langue représente encore un obstacle dans l'accès aux soins de santé pour les CLOSM 	Élevé	L'évaluation confirme que le PCLOS est encore nécessaire. Les CLOSM sont plus susceptibles de présenter des facteurs de risque socioéconomiques, démographiques et d'autres facteurs liés à une mauvaise santé, et les barrières linguistiques peuvent limiter l'accès de ces communautés et des groupes vulnérables (personnes âgées, nouveaux arrivants et autres) aux services de santé, particulièrement lorsque les services nécessitent une bonne communication. Par ailleurs, il semble que les barrières linguistiques se combinent à divers autres facteurs interreliés, comme la répartition géographique et l'éloignement des services, les facteurs socioéconomiques, la disponibilité de soins de santé dispensés de manière proactive dans la langue minoritaire, ainsi que la disponibilité et le maintien en poste des professionnels de la santé. Ensemble, ces facteurs peuvent limiter l'accès aux services de santé et amoindrir la qualité et la sécurité des services pour les CLOSM. Toutefois, jusqu'à maintenant, les études qui ont comparé l'état de santé réel (au chapitre de la prévalence ou de l'incidence de la maladie, par exemple) des personnes membres de communautés linguistiques minoritaires et majoritaires sont relativement peu nombreuses, d'où la nécessité de réaliser des études supplémentaires dans ce domaine.

Légende – Cotes relatives à la pertinence

Élevé Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partiel Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste pour les activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Tableau 1 : Cotes relatives à la pertinence

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
<p>Dans quelle mesure le PCLOS s'harmonise-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral? Est-ce que les partenaires jugent que les activités du Programme (sous chaque composante) sont pertinentes et harmonisées avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Degré d'harmonisation des activités/objectifs du Programme avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral • Degré d'harmonisation des activités/objectifs du Programme avec le rôle de Santé Canada en matière de compétence, établi par mandat ou établi par la loi • Opinions sur la mesure dans laquelle les activités du Programme sous chaque volet sont pertinentes et harmonisées avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral 	<p>Élevé</p>	<p>Le PCLOS est en harmonie avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral qui sont décrits dans la <i>Loi sur le Ministère de la Santé</i>, la <i>Loi sur les langues officielles</i> et la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. Les informateurs clés s'entendent pour affirmer que les activités du PCLOS sont pertinentes et en harmonie avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.</p>
<p>[thème en commun avec PC] Dans quelle mesure le PCLOS s'harmonise-t-il avec les rôles et responsabilités des autres intervenants du PCLOS, et comment leurs activités soutiennent-elles les objectifs du Programme? Dans quelle mesure</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Description des rôles et responsabilités des autres intervenants du PCLOS et opinions à cet égard • Opinions sur la mesure dans laquelle les activités des autres intervenants soutiennent les objectifs du Programme 	<p>Élevé</p>	<p>Le PCLOS est le seul programme fédéral ayant expressément pour mandat d'accroître l'accès des CLOSM aux services de santé, et il complète les activités connexes menées à l'échelon fédéral et par les provinces et territoires.</p>

Légende – Cotes relatives à la pertinence

Élevé Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partiel Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste pour les activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Tableau 1 : Cotes relatives à la pertinence

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
observe-t-on du double emploi, du chevauchement et de la complémentarité entre les PCLOS et les rôles et responsabilités des autres intervenants concernant l'accès accru aux soins de santé pour les CLOSM?	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve de double emploi, de chevauchement et complémentarité entre le PCLOS et les rôles et responsabilités des autres intervenants • Opinions sur l'étendue du double emploi, du chevauchement et de la complémentarité entre les PCLOS et les rôles et responsabilités des autres intervenants 		
Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Dans quelle mesure le PCLOS constitue-t-il une priorité du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> • Degré d'harmonisation entre les objectifs du Programme et les priorités récentes/actuelles du gouvernement fédéral 	Élevé	Le soutien des langues officielles demeure une priorité du gouvernement fédéral, comme en témoigne la Feuille de route pour les langues officielles du Canada. Plus récemment, le gouvernement fédéral a affirmé son appui continu aux langues officielles dans le discours du Trône de 2015 et la lettre de mandat du ministère du Patrimoine canadien rédigée par le premier ministre.
Dans quelle mesure les objectifs du PCLOS s'harmonisent-ils avec les priorités et les résultats stratégiques de Santé Canada?	<ul style="list-style-type: none"> • Degré d'harmonisation entre les objectifs du Programme et les priorités et les résultats stratégiques de Santé Canada 	Élevé	Les activités du PCLOS cadrent avec les objectifs et les priorités stratégiques de Santé Canada et son mandat qui consiste à favoriser l'épanouissement des CLOSM, selon l'article 41 de la <i>Loi sur les langues officielles</i> .

Légende – Cotes relatives à la pertinence

Élevé Il y a un besoin manifeste pour les activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.

Partiel Il y a un besoin partiel pour les activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.

Faible Il n'y a pas de besoin manifeste pour les activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Cotes relatives au rendement

Un résumé des cotes relatives au rendement est présenté dans le tableau 2 ci-dessous. La légende contient une description de la signification des cotes relatives au rendement.

Tableau 2 : Cotes relatives au rendement

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Est-ce que l'accès aux professionnels de la santé et aux membres du personnel d'accueil bilingues dans les CLOSM s'est accru?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de diplômés d'établissements postsecondaires de langue française • Nombre de professionnels de la santé et membres du personnel d'accueil préposés qui ont terminé des cours de langue • Nombre de diplômés dans le domaine de la santé qui travaillent dans des CLOSM • Nombre de diplômés de cours de langue qui travaillent dans des CLOSM 	<p>Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis</p>	<p>Le PCLOS a contribué à accroître l'accès à des professionnels de la santé et des membres du personnel d'accueil bilingues pour les CLOSM grâce au financement d'activités de formation postsecondaire et linguistique et d'une foule d'autres projets visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services de santé pour les CLOSM. Le nombre de diplômés d'établissements postsecondaires de langue française a augmenté de 39 % entre 2012-2013 et 2014-2015. De plus, selon une enquête réalisée après la remise des diplômes, la proportion de diplômés travaillant dans un domaine lié à la santé 6 à 12 mois après leurs études est passée de 74 % à 82 % entre 2008-2009 et 2014-2015. Toutefois, la proportion de ces diplômés qui fournissent des services de santé dans les CLOSM est demeurée relativement stable, à un peu plus de 90 %.</p> <p>Bien que certaines personnes ont été promues du programme de formation linguistique de McGill en 2012-2013, aucune n'a été promue en 2013-2014 car aucun cours ne fut offert.</p> <p>En plus des volets de formation postsecondaire et linguistique, les bénéficiaires principaux et secondaires du PCLOS ont mené un large éventail d'initiatives visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services de santé pour ces communautés. Les exemples incluent l'élaboration de normes linguistiques applicables dans le système de santé canadien, l'adaptation du programme de formateur des « secouristes en santé mentale » de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) destinée aux communautés francophones minoritaires et des projets liés à la promotion de la santé, aux services d'interprétation et à l'accessibilité accrue des services de santé pour les personnes âgées.</p>

Légende : Cotes relatives au rendement

Atteint	Les résultats ou les objectifs ont été atteints.
Progrès accomplis; d'autres travaux sont requis	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire requise	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, et une attention est nécessaire en priorité.

Tableau 2 : Cotes relatives au rendement

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Est-ce que l'accessibilité (l'offre) des soins de santé bilingues a changé?	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'établissements de santé, de communautés et/ou de régions où des services de santé bilingues sont accessibles par les CLOSM 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis	En général, des services de santé dans la langue officielle minoritaire sont offerts dans une minorité de collectivités et d'établissements de santé du Canada, quoique la situation varie énormément entre les provinces et territoires. Les établissements du Nouveau-Brunswick et du Québec (deux des provinces ayant les plus grandes populations de CLOSM) sont les plus susceptibles d'offrir ces services.
[thème en commun avec PC] Quelle a été l'incidence globale du PCLOS sur les divers publics ciblés?	<ul style="list-style-type: none"> Résumé des renseignements sur les résultats Opinions sur l'incidence globale du PCLOS sur ses publics cibles 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis^{xii}	Au-delà des résultats escomptés officiels, on considère que le PCLOS a contribué à la revitalisation et à l'autonomisation des CLOSM au Canada et a favorisé une prise de conscience parmi les intervenants évoluant à l'extérieur des CLOSM à propos des problèmes d'accessibilité, de qualité et de sécurité des services de santé dans ces communautés.
Démonstration d'économie et d'efficience			
Le Programme a-t-il produit ses extrants et atteint ses résultats de la manière la plus économique possible? Comment assurer une meilleure économie?	<ul style="list-style-type: none"> Écart entre les dépenses prévues et réelles et entre les tendances et les conséquences Effet de levier généré Pertinence des charges administratives Preuve des mesures prises pour améliorer l'économie 	Atteints	Le PCLOS a été exécuté d'une manière économique pendant la période visée par l'évaluation. La grande majorité du financement prévu entre 2012-2013 et 2014-2015 a été alloué. Les fonds non utilisés sont liés principalement au volet de l'Université McGill. Les coûts d'administration sont relativement faibles, soit 2,6 % de l'enveloppe totale du Programme pendant le cycle de financement quinquennal.
Les ressources du Programme ont-elles été gérées efficacement pour faciliter l'obtention des produits et services prévus? Dans quelle mesure et de quelle façon peut-on réaffecter ces ressources afin	<ul style="list-style-type: none"> Analyse du coefficient coût-extrants dans le temps Opinions et observations sur la mesure dans laquelle : <ul style="list-style-type: none"> les coûts de production des extrants sont aussi faibles que possible et des mesures sont proposées pour réduire 	Atteints	Les représentants du Programme et les bénéficiaires principaux du financement ont décrit les nombreuses mesures qu'ils ont prises pour réduire les coûts au minimum et gérer efficacement les ressources disponibles afin de faciliter la production des produits et services prévus. Malgré un financement stable, certaines activités ont été élargies. Les informateurs clés pensent que ces activités permettent d'obtenir les résultats escomptés et que les ressources sont généralement suffisantes pour mener les activités prévues, mais ils font remarquer que ces

^{xii} Nota : nous n'avons pas assez d'information quant à l'impact du programme sur les CLOSM pour nous permettre de dire que ces résultats aient été atteints.

Légende : Cotes relatives au rendement

Atteint	Les résultats ou les objectifs ont été atteints.
Progrès accomplis; d'autres travaux sont requis	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire requise	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, et une attention est nécessaire en priorité.

d'améliorer la quantité, la qualité et la diversité des produits ou services?	davantage les coûts; - les ressources/intrants sont suffisants et adéquatement ciblés et utilisés.		dernières ne sont pas nécessairement complètes.
Est-ce que la quantité, la qualité et la diversité des produits/services offerts par le Programme sont optimales pour atteindre les résultats escomptés? Est-ce que d'autres approches de conception du Programme permettraient d'atteindre les mêmes résultats d'une façon plus efficiente?	<ul style="list-style-type: none"> Des mesures sont prises pour optimiser la quantité, la qualité et la diversité des produits/services et réaffectation possible des ressources. La quantité, la qualité et la diversité des produits/services disponibles contribuent à l'atteinte des résultats escomptés. D'autres approches permettraient d'obtenir les mêmes résultats à un moindre coût ou fourniraient des leçons pour améliorer l'efficience ou l'économie. 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis ^{xiii}	Les représentants du Programme et les bénéficiaires principaux du financement ont décrit les nombreuses mesures qu'ils ont prises pour réduire les coûts au minimum, gérer efficacement les ressources disponibles et favoriser la production des produits et services prévus. Malgré un financement stable, certaines activités ont été élargies. Les informateurs clés pensent que ces activités permettent d'obtenir les résultats escomptés et que les ressources sont généralement suffisantes pour mener les activités prévues, mais ils font remarquer que ces dernières ne sont pas nécessairement complètes. L'évaluation n'a pas permis de démontrer que d'autres mesures donneraient des résultats semblables à un coût.
[thème en commun avec PC] Dans quelle mesure la stratégie de mesure du rendement permet-elle d'obtenir des données valides et fiables? Dans quelle mesure cette information est-elle utile à la prise de décisions?	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un cadre ou d'une stratégie de mesure du rendement et utilisation des données sur le rendement dans la prise de décisions Collecte adéquate de données sur le rendement (données disponibles, fiables et complètes) 	Progrès réalisés; d'autres travaux sont requis	Depuis la dernière évaluation, on a révisé la stratégie de mesure du rendement, le modèle logique et les gabarits du rapport annuel sur le rendement des bénéficiaires du PCLOS. Cela dit, la méthode actuelle complique la production des rapports, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les responsables du Programme, et elle ne tient pas pleinement compte de tous les effets du Programme, surtout dans le volet de réseautage. Les informateurs clés étaient en faveur d'un nouvel examen de la méthode de mesure du rendement et de présentation des résultats afin de régler ces problèmes.
Dans quelle mesure le rôle du portefeuille fédéral de la	<ul style="list-style-type: none"> Opinions sur la mesure dans laquelle Santé Canada et l'Agence de la 	Progrès réalisés;	Même si les représentants du programme s'entendent généralement pour affirmer que le BACLO est le véhicule approprié pour exécuter le

^{xiii} Nota : nous n'avons pas assez de données probantes nous permettant de dire que ces résultats aient été entièrement atteints.

Légende : Cotes relatives au rendement

Atteint	Les résultats ou les objectifs ont été atteints.
Progrès accomplis; d'autres travaux sont requis	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, mais une attention est encore nécessaire.
Peu de progrès; attention prioritaire requise	Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, et une attention est nécessaire en priorité.

Santé a-t-il été optimisé?	santé publique du Canada collaborent efficacement sur les enjeux de la santé liés aux CLOSM	d'autres travaux sont requis	Programme, il ne semble pas y avoir de structure ou de mécanisme officiel pour la collaboration avec le portefeuille fédéral de la Santé (Santé Canada, ASPC et IRSC) sur les enjeux de la santé pour les CLOSM. Les informateurs clés ont par ailleurs des opinions différentes quant à l'étendue de cette collaboration à l'heure actuelle.
----------------------------	---	-------------------------------------	---

Légende : Cotes relatives au rendement

- | | |
|---|---|
| Atteint | Les résultats ou les objectifs ont été atteints. |
| Progrès accomplis; d'autres travaux sont requis | De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, mais une attention est encore nécessaire. |
| Peu de progrès; attention prioritaire requise | Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, et une attention est nécessaire en priorité. |

Annexe 3 - Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

L'évaluation visait la période allant de 2012-2013 à 2014-2015, sans toutefois s'y confiner, et incluait les trois volets du Programme. La pertinence du Programme ayant été établie par deux évaluations antérieures (la plus récente en 2012-2013), celle dont il est question dans le présent document était donc plutôt axée sur le rendement. Les conclusions alimenteront et étayeront l'évaluation horizontale de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada (2013-2014 à 2017-2018), actuellement en cours sous la direction du ministère du Patrimoine canadien.

Questions d'évaluation

Les questions posées dans le cadre de l'évaluation sont fondées sur les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor (2009). Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous. Pour chaque élément fondamental, les questions d'évaluation ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Questions et éléments fondamentaux de l'évaluation

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Élément n° 1 : Nécessité de poursuivre le Programme	<p>Évaluation de la mesure dans laquelle le Programme continue de répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des Canadiens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure la langue représentait-elle un obstacle dans l'accès aux soins de santé pour les CLOSM? • Dans quelle mesure la langue demeure-t-elle un obstacle dans l'accès aux soins de santé pour les CLOSM?
Élément n° 2 : Harmonisation avec les priorités gouvernementales	<p>Évaluation des liens entre les objectifs du Programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure le PCLOS constitue-t-il une priorité du gouvernement fédéral? • Dans quelle mesure les objectifs du PCLOS s'harmonisent-ils avec les priorités et les résultats stratégiques de Santé Canada?
Éléments n° 3 : Harmonisation avec rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	<p>Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du Programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure le PCLOS s'harmonise-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral? • [thème en commun avec PC] Quels sont les rôles et les responsabilités des autres intervenants du PCLOS, et de quelle façon leurs activités appuient-elles les objectifs du Programme? • Dans quelle mesure observe-t-on du double emploi, du chevauchement et de la complémentarité entre le PCLOS et les rôles et responsabilités des autres intervenants concernant l'accès accru aux soins de santé pour les CLOSM? • Est-ce que les partenaires jugent que les activités du Programme (sous chaque composante) sont pertinentes et harmonisées avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?
Rendement (efficacité, économie et efficience)	
Élément n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	<p>Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles, à la portée et à la conception du Programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extrants aux résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce le PCLOS atteint les résultats escomptés? • Est-ce que l'accès à des professionnels de la santé et à des membres du personnel d'accueil bilingues pour les CLOSM s'est accru? • Est-ce que la disponibilité (l'offre) des services de santé bilingues a changé? • [thème en commun avec PC] Quelle a été l'incidence globale du PCLOS sur ses divers publics cibles?
Élément n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficience	<p>Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés</p> <ul style="list-style-type: none"> • [thème en commun avec PC] Dans quelle mesure la stratégie de mesure du rendement permet-elle d'obtenir des données valides et fiables? Dans quelle mesure cette information est-elle utile à la prise de décisions? • [économie] Le Programme a-t-il produit ses extrants et atteint ses résultats de la manière la plus économique possible? Comment assurer une

Tableau 1 : Questions et éléments fondamentaux de l'évaluation

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
	<p>meilleure économie?</p> <ul style="list-style-type: none">• [efficacité opérationnelle] Les ressources du Programme ont-elles été gérées efficacement pour faciliter l'obtention des produits et services prévus? Dans quelle mesure et de quelle façon peut-on réaffecter ces ressources afin d'améliorer la quantité, la qualité et la diversité des produits ou services?• [allocation optimale] Est-ce que la quantité, la qualité et la diversité des produits/services offerts par le Programme sont optimales pour atteindre les résultats escomptés? Est-ce que d'autres approches de conception du Programme permettraient d'atteindre les mêmes résultats d'une façon plus efficiente?• Dans quelle mesure le rôle du portefeuille de la Santé a-t-il été optimisé?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de plusieurs sources : analyse documentaire, examen de documents, examen des données administratives et de mesure du rendement, sondage téléphonique auprès d'établissements de santé et entrevue avec des informateurs clés.

Analyse documentaire. L'examen documentaire a porté sur l'information provenant de sources évaluées par des pairs (publications de recherche) et sur la littérature grise non produite par le gouvernement fédéral. La portée de l'examen était plutôt limitée, et il s'agissait essentiellement de déterminer dans quelle mesure le PCLOS demeure nécessaire grâce à un examen la documentation publiée depuis la dernière évaluation du Programme.

Examen de documents. L'examen de documents a permis d'obtenir de l'information historique et contextuelle sur le PCLOS, et a permis de répondre directement à la majorité des questions d'évaluation, décrites dans la matrice d'évaluation. L'examen a porté sur des documents et des dossiers fournis par le Bureau de l'audit et de l'évaluation et des documents publiquement accessibles.

Analyse de données administratives et de mesure du rendement. Cette tâche a fait intervenir l'analyse de renseignements financiers sur le Programme permettant d'évaluer l'efficacité et l'économie, et de données sur le rendement obtenues dans les rapports annuels sur le rendement produits par le CNFS et l'Université McGill indiquant les résultats obtenus. Il a été impossible de faire une analyse et une revue complètes des rapports sur le rendement de la SSF, du RCSSS et de OpenProject avec les ressources d'évaluation disponibles.

Sondage téléphonique auprès d'établissements de santé. Un sondage téléphonique de type « client mystère » a été réalisé auprès d'établissements de santé du Canada afin de déterminer dans quelle mesure les établissements qui affirment offrir des

services bilingues le font réellement. Un échantillon de 250 établissements bilingues offrant des soins de santé primaires a été compilé à partir de l'inventaire des établissements de santé canadiens réalisé en 2015 par l'ICRML. On a utilisé la méthode d'échantillonnage suivante :

- Tous les établissements bilingues ont été sélectionnés.
- Les établissements des catégories suivantes ont été sélectionnés :
 - Centres de santé communautaire
 - Centres de santé
 - Santé publique
 - Centres de bien-être communautaire
 - Cliniques médicales
 - Extra-mural
 - Cliniques sans rendez-vous
 - Centres d'accès aux soins communautaires
 - Équipes de santé familiale
 - Centres de médecine familiale
 - Cliniques dirigées par des infirmières praticiennes
 - Cliniques de soins infirmiers
 - Centres locaux de services communautaires
 - Centres de santé et de services sociaux

Le processus ci-dessus a permis de dégager un échantillon potentiel d'environ 580 établissements bilingues offrant des soins de santé primaires. La totalité des provinces et territoires étaient représentés, sauf le Nunavut et Terre-Neuve-et-Labrador, qui n'avaient pas d'établissements remplissant les critères précités. Sur ces 580 établissements, tous les établissements en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, dans les Territoires du Nord-Ouest, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Saskatchewan et au Yukon ont été inclus dans l'échantillon (n=37). Les autres établissements de l'échantillon final (250 établissements) étaient répartis dans les trois autres provinces : Ontario (n=119), Québec (n=55) et Nouveau-Brunswick (n=39). Les établissements sélectionnés représentaient tous les types d'établissements.

Sur les 250 établissements contactés par téléphone pendant les heures normales de bureau, 201 ont été joints, ce qui donne un taux d'achèvement de 80 %. La répartition des répondants par rapport à l'échantillon original est illustrée dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Répartition des établissements de l'échantillon et des répondants par province/territoire

Province ou territoire	Nombre d'établissements inclus dans l'échantillon	Nombre d'établissements qui ont participé au sondage
Colombie-Britannique	5	5
Alberta	1	0
Saskatchewan	2	1
Manitoba	21	15
Ontario	119	95
Québec	55	50
Nouveau-Brunswick	39	30
Nouvelle-Écosse	3	2
Île-du-Prince-Édouard	2	2
Terre-Neuve-et-Labrador	-	-
Territoires du Nord-Ouest	2	0
Yukon	1	1
Nunavut	-	-
Total	250	201

Les évaluateurs ont utilisé un court scénario (« client mystère ») pour recueillir des renseignements et ils ont analysé cette information au moyen de SPSS, un logiciel d'analyse statistique couramment utilisé par les chercheurs en sciences sociales.

Entrevues avec des informateurs clés. Au total, 12 informateurs clés ont participé à des entrevues. Il s'agit notamment des principaux représentants du PCLOS et du gouvernement fédéral et des représentants des principaux bénéficiaires de financement. Les entrevues ont été enregistrées avec l'autorisation des informateurs clés, et les notes prises pendant l'entrevue leur ont été envoyées à des fins d'examen et d'approbation.

Pour les besoins de l'analyse des données, on a procédé à la triangulation des renseignements recueillis auprès de différentes sources, en plus de recourir aux méthodes énumérées ci-dessus :

- compilation, examen et synthèse systématiques des données pour illustrer les principales constatations;
- analyse quantitative de données administratives/financières, y compris l'analyse des tendances dans le temps;
- analyse thématique des données qualitatives;
- analyse comparative des données de différentes sources afin de valider les constatations

Annexe 4 - Renseignements supplémentaires

Tableau 1 : Projets et initiatives du CNFS

Nom du projet	Description
Interprètes	Il n'y a pas de formation minimale ni d'agrément pour les interprètes médicaux au Canada. Des études scientifiques ont démontré que le recours à des interprètes professionnels diminue considérablement la probabilité d'erreurs pouvant avoir des conséquences par rapport au recours à des interprètes ponctuels. Le projet a pour but de faire une analyse documentaire, d'établir un répertoire des programmes d'interprétation dans le domaine de la santé au Canada, de faire une analyse de l'environnement de travail des interprètes et des assistants personnels et d'établir les conditions requises pour concevoir et mettre en œuvre des programmes de formation pour les interprètes médicaux français et leur utilisation dans le système de santé. La SSF et le RCSSS participent également au projet.
Offre active	Il a été établi que lorsqu'une personne est vulnérable en raison d'un problème médical ou d'un traumatisme, la capacité des professionnels de la santé à lui prodiguer directement des soins dans la langue officielle minoritaire contribue à réduire le stress du patient et donne lieu à de meilleurs résultats de santé. Le projet vise à produire les documents nécessaires pour intégrer le concept de l'offre active de services en français dans les programmes de formation en santé de tous les établissements membres du CNFS, à fournir aux professionnels de la santé les outils adéquats pour une offre active de soins de santé en français et à sensibiliser les gestionnaires d'établissements de santé à l'importance de l'offre active de soins de santé en français. L'ACUFC s'affaire à intégrer le concept de l'offre active dans les programmes et les cours de niveau collégial et universitaire. Un modèle logique de l'offre active de services en français a été élaboré grâce à l'appui et à la collaboration de chercheurs, enseignants, praticiens et universitaires.
Formation clinique	Cette initiative informe les étudiants de l'ACUFC des possibilités de stages en milieu rural et éloigné et dans les endroits où peu de services en français sont disponibles, appuie les étudiants afin de les encourager et les motiver à faire un stage dans ces régions, apporte un soutien aux collectivités d'accueil en définissant les étapes nécessaires pour offrir un stage, accueillir des stagiaires et les encourager à demeurer dans la collectivité d'accueil au service des CLOSM, et favorise le développement des milieux de stage en créant de nouveaux stages dans des régions éloignées, en facilitant les déplacements du coordonnateur de stage vers le site et en s'assurant que le site et les activités cliniques respectent les exigences du programme de formation.
Accès aux professionnels	En raison du petit nombre de cohortes, l'Université de Saint-Boniface au Manitoba et l'Université de Moncton au Nouveau-Brunswick offriront conjointement leur programme de nutrition aux étudiants francophones. De plus, quand on renouvellera l'approche pédagogique du programme en soins infirmiers auxiliaires, des liens seront créés entre divers programmes du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick et du Collège Acadie. L'ACUFC offre également de la formation permanente et à distance sur la santé mentale et les troubles de la personnalité.
Projet Revivre	Partenariat formé entre l'Université d'Ottawa, la résidence Élisabeth Bruyère et la Eldercare Foundation of Ottawa pour créer un programme de bénévolat officiel auprès des personnes âgées. Le projet sensibilisera les étudiants qui souhaitent poursuivre une carrière dans le domaine de la santé à l'importance de la langue et de la culture dans les soins prodigués aux adultes résidant dans des établissements de soins de longue durée. Il vise aussi à apporter un soutien au personnel de ces installations pour améliorer la qualité de vie des membres des CLOSM et à accroître le nombre d'étudiants qui veulent faire carrière dans ce domaine. En outre, le projet sera repris dans d'autres communautés francophones hors Québec et dans des communautés anglophones au Québec.
Projet Stages	Ce projet a pour but d'élaborer un modèle de formation clinique pour les étudiants francophones ou bilingues qui étudient en anglais afin qu'ils puissent offrir des services aux communautés francophones en situation minoritaire. Le modèle sera mis en place dans le cadre d'un projet pilote, puis évalué. Les résultats seront diffusés en vue d'une mise en œuvre possible dans d'autres régions afin de permettre aux communautés francophones en situation minoritaire des régions éloignées, géographiquement dispersées ou comptant peu de membres, de recruter et de maintenir en poste des professionnels de la santé capables de leur fournir des services en français.

Tableau 2 : Autres initiatives et projets financés par la SSF et le RCSSS

Nom du projet	Description
Projets et initiatives de la SSF	
Formation linguistique et adaptation culturelle	Dans le cadre de cette initiative, la SSF finance les réseaux locaux pour des projets visant à améliorer l'intégration des fournisseurs de services de santé en langue française dans les communautés de langue française en situation minoritaire et leurs établissements. Pour atteindre son objectif, l'initiative cible : a) des professionnels de la santé francophones qui ont fait des études en anglais; b) des professionnels de la santé qui parlent le français comme langue seconde; et c) des stratégies de mise en œuvre des services en français dans les établissements de santé.
Adaptation des services	Dans le cadre de cette initiative, la SSF fournit du financement aux réseaux locaux pour des projets qui visent à mettre en œuvre les stratégies/modèles de services de santé afin de répondre aux besoins des communautés francophones en situation minoritaire, en partenariat avec des intervenants du secteur de la santé.
Promotion de la santé	Dans le cadre de cette initiative, la SSF fournit du financement aux réseaux locaux pour des projets qui visent à améliorer la santé des communautés francophones minoritaires grâce à une série d'activités de promotion de la santé qui ciblent les déterminants de la santé et la mobilisation communautaire. Ce projet appuie l'élaboration et la mise en œuvre d'initiatives stratégiques comme Communautés et écoles en santé.
Partage, diffusion et transfert des connaissances	Ce projet a pour but de générer des connaissances et de concevoir des outils et des pratiques prometteuses pour améliorer la santé des minorités linguistiques francophones. Le Secrétariat de la SSF utilise les fonds pour diffuser les connaissances et les pratiques exemplaires entre les réseaux locaux.
Interprètes	Ce projet est le fruit d'un partenariat entre la SSF, ses réseaux et l'Accueil francophone de Thunder Bay. Il vise à mettre en œuvre des projets pilotes dans le nord de l'Ontario, en Ontario, en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest afin d'évaluer l'utilisation des interprètes médicaux et leur efficacité en ce qui concerne l'accès aux services dans les régions comptant peu de fournisseurs de soins francophones. En collaboration avec Ontario Telemedicine Network et la SSF, l'Accueil francophone de Thunder Bay offrira des services d'interprétation sur demande pour pallier la pénurie de ressources humaines francophones dans le nord de l'Ontario. De plus, il concevra et offrira un atelier d'interprétation.
Normes	Ce projet est un partenariat entre la SSF, Agrément Canada, le RCSSS et le MSSS du Québec. L'objectif est de concevoir un outil permettant de mesurer la compétence linguistique dans le cadre de l'agrément des établissements de santé et de services sociaux au Canada. La mise en place des normes de service encourage les fournisseurs de soins de santé à adopter des pratiques exemplaires pour régler les problèmes liés aux barrières linguistiques.
Santé mentale	Il s'agit d'un projet mené en partenariat entre la SSF et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) visant l'adaptation du programme des formateurs des secouristes en santé mentale pour répondre aux préoccupations des communautés francophones en situation minoritaire, ainsi que d'un projet mené en partenariat avec la SSF et Tel-Aide Outaouais afin d'élargir l'accès à un numéro d'urgence en santé mentale pour les francophones au-delà du modèle déjà instauré dans l'est de l'Ontario.
Variable linguistique	Ce partenariat entre la SSF et l'ICIS vise à promouvoir la collecte de renseignements sur la santé des patients selon la langue officielle qu'ils privilégient, afin de mesurer l'uniformité des résultats en matière de santé et l'accès aux systèmes de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire au Canada. De plus, un autre projet a été lancé avec le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario et les réseaux locaux d'intégration des services de santé du Sud-Est et de Champlain, reliant la langue de l'utilisateur à la carte d'assurance-maladie provinciale pour faciliter le suivi du recours à ces services par les communautés francophones en situation minoritaire et pour identifier les fournisseurs de services qui sont en mesure d'offrir des services en français, dans le but de mieux planifier les modèles de prestation en fonction des données recueillies.
Collaboration de stages	Dans les établissements postsecondaires, l'élaboration et l'organisation des stages et des placements est une tâche complexe qui exige beaucoup de ressources étant donné que la disponibilité des organisations d'accueil est limitée. Il est encore plus difficile d'élaborer et d'organiser des stages pour des étudiants francophones ou bilingues dans des collectivités francophones minoritaires en raison du nombre très limité d'organisations d'accueil et des barrières

Nom du projet	Description
	interprovinciales. Le projet a pour objectif de créer des stages en Alberta, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest pour les étudiants en sciences de la santé francophones ou bilingues (en dehors des établissements du CNFS) et/ou les nouveaux professionnels de la santé. Ces stages seront des mesures de recrutement, de maintien en poste et d'amélioration de l'accès aux soins et aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires dans les collectivités éloignées, géographiquement dispersées ou comptant peu de membres. Le projet sera modifié afin de créer d'autres partenariats et d'implanter les modèles de recrutement dans quatre autres régions en fonction de ces pratiques prometteuses.
Aînés	Ce projet est un partenariat entre la SSF, la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada (FAAFC), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et les réseaux provinciaux et territoriaux de la SSF qui a pour but d'améliorer l'accessibilité des soins de santé en français pour les personnes âgées, plus précisément les soins de santé primaires, les soins hospitaliers, les soins à domicile et les soins de longue durée. Dans le cadre d'une autre initiative, des lignes directrices seront élaborées afin de favoriser l'adoption de pratiques exemplaires dans divers milieux de la santé pour améliorer l'accès aux services chez les personnes âgées membres de communautés francophones minoritaires. Ce projet sera réalisé en collaboration avec une équipe de recherche de l'Université d'Ottawa.
Enfance	Ce projet a pour but d'améliorer l'offre de programmes et d'activités de prévention et de promotion de la santé visant des problèmes qui touchent particulièrement les jeunes et les enfants, en mettant l'accent sur une saine alimentation, l'activité physique et la santé mentale. On veut aussi étoffer l'offre de services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soutien en français pour les enfants et les jeunes à risque ou qui ont des problèmes de santé ou sociaux, y compris des difficultés linguistiques.
Projets et initiatives du RCSSS	
Initiative d'adaptation des services de santé et services sociaux 2014-2018	Dans le cadre de cette initiative, on fournit du financement à des organismes de santé et de services sociaux pour l'adaptation des services de santé et des services sociaux afin de favoriser l'épanouissement des minorités anglophones au Québec. L'initiative est menée en partenariat avec le MSSS du Québec. Une entente de mise en œuvre a été conclue entre le RCSSS et le MSSS afin d'intégrer les projets dans les initiatives du Québec visant à améliorer les services de santé et les services sociaux en anglais.
Promotion de la santé communautaire	<p>Ce programme aide 20 réseaux de santé et de services sociaux à promouvoir des modes de vie sains dans leur collectivité. Les activités comprennent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque année, plusieurs séances du programme Community Health Education Program (CHEP, éducation sur la santé communautaire) sont présentées simultanément lors des réunions des groupes communautaires des réseaux participants pour favoriser l'apprentissage communautaire et l'échange d'information, et alimenter des discussions sur certains problèmes de santé spécifiques. On encourage les professionnels locaux, les fournisseurs de soins et les bénévoles du secteur à assister à ces séances avec les participants de la communauté et à contribuer aux échanges. • Des conférences et des séances d'information sont organisées au sein de chaque réseau pour favoriser l'échange de renseignements sur des sujets variés, dont les compétences parentales, la santé sexuelle des adolescents, les enfants qui vivent un stress familial, les mères et les femmes victimes de violence, les activités de promotion de la santé, la prévention du suicide, etc. Des fournisseurs de services de santé locaux y font également des présentations. • Des activités de groupe sont régulièrement tenues, y compris des séances de jeux parents/enfants et des clubs de santé pour personnes âgées. • Production et distribution de trousse d'information sur la santé adaptées aux besoins des nouveaux arrivants de langue anglaise et des parents d'enfants qui commencent leur scolarité en anglais. • Exploration de l'usage des outils d'information sur la santé en ligne afin d'améliorer les communications entre les patients anglophones et leurs fournisseurs de services.
Connaissances	Grâce à un partenariat tripartite entre le RCSSS, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le MSSS, on effectue des études, des analyses et des recherches pour mieux comprendre l'état de santé général des Québécois anglophones, les programmes et services qui leur sont offerts et auxquels ils ont recours et diverses questions liées à l'accès aux services et à la

Nom du projet	Description
	vitalité de cette minorité. Le projet vise également à définir les meilleures interventions pour faire participer ces communautés aux stratégies de santé publique éprouvées.
Interprètes	Le recours aux interprètes rattachés au système de santé du Québec est mal documenté. Ce projet vise à effectuer une analyse approfondie du recours aux interprètes dans le système de santé du Québec et à faire au MSSS des recommandations visant à améliorer les procédures du système à cet égard.
Agrément	Mené en partenariat avec Agrément Canada, le Conseil québécois d'agrément et la SSF, ce projet vise l'élaboration de normes (nouvelles ou adaptées) favorisant des communications efficaces et un meilleur accès linguistique aux services de santé au Québec, ainsi que l'adoption de ces normes par les programmes de santé et les établissements du Québec. Par ailleurs, le RCSSS élabore des lignes directrices sur les renseignements que les régions sanitaires administratives du Québec devraient prendre en compte quand elles préparent des plans d'accès (conformément aux exigences de la loi) qui décrivent en détail les services disponibles en anglais et la structure ou le processus de prestation de ces services.
Sondage CROP et autres priorités émergentes	Ce volet est constitué de plusieurs éléments, dont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Un projet pilote d'affectation d'un agent d'approche recruté par la communauté dans un centre de santé et services sociaux (CSSS) et ses équipes de services afin de joindre les populations de CLOSM mal desservies. • L'analyse et le développement de l'accès à des services spécialisés interrégionaux en anglais pour améliorer l'accès aux services en anglais pour les références des patients à l'extérieur de la région, y compris les services de soutien (encadrement, traduction, information, etc.). • La révision et la mise en œuvre d'un sondage longitudinal communautaire fondé sur les sondages CROP précédents.

Tableau 3 : Volets de financement et projets financés dans le cadre d'une demande de propositions

Nom	Description
Volets de financement	
Volet n° 1 : Formation linguistique et adaptation culturelle	Ce volet a pour but de faciliter la prestation de services de santé en français à l'extérieur du Québec par des professionnels de la santé francophones qui ont étudié en anglais ou qui sont en mesure d'offrir des services en français.
Volet n° 2 : Projets de promotion au sein des systèmes de santé	Ce volet a pour but d'améliorer l'accès aux activités et aux programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au sein des minorités anglophones et francophones.
Volet n° 3 : Adaptation des services de santé	Les objectifs de ce volet sont les suivants : fournir une expertise sur les services de santé de première ligne en anglais; aider les organismes de santé et de services sociaux régionaux et locaux et les organisations communautaires à mettre en œuvre les nouveaux programmes et les meilleures pratiques; concevoir des produits et des outils d'information sur la santé durables pour faciliter l'accès aux services de santé; évaluer l'efficacité des initiatives visant l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés anglophones et francophones en situation minoritaire.
Volet n° 4 : Connaissances et outils ayant trait aux systèmes de santé	Ce volet a pour but de générer des connaissances, des outils et des pratiques relativement aux systèmes de santé afin d'améliorer l'accès des minorités anglophones et francophones aux soins de santé.
Volet n° 5 : Fonds d'investissement stratégique	Ce volet a pour but de répondre aux priorités et aux besoins émergents des CLOSM en matière de santé.
Volet n° 6 : Intégration des ressources humaines dans les CLOSM et les établissements de santé	Ce volet a pour but d'optimiser l'intégration, le recrutement et le placement de travailleurs de la santé afin de répondre aux besoins des minorités anglophones et francophones au Canada.

Nom	Description
Projets financés	
Améliorer l'accès aux services en français dans le système de soins de santé de l'Île-du-Prince-Édouard :	Projet mené de concert avec Health PEI afin d'indiquer la préférence linguistique des patients francophones sur la carte d'assurance-maladie provinciale et d'identifier les fournisseurs capables d'offrir des services de santé en français.
Mobiliser la force du coaching en matière de cancer au profit des groupes de langues officielles en situation minoritaire	Projet mené avec la Fondation du cancer de la région d'Ottawa en vue de créer une version française de son programme de coaching en matière de cancer et ainsi permettre aux patients francophones atteints de cancer dans l'est de l'Ontario de mieux comprendre leur diagnostic et les possibilités de traitement.
Offre active de santé primaire : Développement d'une clinique communautaire et des stratégies de recrutement des professionnels de la santé en vue d'une offre active de la santé en français à la communauté francophone en situation minoritaire de Calgary et des environs	Projet mené avec l'Association canadienne-française de l'Alberta, région de Calgary, afin d'établir un centre de soins de santé primaires en français dans la région de Calgary.
Vision commune, action concertée pour le développement des ressources médicales francophones en milieu francophones minoritaires au Canada	Projet mené avec l'Association des facultés de médecine du Canada dans le but d'intégrer les diplômés en médecine québécois et francophones issus des universités anglophones aux communautés francophones minoritaires partout au Canada, grâce à de la formation, à des stages et à du soutien.
Répondre aux besoins en santé mentale des populations anglophones vulnérables – introduction des modèles de résilience (pratiques exemplaires)	Projet mené avec AMI-Québec (Agir contre la santé mentale) dans le but d'offrir des stratégies d'adaptation aux populations anglophones vulnérables dans la région montréalaise – adolescents, personnes âgées, aidants naturels – qui vivent de la détresse psychologique, une perte de mobilité et de l'isolement social.
Offre active de programmes et services en français aux enfants francophones du Manitoba de 0 à 6 ans et à leurs familles	Projet mené de concert avec la Fédération des parents du Manitoba afin de promouvoir des programmes et services de santé axés sur la famille aux parents francophones, pendant la grossesse et de 0 à 6 ans.
Initialisation et amélioration des accès de services en santé mentale pour les jeunes et les aînés francophones de la grande région de Fredericton	Projet visant à améliorer les services de santé mentale en français destinés aux adolescentes et aux personnes âgées dans la région de Fredericton au Nouveau-Brunswick.

Tableau 4 : Communautés de langue officielle en situation minoritaire, par province et territoire, 2011⁵⁵

	Population totale	Première langue officielle parlée				Minorité de langue officielle	
		Anglais	Français	Anglais et français	Ni l'anglais ni le français	Nombre	Pourcentage de la population totale
Terre-Neuve-et-Labrador	509 950	507 200	1 990	205	550	2 095	0,4
Île-du-Prince-Édouard	138 435	132 855	4 715	185	675	4 810	3,5
Nouvelle-Écosse	910 620	877 990	29 545	1560	1,515	30 330	3,3
Nouveau-Brunswick	739 900	502 040	234 410	2 575	870	235 700	31,9
Québec	7 815 955	935 635	6 561 510	245 230	73 580	1 058 250	13,5
Ontario	12 722 065	11 844 580	500 275	84 230	292 980	542 390	4,3
Manitoba	1 193 095	1 136 685	40 000	2 740	13 675	41 365	3,5
Saskatchewan	1 018 315	998 300	13 705	1 160	5 140	14 290	1,4
Alberta	3 610 185	3 484 245	65 105	12 525	48 310	71 370	2,0
Colombie-Britannique	4 356 205	4 143 250	53 725	16 935	142 300	62 190	1,4
Yukon	33 655	32 015	1 420	125	95	1 485	4,4
Territoires du Nord-Ouest	41 040	39 680	1 030	100	225	1 080	2,6
Nunavut	31 ,765	28 420	450	50	2 840	475	1,5
Canada	33 121 175	24 662 895	7 507 890	367 635	582 760	2 065 830	6,2
Canada moins le Québec	25 305 220	23 727 260	946 380	122 405	509 180	1 007 580	4,3

Tableau 5 : Diplômés francophones d'établissements postsecondaires, par domaine d'études

Programmes ou domaine d'études	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total 2010-2011 à 2014-2015	Total 2012-2013 à 2014-2015
Sciences infirmières	105	139	158	155	231	788	544
Aide-soignant	87	65	91	86	148	477	325
Travail social	62	75	79	92	135	443	306
Nutrition	0	3	34	34	46	117	114
Ergothérapie	27	29	31	40	36	163	107
Soins dentaires	34	20	24	30	44	152	98
Échographie et radiologie	22	21	25	29	23	120	77
Soins de réadaptation	6	14	17	20	28	85	65
Physiothérapie	24	16	21	21	20	102	62
Éducation spécialisée	0	0	11	15	23	49	49
Orthophonie	13	6	17	17	15	68	49
Médecine	27	25	15	15	14	96	44
Technicien en pharmacie	2	29	8	15	21	75	44
Gérontologie	30	50	23	9	9	121	41
Santé respiratoire	10	17	12	13	10	62	35
Inhalothérapie	19	13	10	7	13	62	30
Gestion des services de santé	2	3	12	13	5	35	30
Technicien en réadaptation	0	18	14	15	0	47	29
Commis	12	8	6	5	3	34	14
Psychologie	12	11	1	3	9	36	13
Autres	22	34	29	44	55	184	128
Total	516	596	638	678	888	3 316	2 204

Source : Rapports sur le rendement du CNFS.

Tableau 6 : Province d'origine des étudiants inscrits dans des établissements postsecondaires francophones, 2014-2015

Établissement	Lieu	Province d'origine des étudiants
Collège Acadie	Î.-P.-É	Î.-P.-É
Collège Boréal	Ont.	Ont., N.-B., Qc
Collège communautaire du Nouveau-Brunswick	N.-B.	N.-B., Qc, Î.-P.-É
Collège universitaire (Université) de Saint-Boniface	Man.	Man., Qc
La Cité collégiale	Ont.	Ont., N.-B., Alb., Sask., N.-É.
Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick	N.-B.	N.-B., N.-É.
Université de l'Alberta - Campus Saint-Jean	Alb.	Alb., Sask., Man., Ont., Qc
Université Laurentienne	Ont.	Ont., Qc, Man., C.-B., N.-B.
Université de Moncton	N.-B.	N.-B., Qc, Ont., Man., N.-É., Î.-P.-É
Université d'Ottawa	Ont.	Ont., N.-B., Man.
Université Sainte-Anne	N.-É.	N.-É., N.-B., Î.-P.-É

Source : Rapports de mesure du rendement du CNFS.

Tableau 7 : Personnes qui ont été promues de cours d'anglais, par niveau⁵⁶

Niveau	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Total
Débutant	435	448	640	485	2 008
Intermédiaire	537	324	601	476	1 938
Avancé	180	203	240	217	840
Mixte	0	56	24	63	143
Total	1 152	1 031	1 505	1 241	4 929

Tableau 8 : Personnes qui ont été promues de cours d'anglais, par secteur d'activité et niveau⁵⁷

Niveau	Accueil	Santé	Services sociaux	Autre	Total
Débutant	344	1 072	202	184	1 802
Intermédiaire	214	973	477	121	1 785
Avancé	81	313	262	50	706
Total	639	2 358	941	355	4 293

Remarque : Le nombre total de diplômés déclarés dans ce tableau est de 4 293 au lieu de 4 929 (tableau 6), car les données sur la formation n'ont pas été présentées par toutes les régions par secteur d'activité et par niveau pour toutes les années.

Tableau 9 : Personnes qui ont été promues de cours d'anglais, par région

Région	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2014-2015	Total
01 : Bais-Saint-Laurent	78	56	9	89	-	232
02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean	91	119	156	122	2	490
03 : Capitale-Nationale	108	-	50	54	4	216
04 : Mauricie et Centre-du-Québec	-	-	-	-	-	-
05 : Estrie	98	57	56	49	-	260
06 : Montréal	142	82	85	119	-	428
07 : Outaouais	-	-	110	50	26	186
08 : Abitibi-Témiscamingue	27	27	13	56	15	138
09 : Côte-Nord	-	6	6	1	9	22
10 : Nord-du-Québec	-	-	-	13	6	19
11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	50	-	86	44	-	180
12 : Chaudière-Appalaches	-	12	54	-	-	66
13 : Laval	84	80	63	74	12	313
14 : Lanaudière	34	29	82	86	1	232
15 : Laurentides	-	86	86	83	-	255
16 : Montérégie	230	80	175	166	-	651
17 : Nunavik	-	-	-	-	-	-
18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	-	-	-
Non précisé	227	-	15	140	-	382
Total	1 169^a	634^a	1 046^a	1 146^a	75^a	4 070^a

^aRemarque : Les totaux présentés dans ce tableau ne correspondent pas aux totaux présentés dans les tableaux 6 et 7, qui indiquent les résultats du volet de formation linguistique du Projet de formation et de maintien en poste de professionnels de la santé de l'Université McGill déclarés par l'Université McGill dans un rapport de synthèse. Les documents disponibles ne fournissent pas d'explication sur la raison de cet écart.

Source : Rapports de mesure du rendement de l'Université McGill.

Tableau 10 : Fournisseurs de cours d'anglais, par région, 2009-2010 à 2012-2013

Région	Commission scolaire	Cégep	Université	Secteur privé	Total
01 : Bais-Saint-Laurent	-	1	-	-	1
02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean	-	1	-	-	1
03 : Capitale-Nationale	-	-	1	-	1
04 : Mauricie et Centre-du-Québec	-	-	-	1	1
05 : Estrie	1	1	-	3	5
06 : Montréal	-	1	-	-	1
07 : Outaouais	-	2	-	1	3
08 : Abitibi-Témiscamingue	2	1	-	1	4
09 : Côte-Nord	2	1	-	1	4
10 : Nord-du-Québec	-	-	-	1	1
11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	-	1	-	-	1
12 : Chaudière-Appalaches	2	-	-	-	2
13 : Laval	-	1	-	-	1
14 : Lanaudière	-	-	-	2	2
15 : Laurentides	-	1	-	-	1
16 : Montérégie	-	1	-	-	1
17 : Nunavik	-	-	-	1	1
18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-	2	2
Total	7	12^a	1	13^a	33

^aRemarque : Le Cégep Champlain est le fournisseur de trois régions et il est donc entré trois fois dans le tableau. Le Centre de langues internationales Charpentier (CLIC) est le fournisseur de deux régions et il est donc entré deux fois.
Source : Rapports de mesure du rendement de l'Université McGill.

Tableau 11 : Stages et bourses, Projet de maintien en poste des professionnels, l'Université McGill⁵⁸

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Total
Nombre de stages créés	48	105	52	~205
Nombre de bourses distribuées	32	35	27	94

Source : Voir les notes en fin de document; rapport de mesure du rendement de l'Université McGill, 2013-2014.

Tableau 12 : Diplômés d'établissements postsecondaires francophones qui travaillent dans des CLOSM

Établissements	2008-2009				2014-2015			
	Nombre de diplômés	Nombre de répondants	Emploi/stage dans le domaine de la santé	Emploi/stage dans une CLOSM	Nombre de diplômés	Nombre de répondants	Emploi/stage dans le domaine de la santé	Emploi/stage dans une CLOSM
Collège Acadie	3	3	3	1	8	8	8	7
Collège Boréal	72	20	18	16	133	98	73	70
Collège communautaire du Nouveau-Brunswick	50	42	39	38	154	130	105	101
Collège universitaire (Université) de Saint-Boniface	13	13	4	4	29	27	25	24
La Cité collégiale	106	20	17	16	303	48	35	35
Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick	6	6	3	3	23	23	23	12
Université de l'Alberta - Campus Saint-Jean ^a	14	12	10	8	-	-	-	-
Université Laurentienne	35	23	8	7	114	37	34	32
Université de Moncton	47	21	18	18	194	145	126	116
Université d'Ottawa	47	38	27	27	142	31	24	19
Université Sainte-Anne	1	1	-	-	11	10	2	2
Total	394	199	147	138	1 111^b	557	455	418

^aRemarque : Les données du Campus Saint-Jean (Université de l'Alberta) pour 2014-2015 n'étaient pas disponibles.

^bRemarque : Selon le rapport de mesure du rendement du CNFS de 2014-2015, l'échantillon du sondage mené auprès des diplômés comptait 1 111 personnes. Cependant, le même rapport fait état d'un total de 888 diplômés cette année-là, comme l'illustre le tableau 3 du présent document. On ne connaît pas la cause de cet écart.

Source : Rapports de mesure du rendement du CNFS.

Tableau 13 : Nombre de diplômés de cours d'anglais travaillant dans des CLOSM, par établissement, poste et niveau de formation, 2014-2015

Nom de l'établissement	Poste (santé)	Nombre de professionnels de la santé et de préposés à l'admission travaillant dans des CLOSM, par niveau de formation		
		Débutant	Intermédiaire	Avancé
02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean				
CSSS de Chicoutimi	Technicienne en administration	-	2	-
03 : Capitale-Nationale				
Jeffery Hale Hôpital	Infirmière	-	1	-
	Agente administrative	-	1	-
CSSS Portneuf	Infirmière clinicienne	1	-	-
Centre jeunesse de Québec	Éducateur spécialisé	-	1	-
07 : Outaouais				
CSSS des Collines	Agente administrative	-	1	-
	Infirmière clinicienne	-	1	-
	Infirmière	1	-	-
CSSS Gatineau	Gestionnaire du Centre de Recherche	-	1	-
	Travailleur social	-	1	-
	Infirmière	-	2	-
	Conseiller cadre direction soins infirmiers	-	1	-
CSSS Papineau	Infirmière clinicienne	-	1	-
	Technologue en imagerie médicale	1	-	-
	Chef des services de laboratoires	-	1	-
CSSS Vallée de la Gatineau	Travailleur social	-	1	-
Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais	Technicienne spécialisée en informatique	-	1	-
	Thérapeute du comportement humain	-	1	-
	Infirmière	-	1	-
Centre de réadaptation Pavillon du Parc	Agente administrative	-	1	-
	Travailleur social	1	1	-
	Éducateur	-	1	-
	Psychologue	1	1	-
Les Centres jeunesse de l'Outaouais	Travailleur social	-	2	-
	Agente d'intervention-détention juvénile	-	1	-
	Agente administrative	-	2	-

Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2012-2013 à 2014-2015
Janvier 2017

08 : Abitibi-Témiscamingue				
CSSS les Eskers de l'Abitibi-Témiscamingue	Agente administrative	1	1	-
	Conseillère clinique en soins infirmiers	-	1	-
	Coordonnatrice technique en électrophysiologie médicale	-	1	-
	Infirmière	-	1	-
	Spécialiste en réadaptation psychosociale	1	-	-
	Travailleur social	-	1	-
Centre de réadaptation La Maison	Éducatrice	-	1	-
	Éducatrice spécialisée	-	1	-
CSSS de la Vallée d'Or	Agente administrative	1	-	-
	Adjointe administrative	-	1	-
CSSS du Témiscamingue	Infirmière pivot en oncologie	-	1	-
	Préposé aux bénéficiaires	-	1	-
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	Travailleur social	-	1	-
	Agente administrative	-	1	-
09 : Côte-Nord				
CSSS Haute-Côte-Nord	Agente administrative	-	1	-
	Conseiller en milieu de vie	1	-	-
CSSS de l'Hématite	Agente administrative	-	1	-
	Hygiéniste dentaire	-	1	-
Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	Agente administrative	-	2	-
	Agente de relations humaines	-	2	-
	Infirmière	1	-	-
10 : Nord-du-Québec				
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	Technicienne en assistance sociale	-	1	-
	Agente de planification, de programme et de la recherche	-	1	-
	Ergothérapeute	-	1	-
	Dentiste-conseil	-	1	-
Centre de santé René-Ricard	Infirmière	1	-	-
	Infirmière	-	1	-
13 : Laval				
CSSS Laval	Technicienne en travail social	-	2	-
	Travailleur social	2	3	-
	Infirmière	1	-	-
	Chef de l'unité	-	1	-
Cité de la santé de Laval	Infirmier-clinicien pivot en orthopédie	-	1	-
	Agente administrative	-	1	-
Centre jeunesse de Laval	Éducatrice	1	-	-

14 : Lanaudière				
CHSLD Heather	Nutritionniste	-	1	-
Total global		15	60	-

Source : Rapports de mesure du rendement de l'Université McGill.

Tableau 14 : Diplômés de cours de français travaillant dans des CLOSM, par poste, 2014-2015

Programme ou domaine d'étude	Nombre de répondants	Emploi/stage dans un domaine de la santé	Emploi/stage dans une CLOSM
Sciences infirmières/infirmières auxiliaires	176	165	161
Travail social	86	55	52
Services de soutien/services à la personne	53	42	40
Échographie et radiologie	31	25	22
Médecine	27	27	16
Nutrition	24	18	11
Technicien en pharmacie/assistant en pharmacie	24	21	19
Soins dentaires/assistant dentaire	22	11	9
Physiothérapie/ergothérapie	19	17	16
Préposé aux services	16	13	13
Technicien de laboratoire médical	13	13	13
Éducation spécialisée	10	6	6
Sciences de la santé	9	1	1
Aide-soignant	8	8	8
Gestion des services de santé	7	6	6
Inhalothérapie	6	5	5
Orthophonie	4	2	1
Psychologie/santé mentale et toxicomanie	4	4	3
Ambulancier paramédical	3	3	3
Autre	15	13	13
Total	557	455	418

Source : Rapports de mesure du rendement du CNFS.

**Tableau 15 : Nombre d'établissements de santé offrant des services bilingues aux
CLOSM, par type d'établissement, en date de mai 2015⁵⁹**

Type d'établissement de santé	Nombre d'établissements	Nombre d'établissements offrant des services bilingues ou dans la langue officielle minoritaire*
Nouveau-Brunswick		
Hôpital	22	22
Hôpital et centre de santé communautaire	1	1
Centre de santé communautaire	37	37
Clinique médicale	4	4
Programme extra-mural	27	27
Centre de santé publique	27	27
Centre d'oncologie	1	1
Centres pour anciens combattants	1	1
Centre de santé mentale	6	6
Centre de traitement des dépendances	9	9
Centre de traitement des dépendances et de santé mentale	11	11
Total	146	146 (100 %)
Île-du-Prince-Édouard		
Hôpital	7	1
Centre de santé	9	1
Centre de santé mentale	2	-
Programme extra-mural	1	-
Maison de soins infirmiers en santé publique	4	1
Centre de traitement des dépendances	1	-
Centre de traitement des dépendances et de santé mentale	2	-
Établissement de soins de longue durée	9	2
Total	35	5 (14 %)
Nouvelle-Écosse		
Hôpital	34	7
Hôpital et centre de santé communautaire	8	-
Centre de santé communautaire	33	1
Clinique médicale	2	1
Programme extra-mural	11	-
Centre d'oncologie	2	-
Centre de santé mentale	5	-
Centre de santé publique	37	1
Centre de traitement des dépendances	7	1
Centre de traitement des dépendances et de santé mentale	3	-
Centre pour anciens combattants	1	-
Total	143	11 (8 %)
Terre-Neuve-et-Labrador		
Hôpital	22	2
Hôpital et centre de santé communautaire	1	-
Centre de santé communautaire	43	-
Clinique médicale	61	-
Programme extra-mural	1	-
Centre d'oncologie	1	-
Centre de santé mentale	1	-
Centre de santé publique	20	-
Centre de traitement des dépendances et de santé	5	-

Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2012-2013 à
2014-2015
Janvier 2017

Type d'établissement de santé	Nombre d'établissements	Nombre d'établissements offrant des services bilingues ou dans la langue officielle minoritaire*
mentale		
Centre pour anciens combattants	1	-
Établissement de soins de longue durée	23	-
Total	179	2 (1 %)
Québec		
Hôpital	116	37
Hôpital, centre de soins infirmiers et établissement de soins de longue durée	3	-
Hôpital et centre local de services communautaires (CLSC)	2	1
Hôpital, CLSC et centre de soins infirmiers	1	1
Centre de cardiologie	2	1
Centre de réadaptation	11	4
Centre de réadaptation pour déficients intellectuels	87	13
Centre de réadaptation physique	75	11
Centre de réadaptation sociale	214	13
Maison de soins infirmiers et établissement de soins de longue durée	246	39
Clinique de radiologie	1	-
Clinique médicale	6	-
CLSC	395	79
Centre de santé mentale	41	2
Centre de traitement des dépendances	75	5
Total	1 275	206 (16 %)
Ontario		
Hôpital	206	69
Hôpital de réadaptation générale	11	4
Centre d'oncologie	8	3
Centre de santé communautaire	180	61
Clinique dirigée par une infirmière praticienne	34	7
Centre d'accès aux soins communautaires	90	61
Clinique de soins infirmiers	86	24
Clinique d'ergothérapie	20	10
Centre de réadaptation physique	7	1
Centre de réadaptation pour déficients intellectuels	3	1
Centre de réadaptation	29	19
Résidence-services	4	-
Centre pour anciens combattants	1	1
Équipes de médecine familiale	410	44
Établissements de santé pour enfants et adolescents	15	4
Centre de médecine familiale	84	15
Services de médecin à domicile	1	-
Établissement de soins de longue durée	622	135
Établissement de soins de longue durée (places pour convalescence)	23	13
Centre de santé mentale	21	8
Centre de santé publique	130	60
Centre de traitement des dépendances	322	65
Centre de traitement des dépendances et de santé mentale	47	14
Centres de santé pour femmes	5	2

Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2012-2013 à
2014-2015
Janvier 2017

Type d'établissement de santé	Nombre d'établissements	Nombre d'établissements offrant des services bilingues ou dans la langue officielle minoritaire*
Clinique de médecine sportive	47	7
Maison de retraités	589	107
Services de physiothérapie	184	34
Clinique sans rendez-vous	456	42
Total	3 635	811 (22 %)

Manitoba		
Hôpital	32	4
Hôpital et établissement de soins de longue durée	3	1
Centre de santé	58	3
Centre de santé communautaire	38	1
Centre de santé et établissement de soins de longue durée	4	-
Établissement de soins de longue durée	95	5
Clinique médicale	44	6
Centre de soins à domicile	19	5
Centre de santé publique	34	8
Centre de bien-être communautaire	6	4
Centre de santé mentale	6	2
Poste de soins infirmiers	22	-
Centre pour anciens combattants	1	-
Centre de réadaptation	1	-
Centre d'accès	6	-
Total	369	39 (11 %)
Saskatchewan		
Hôpital	43	3
Hôpital et établissement de soins de longue durée	2	-
Centre d'oncologie	2	-
Centre de santé	141	1
Clinique médicale	25	1
Établissement de soins de longue durée	110	2
Centre de soins à domicile	42	-
Centre de santé publique	27	-
Centre de traitement des dépendances	8	-
Centre de santé mentale	8	-
Centre de traitement des dépendances et de santé mentale	11	-
Centre de réadaptation physique	1	-
Total	420	7 (2 %)
Alberta		
Hôpital	34	6
Hôpital et centre de santé	8	-
Centre d'oncologie	19	-
Centre de santé	99	3
Centre de santé communautaire	80	1
Clinique médicale	6	-
Établissement de soins continus et de longue durée	120	1
Centre de traitement des dépendances	12	-
centre de santé mentale	11	-
Centre de traitement des dépendances et de santé mentale	83	-

Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2012-2013 à
2014-2015
Janvier 2017

Type d'établissement de santé	Nombre d'établissements	Nombre d'établissements offrant des services bilingues ou dans la langue officielle minoritaire*
Total	472	11 (2 %)
Colombie-Britannique		
Hôpital	113	7
Hôpital et centre de santé	5	-
Centre de santé	105	5
Centre de soins de santé primaires	9	-
Centre de santé mentale	79	-
Centre de traitement des dépendances et centre de santé mentale	1	-
Résidence-services	136	-
Clinique médicale	30	-
Centre de santé publique	76	-
Établissement de soins de longue durée	287	-
Hôpital en région éloignée	7	-
Centre de diagnostic et de traitement	16	-
Centre du rein spécialisé	28	-
Autres	2	-
Total	894	12 (1 %)
Yukon		
Hôpital	3	1
Centre de santé communautaire	14	1
Établissement de soins de longue durée	3	-
Centre de santé mentale	1	-
Total	21	2 (10 %)
Territoires du Nord-Ouest		
Hôpital	4	2
Centre de santé	3	2
Clinique médicale	4	-
Centre de santé publique	3	-
Établissement de soins de longue durée	9	-
Total	23	4 (17 %)
Nunavut		
Hôpital	1	-
Centre de santé	30	-
Établissement de soins de longue durée	5	-
Établissement de soins continus et de longue durée	2	-
Centre de santé publique	1	-
Centre de santé mentale	1	-
Total	40	-
Total global	7 652	1 256 (16 %)
*Remarque : Même si l'on considérait que la plupart des établissements de cette liste fournissaient des services bilingues, certains établissements, en Ontario par exemple, sont considérés comme des fournisseurs des services en français seulement.		

Tableau 16 : Langue utilisée par le système de réponse automatisé (tous les répondants)

Langue utilisée par le système de réponse automatisé – tous les répondants	Global (n=201)	Québec (n=50)	Ontario (n=95)	Nouveau-Brunswick (n=30)	Autres provinces (n=26)
Anglais	17 %	0 %	26 %	0 %	35 %
Français	10 %	40 %	0 %	0 %	0 %
Bilingue (anglais et français)	35 %	46 %	33 %	205	31 %
Sans objet (pas de système de réponse automatisé)	39 %	12 %	41 %	80 %	35 %
Pas de réponse	<1 %	2 %	0 %	0 %	0 %

Source : Sondage de type « client mystère » mené auprès des établissements de santé.

Tableau 17 : Langue utilisée par le système de réponse automatisé (établissements dotés du système)

Langue utilisée par le système de réponse automatisé – établissements dotés du système seulement	Global (n=122)	Québec (n=44)	Ontario (n=56)	Nouveau-Brunswick (n=6)	Autres provinces (n=17)
Anglais	28 %	0 %	45 %	0 %	53 %
Français	16 %	45 %	0 %	0 %	0 %
Bilingue (anglais et français)	56 %	53 %	55 %	100 %	47 %
Pas de réponse	0 %	<1 %	0 %	0 %	0 %

Source : Sondage de type « client mystère » mené auprès des établissements de santé.

Tableau 18 : Langue utilisée par le réceptionniste

Langue utilisée par le réceptionniste – tous les répondants	Global (n=201)	Québec (n=50)	Ontario (n=95)	Nouveau-Brunswick (n=30)	Autres provinces (n=26)
Anglais	44 %	0 %	72 %	13 %	62 %
Français	33 %	92 %	5 %	37 %	19 %
Bilingue (anglais et français)	21 %	6 %	21 %	50 %	19 %
Pas de réponse	2 %	2 %	2 %	0 %	0 %

Source : Sondage de type « client mystère » mené auprès des établissements de santé.

Tableau 19 : Disponibilité générale des services dans la langue officielle minoritaire

Disponibilité des services dans la langue officielle minoritaire	Global (n=201)	Québec (n=50)	Ontario (n=95)	Nouveau-Brunswick (n=30)	Autres provinces (n=26)
Oui	77 %	84 %	75 %	87 %	62 %
Non	22 %	16 %	23 %	13 %	39 %
Ne sais pas	15	-	2 %	-	-

Source : Sondage de type « client mystère » mené auprès des établissements de soins de santé.

Notes de fin de document

- ¹ Université McGill, *Un meilleur accès : Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé*, site Web de l'Université McGill, 22 mars 2016, <https://www.mcgill.ca/hssaccess/fr>.
- ² Government du Canada, *Règlement sur les langues officielles – Communications avec le public et prestation des services*, SOR/92-48 (CONSOLIDATION), 31 juillet 2007, <http://laws.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-92-48/page-1.html>; Statistique Canada, *Recensement Canada 1986 – Estimations de la population selon la première langue officielle parlée*, n° de référence 47013, septembre 1989, http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/statcan/rh-hc/CS96-F0026-1989.pdf.
- ³ Santé Canada, *Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, 2008-2012*, 21 août 2013, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/olhc-evaluation-clos-fra.php>.
- ⁴ Santé Canada, *Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, 2008-2012*, 21 août 2013, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/olhc-evaluation-clos-fra.php>.
- ⁵ Malek Batal et coll., « Comparison of Dietary Intake Between Francophones and Anglophones in Canada: Data From CCHS 2.2 », *Rev can santé publique*, vol. 104, n° 6 (4 juin 2013), p. 31-38, doi:10.17269/cjph.104.3501; Monique Benoit et coll., « Les inégalités sociales de santé affectant les communautés francophones en situation minoritaire au Canada », *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 18, n° 2 (2012), p. 10–18, doi:10.7202/1013171ar; Louise Bouchard et coll., « Language as an Important Determinant of Poverty in the Aging Francophone Minority Population in Canada », *The International Journal of Ageing and Society* 2 (2013), p. 61-76; Louise Bouchard et Martin Desmeules, « Les Minorités Linguistiques Du Canada et La Santé », *Politiques de Santé*, vol. Special Issue (2013), p. 38-47; Isabelle Gagnon-Arpin et coll., « Le surplus de poids chez les francophones et les anglophones », *Rev can santé publique*, vol. 104, n° 6 (5 avril 2013), p. 21-25, doi:10.17269/cjph.104.3465; Pascal Imbeault et coll., « Physical Inactivity Among Francophones and Anglophones in Canada », *Rev can santé publique*, vol. 104, n° 6 (13 juin 2013), p. 26-30, doi:10.17269/cjph.104.3467.
- ⁶ Bouchard et Desmeules, « Les minorités linguistiques du Canada et la santé », CHSSN, *La pauvreté et l'exclusion sociale au Québec – Les communautés d'expression anglaise du Québec*, 2016, <http://chssn.org/wp-content/uploads/2014/11/Poverty-and-Social-Exclusion-Brief-Fr.pdf>.
- ⁷ Batal et coll., « Comparison of Dietary Intake Between Francophones and Anglophones in Canada »; Bouchard et coll., « Language as an Important Determinant of Poverty in the Aging Francophone Minority Population in Canada »; Louise Bouchard et coll., « La santé en situation linguistique minoritaire », *Politiques de santé*, vol. 4, n° 4 (mai 2009), p. 36-42; Bouchard et Desmeules, « Les minorités linguistiques du Canada et la Santé »; Gagnon-Arpin et coll., « Le surplus de poids chez les francophones et les anglophones »; Imbeault et coll., « Physical Inactivity Among Francophones and Anglophones in Canada ».
- ⁸ Elena Tipenko, *Statistical Analysis of Health System Utilization, Use of Diagnostic Testing, and Perceptions of Quality and Satisfaction with Health Care Services of Official Languages Minority Communities*, 16 novembre 2009, http://www.icrml.ca/images/stories/documents/en/science_colloquium/poster_elena_tipenko.pdf.
- ⁹ Éric Forgues, Boniface Bahi et Jacques Michaud, *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2011, http://www.icrml.ca/images/stories/documents/fr/Offre_active_services_sante/rapport_services_sante.pdf.
- ¹⁰ Bouchard et coll., « Language as an Important Determinant of Poverty in the Aging Francophone Minority Population in Canada »; Louise Bouchard et coll., « The Health of the Francophone Population Aged 65 and over in Ontario. A Region-by-Region Portrait Based on the Canadian Community Health Survey (CCHS), (Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones

- de l'Ontario, 2014),
http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2014/Ontario_Franc_65_Report_March_28_2014_final_2.pdf [texte intégral non traduit]; CHSSN, *La pauvreté et l'exclusion sociale au Québec – Les communautés d'expression anglaise du Québec*.
- ¹¹ CHSSN, *La pauvreté et l'exclusion sociale au Québec – Les communautés d'expression anglaise du Québec*; Amélie Hien et Jean Lafontant, « Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury », *Rev can santé publique*, vol.104, n° 6 (6 juin 2013), p. 75-78, doi:10.17269/cjph.104.3472.
- ¹² Emmanuel Ngwakongnwi et coll., « Experiences of French Speaking Immigrants and Non-Immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City », *International Journal of Environmental Research and Public Health*. vol. 9, n° 12 (22 octobre 2012). p. 3755-3768, doi:10.3390/ijerph9103755.
- ¹³ Chassidy Puchala et coll., « Official Language Minority Communities in Canada: Is Linguistic Minority Status a Determinant of Mental Health? », *Rev can santé publique*, vol. 104, n° 6 (5 avril 2013), p. 5-11, doi:10.17269/cjph.104.3480; Salomon Fotsing et coll., « Prévalence de la dépression majeure chez les arthritiques des populations canadiennes : étude comparative entre anglophones majoritaires et francophones en situation linguistique minoritaire », *Ren can santé publique*, vol. 104, n° 6 (5 avril 2013), p. 12-15, doi:10.17269/cjph.104.3484.
- ¹⁴ Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, n° au catalogue H39-578/2001F, Santé Canada, novembre 2001, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf; Sarah Bowen, *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins - Rapport final*, Société Santé en français (SSF), août 2015; Ngwakongnwi et coll., « Experiences of French Speaking Immigrants and Non-Immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City »; Anne-Marie Ouimet et coll., *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*, Institut national de santé publique du Québec, janvier 2013, https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1656_AdapLinguisSoinsServicesSante.pdf
- ¹⁵ Hien et Lafontant, « Iniquités de santé en milieu minoritaire »; Ngwakongnwi et coll., « Experiences of French Speaking Immigrants and Non-Immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City ».
- ¹⁶ SSF, *Favoriser le rétablissement dans sa langue : orientations en santé mentale en français*, 2 juillet 2011, <http://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Orientations-en-sant--mentale-FR.pdf>; SSF, *La santé mentale en français : comprendre la complexité des enjeux et l'urgence de collaborer*, 3 juin 2015, <https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Argumentaire-sant--mentale-SK-FR.pdf>.
- ¹⁷ Bowen, *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*.
- ¹⁸ G. Bartlett et coll., « Impact of Patient Communication Problems on the Risk of Preventable Adverse Events in Acute Care Settings,» *Canadian Medical Association Journal*, vol. 78, n° 12 (3 juin 2008), p. 1555-1562, doi:10.1503/cmaj.070690; Bowen, *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*; Ngwakongnwi et coll., « Experiences of French Speaking Immigrants and Non-Immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City ».
- ¹⁹ Bowen, *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*; Danielle de Moissac, Florette Giasson et Margaux Roch-Gagné, « Accès aux services sociaux et de santé en français : l'expérience des Franco-Manitobains », *Minorités Linguistiques et Société*, n° 6 (2015), p. 42-65.
- ²⁰ Bartlett et coll., « Impact of Patient Communication Problems on the Risk of Preventable Adverse Events in Acute Care Settings »; Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*; Bowen, *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*; Camille Brisset et coll., « Language Barriers in Mental Health Care: A Survey of Primary Care Practitioners »,

Journal of Immigrant and Minority Health, vol. 16, n° 6 (décembre 2014), p. 1238-1246, doi:10.1007/s10903-013-9971-9; Santé Canada, *Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, 2008-2012*; SSF, *Favoriser le rétablissement dans sa langue : orientations en santé mentale en français*; SSF, *La santé mentale en français : comprendre la complexité des enjeux et l'urgence de collaborer*.

- ²¹ Louise Bouchard et coll., « Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis? », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 58, n° 12 (décembre 2012), p. 1325; Bouchard et coll., « Language as an Important Determinant of Poverty in the Aging Francophone Minority Population in Canada »; de Moissac, Giasson et Roch-Gagné, « Accès aux services sociaux et de santé en français »; Éric Forgues, Yves Couturier et Francine Deroche, *Les conditions favorables à l'établissement de services de santé pour les aînés francophones*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2014, <http://www.icrml.ca/fr/recherches-et-publications/publications-de-l-icrml/item/8726-les-conditions-favorables-a-l-etablissement-de-services-de-sante-pour-les-aines-francophones>.
- ²² Bouchard et Desmeules, « Les minorités linguistiques du Canada et la santé »; Forgues, Bahi et Michaud, « L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire »; Josée Guignard Noël, Joannie LeBlanc et Éric Forgues, *Étude de référence sur les services bilingues au sein des établissements de santé canadiens*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2015, <http://www.icrml.ca/en/77779-bilingual-services-in-canadian-health-care-facilities> [page en anglais].
- ²³ Noël, LeBlanc et Forgues, *Étude de référence sur les services bilingues au sein des établissements de santé canadiens*.
- ²⁴ De Moissac, Giasson et Roch-Gagné, « Accès aux services sociaux et de santé en français »; Thierry Lacaze-Masmonteil et coll., « Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse », *Rev can santé publique*, vol. 104, n° 6 (7 juin 2013), p. 65-70, doi:10.17269/cjph.104.3515; Ngwakongnwi et coll., « Experiences of French Speaking Immigrants and Non-Immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City »; Tipenko, « Statistical Analysis of Health System Utilization, Use of Diagnostic Testing, and Perceptions of Quality and Satisfaction with Health Care Services of Official Languages Minority Communities ».
- ²⁵ Forgues, Bahi et Michaud, *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2011.
- ²⁶ Hien et Lafontant, « Iniquités de santé en milieu minoritaire »; Kenneth Deveau, Rodrigue Landry et Réal Allard, *Utilisation des services gouvernementaux de langue française : Une étude auprès des Acadiens et francophones de la Nouvelle-Écosse sur les facteurs associés à l'utilisation des services gouvernementaux en français*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2009, http://icrml.ca/images/stories/documents/fr/rapport_deveau_utilisation_services_gouv.pdf; Forgues, Bahi et Michaud, « L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire »; Bouchard et Desmeules, « Les minorités linguistiques du Canada et la santé ».
- ²⁷ Bowen, *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*.
- ²⁸ Hien et Lafontant, « Iniquités de santé en milieu minoritaire ».
- ²⁹ Jan Warnke et Louise Bouchard, « Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé dans les régions sociosanitaires du Canada », *Rev can santé publique*, vol. 104, n° 6 (13 juin 2013), p. 49-54, doi:10.17269/cjph.104.3490.
- ³⁰ De Moissac, Giasson et Roch-Gagné, « Accès aux services sociaux et de santé en français »; Alain P. Gauthier, Patrick E. Timony, and Elizabeth F. Wenghofer, « Examining the Geographic Distribution of French-Speaking Physicians in Ontario », *Canadian Family Physician*, vol. 58, n° 12 (décembre 2012): e717-24; P. E. Timony et coll., « Promising Quantities, Disappointing Distribution. Investigating the Presence of French-Speaking Physicians in Ontario's Rural Francophone Communities », *Rural and*

- Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, n° 13 (31 décembre 2013), http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2543.pdf.
- ³¹ Timony et coll., « Promising Quantities, Disappointing Distribution. Investigating the Presence of French-Speaking Physicians in Ontario's Rural Francophone Communities »; Gauthier, Timony et Wenghofer, « Examining the Geographic Distribution of French-Speaking Physicians in Ontario ».
- ³² De Moissac, Giasson et Roch-Gagné, « Accès aux services sociaux et de santé en français »; Forgues, Bahi et Michaud, « L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire »; Warnke et Bouchard, « Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé dans les régions sociosanitaires du Canada ».
- ³³ Jacinthe Beauchamp et coll., « Recruiting Doctors From and for Underserved Groups: Does Nouveau-Brunswick's Initiative to Recruit Doctors for Its Linguistic Minority Help Rural Communities? », *Rev can santé publique*, vol. 104, n° 6 (6 juin 2013), p. 44-48, doi:10.17269/cjph.104.3478.
- ³⁴ Boniface Bahi et Éric Forgues, « Facteurs favorisant l'offre de services de santé en français : études de cas en milieu hospitalier anglophone », *Minorités linguistiques et société*, n° 6 (2015), p. 157-182; RIFSSSO, *Les défis du recrutement et de la rétention en milieu minoritaire francophone dans le secteur de la santé*, mai 2008, <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2008/09/rapport-retention-26-juin-2008version-finale.pdf>.
- ³⁵ PCH, *Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018 : éducation, immigration, communautés*, 2013, http://www.pch.gc.ca/DAMAssetPub/DAM-secLo-olSec/STAGING/texte-text/roadmap2013-2018_1364313629232_eng.pdf?WT.contentAuthority=11.0.
- ³⁶ PCH, *Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018 : éducation, immigration, communautés*, 2013, http://www.pch.gc.ca/DAMAssetPub/DAM-secLo-olSec/STAGING/texte-text/roadmap2013-2018_1364313629232_eng.pdf?WT.contentAuthority=11.0.
- ³⁷ Gouvernement du Canada, *Réaliser le vrai changement - Discours du Trône*, le 4 décembre 2015, http://discours.gc.ca/sites/sft/files/discours_du_trone.pdf.
- ³⁸ Premier ministre du Canada, *Lettre de mandat de la ministre du Patrimoine canadien*, le 12 novembre 2015, <http://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-du-patrimoine-canadien> letter.
- ³⁹ Santé Canada, *2015-2016 – Rapport sur les plans et les priorités*, 31 mars 2015, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/plans-prior/2015-2016/report-rapport-fra.php#p1.3>.
- ⁴⁰ Premier ministre du Canada, *Lettre de mandat de la ministre de la Santé*, le 12 novembre 2015, <http://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante>.
- ⁴¹ Gouvernement du Canada, *Loi sur le ministère de la Santé* (L.C. 1996, ch. 8), 1996, art. 4(1), <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/H-3.2/TexteComplet.html>.
- ⁴² Gouvernement du Canada, *Loi sur les langues officielles* (L.R.C., 1985, ch. 31 (4^e suppl.)), 1985, <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/TexteComplet.html>.
- ⁴³ Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé* (L.R.C., 1985, ch. C-6), 1985, art. 3, <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/TexteComplet.html>.
- ⁴⁴ Noel, LeBlanc et Forgues, *Étude de référence sur les services bilingues au sein des établissements de santé canadiens*.
- ⁴⁵ Université McGill, *Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé : Programme de formation linguistique - Profil global 2009-2013*, Université McGill, 30 juin 2013, https://www.mcgill.ca/hssaccess/files/hssaccess/programme_de_formation_linguistique_-_profil_global_2009-2013.pdf.
- ⁴⁶ Marie-Pierre Gagnon et Amélie Lampron, *Programme de bourses McGill pour le maintien en poste : Rapport d'évaluation – Projet de formation et maintien en poste des professionnels de la santé*, 2015.

- ⁴⁷ CSMC, *Que sont les Premiers soins en santé mentale?*, site Web de la Commission de la santé mentale du Canada, 2011, <http://www.mentalhealthfirstaid.ca/FR/about/Pages/default.aspx.x>.
- ⁴⁸ Noel, LeBlanc et Forgues, *Étude de référence sur les services bilingues au sein des établissements de santé canadiens*.
- ⁴⁹ Noel, LeBlanc et Forgues, *Étude de référence sur les services bilingues au sein des établissements de santé canadiens*.
- ⁵⁰ Noel, LeBlanc et Forgues, *Étude de référence sur les services bilingues au sein des établissements de santé canadiens*.
- ⁵¹ Law Wales, *Standards*, site Web du gouvernement du pays de Galles, 13 juillet 2015, <http://law.gov.wales/culture/welsh-language/standards/?lang=en#/culture/welsh-language/standards/?tab=overview&lang=en>; Law Wales, *Welsh Language (Wales) Measure 2011*, site Web du gouvernement du pays de Galles, 13 juillet 2015, <http://law.gov.wales/culture/welsh-language/welsh-language-wales-measure-2011/?lang=en#/culture/welsh-language/welsh-language-wales-measure-2011/?tab=overview&lang=en>; gouvernement du pays de Galles, *More Than Just Words: Follow-on Strategic Framework for Welsh Language Services in Health, Social Services and Social Care, 2016-2016*, 17 mars 2016, <http://gov.wales/docs/dhss/publications/160317morethanjustwordsen.pdf>.
- ⁵² Welsh Government, *More Than Just Words: Follow-on Strategic Framework for Welsh Language Services in Health, Social Services and Social Care, 2016-2016*.
- ⁵³ Joel Teitelbaum, Lara Cartwright-Smith et Sara Rosenbaum, « Translating Rights into Access: Language Access and the Affordable Care Act », *Am. JL & Med.* 38 (2012), p. 348.
- ⁵⁴ HHS Office of Minority Health, *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care*, 12 octobre 2012, <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/includes/downloadpdf.asp?pdf=EnhancedNationalCLASStandards.pdf>.
- ⁵⁵ Statistique Canada, *Recensement du Canada de 2011 - Première langue officielle parlée, 2011*, <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/tbt-tt/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GL=-1&GID=1110370&GK=1&GRP=1&O=D&PID=103026&PRID=0&PTYPE=101955&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2011&THEME=90&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>.
- ⁵⁶ Université McGill, *Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé : Programme de formation linguistique - Profil global 2009-2013*.
- ⁵⁷ Université McGill, *Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé : Programme de formation linguistique - Profil global 2009-2013*.
- ⁵⁸ Université McGill, *Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé : Programme de formation linguistique - Profil global 2009-2013*, Université McGill, 30 juin 2013, https://www.mcgill.ca/hssaccess/files/hssaccess/programme_de_formation_linguistique_-_profil_global_2009-2013.pdf; Gagnon et Lampron, *Programme de bourses McGill pour le maintien en poste : Rapport d'évaluation : Projet de formation et maintien en poste des professionnels de la santé*.
- ⁵⁹ Noel, LeBlanc et Forgues, *Étude de référence sur les services bilingues au sein des établissements de santé canadiens*.