

Étude sur les populations âgées et l'accès aux soins de longue durée en français en Ontario

Christopher Belanger¹, Patrick Timony², Normand Glaude³, Louise Bouchard¹

19 décembre 2024

¹ Université d'Ottawa

² Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord –
Université Laurentienne

³ Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario



Remerciements

Cette recherche a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le cadre du projet «Les aînés francophones de l'Ontario : conditions de vie, états de santé et expériences des soins en contexte minoritaire » (subvention n° 178125, 2021-2025; chercheuses principales : Louise Bouchard et Jacinthe Savard).

Veillez citer ce rapport comme suit :

Belanger, C., Timony, P., Glaude, N., Bouchard, L. (2024). *Étude sur les populations âgées et l'accès aux soins de longue durée en français en Ontario*. Université d'Ottawa.

INTRODUCTION

Ce rapport présente une analyse de la demande et de l'offre de services de santé en français (SSF) dans le secteur des soins de longue durée (SLD) en Ontario. En nous appuyant sur des données publiques ainsi que sur des données administratives fournies par le ministère de la Santé de l'Ontario (« le ministère »)¹, nous avons examiné :

1. la demande régionale de SSF, évaluée selon la population ontarienne âgée de 65 ans et plus et la population francophone de ce groupe d'âge ;
2. l'offre de SSF, mesurée par le nombre et le type de foyers présents dans chaque région, ainsi que par les compétences linguistiques en français de leur personnel.

Trois constats principaux ressortent de notre analyse :

- le niveau d'offre de services en français dans les foyers varie considérablement d'une région à l'autre de la province;
- certaines régions disposent d'un bon accès à des foyers offrant des services en français, tandis que d'autres présentent des lacunes importantes, ne permettant pas de répondre adéquatement aux besoins des aînés francophones;
- il est impératif d'améliorer les outils de collecte de données à l'échelle provinciale afin d'orienter les investissements futurs et d'éclairer les politiques relatives à la prestation de services en français dans les foyers de soins de longue durée en Ontario.

Ce rapport détaille nos méthodes d'analyse, présente les résultats obtenus et propose des recommandations portant sur l'amélioration de la collecte de données et les orientations pour de futures analyses.

Contexte de l'étude

La présente étude a été menée en Ontario, la province la plus peuplée du Canada et celle qui compte la plus grande population francophone vivant à l'extérieur du Québec. La *Loi sur les services en français* (LSF) garantit le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement provincial dans 27 régions désignées (ministère de la Santé de l'Ontario, 2024a).

Cependant, les organismes financés en tout ou en partie par la province et offrant des services au public — tels que les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée — ne sont pas automatiquement assujettis à la LSF.

¹ L'accès aux données a été rendu possible grâce à une subvention des IRSC pour le projet « Les aînés francophones de l'Ontario : conditions de vie, états de santé et expériences des soins en contexte minoritaire » (Bouchard, L. et al., subvention n° 178125, 2021-2025).

Bien que le ministère de la Santé ait clairement exprimé que tous les fournisseurs de services de santé (FSS) en Ontario devraient contribuer à l'offre de services de santé en français, il reconnaît également que leur capacité à le faire varie considérablement (ministère de la Santé de l'Ontario, 2017, p. 13-14). Ainsi, les fournisseurs de services de santé sont classés selon trois niveaux de désignation dans le cadre de la LSF. Un résumé de ces niveaux est présenté ci-dessous. Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter la LSF, le site Web du ministère de la Santé, ainsi que le *Guide des exigences et des obligations relatives aux services de santé en français* (ministère de la Santé de l'Ontario, 2017 ; 2024b).

- **Établissements désignés** : ils répondent aux exigences les plus élevées en matière de SSF et sont considérés comme pleinement en mesure d'offrir des services en français à leur communauté. Leur désignation officielle implique le respect des normes prévues par la LSF, notamment **l'offre active**. Certains établissements peuvent également être **partiellement désignés**, si la désignation s'applique uniquement à certains de leurs services, ou en exclut d'autres.
- **Établissements identifiés** : sélectionnés par les Entités de planification des services de santé en français (EPSSF), ces établissements sont situés dans des zones où la population francophone est significative et où l'offre en SSF est insuffisante. Ils ont la responsabilité de fournir des SSF dans la mesure de leurs capacités actuelles et doivent élaborer un plan en vue d'une désignation complète.
- **Établissements non identifiés** : ces établissements ne sont pas reconnus par les Entités de planification des SSF comme des fournisseurs potentiels de services de santé en français, n'ont pas amorcé de démarche de désignation et ne sont soumis à aucune obligation légale d'offrir des SSF. Toutefois, ils doivent tout de même développer un plan pour répondre aux besoins des francophones de leur région, incluant la diffusion d'information sur les services de santé disponibles en français.

Les fournisseurs de services ayant un statut de désignation doivent rendre compte de leur offre de SSF au ministère. Par ailleurs, tous les fournisseurs, qu'ils soient désignés ou non, sont tenus de recueillir et de transmettre des données relatives aux SSF, conformément à l'article 22 de la *Loi sur les Réseaux locaux d'intégration des services de santé* (RLISS) (ministère de la Santé de l'Ontario, 2017, p. 14).

Notre analyse repose sur deux découpages géographiques :

1. les limites des Entités de planification des SSF, et
2. celles des anciens Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

Bien que les RLISS ne soient plus en vigueur officiellement, leurs délimitations géographiques sont encore utilisées comme subdivisions des Entités de planification des SSF et correspondent étroitement aux régions sanitaires actuelles de l'Ontario, ce qui pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs.

MÉTHODES

Sources de données

Les données utilisées dans cette étude proviennent de plusieurs sources complémentaires.

- Dans le cadre d'une demande d'accès aux données, le ministère de la Santé a fourni des renseignements pour l'année 2021 concernant les établissements de soins de longue durée, incluant leur nom, leur statut de désignation en vertu de la Loi sur les services en français (LSF), leur statut en tant que fournisseurs de soins de longue durée, ainsi que les compétences linguistiques de leur personnel.
- Les adresses des établissements ont été obtenues grâce à notre partenariat avec le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, tandis que les coordonnées initiales de latitude et de longitude ont été fournies par la Direction des langues officielles de Patrimoine canadien (géocodage).
- Les nouvelles valeurs de latitude et de longitude associées aux adresses ont été générées à l'aide du service de géocodage commercial de Google (Google, 2023).
- Les frontières des RLIS ont été obtenues auprès de Statistique Canada (2018).
- Les correspondances entre les RLIS et les Entités de planification des SSF ont été extraits du site Web public du ministère de la Santé (ministère de la Santé de l'Ontario, 2024b).
- Les données sur la population, réparties par groupe d'âge et selon la première langue officielle parlée, proviennent du tableau 98-10-0170 de Statistique Canada (2023), et ont été calculés au niveau des subdivisions de recensement (SDR).
 - L'étude porte spécifiquement sur la population âgée de 65 ans et plus.
 - La population francophone est définie ici comme l'ensemble des personnes dont le français est la première langue officielle parlée (PLOP).

Traitement des données

Recodage géographique des données

Toutes les adresses fournies (n=650) ont été géocodées à l'aide du service commercial de géocodage de Google, qui transforme une adresse lisible (ex. : « 123 Main St., Ottawa, ON ») en un jeu de coordonnées géographiques (latitude et longitude). Les nouvelles coordonnées générées ont été comparées à celles contenues dans l'ensemble de données initial.

Dans la majorité des cas, les écarts entre les deux jeux de coordonnées étaient minimes. Toutefois, certains cas présentaient des écarts importants, allant jusqu'à plusieurs dizaines voire centaines de kilomètres. Toutes les adresses dont la différence entre l'ancienne et la nouvelle géolocalisation dépassait 499 mètres ont fait l'objet d'un examen manuel. Pour ces cas, la coordonnée jugée la plus fidèle à l'adresse a été conservée. L'exactitude des adresses de rue n'a pas été vérifiée de façon indépendante.

Pour les établissements de soins de longue durée dépourvus d'adresse (moins de 1 %), les coordonnées ont été déterminées à l'aide de Google Maps.

Filtrage des services en français

L'analyse étant centrée sur l'accès aux services en français dans les établissements de SLD, nous avons intégré dans notre base tous les statuts de désignation selon la LSF, soit : désigné, identifié et non identifié.

Cependant, un grand nombre d'organismes non identifiés (n=250) ne disposaient d'aucune donnée sur les compétences linguistiques de leur personnel, ce qui empêchait toute évaluation de leur capacité réelle à fournir des services en français. Par conséquent, l'analyse du personnel a été restreinte aux établissements "désignés" et "identifiés".

Détermination des compétences linguistiques du personnel des SLD

La base de données fournie par le ministère indiquait, pour chaque établissement désigné ou identifié, le nombre d'employés répartis selon quatre niveaux de compétence en français : avancé à supérieur, intermédiaire, élémentaire et indéterminé. Ces données étaient exprimées en nombres absolus, sans indication sur les fonctions des employés ni sur leur contact direct ou non avec les bénéficiaires.

Dans cette étude, les employés ayant une compétence de niveau intermédiaire ou avancé/supérieur ont été considérés comme étant en mesure de fournir des services en français.

Attribution du personnel aux différents sites

Bien que l'information linguistique ait été fournie au niveau de l'établissement, plusieurs organismes comptaient plusieurs sites, sans qu'aucune donnée ne précise la répartition du personnel entre ces différents emplacements.

Pour pallier cette lacune, nous avons adopté une méthode de répartition fondée sur la démographie régionale:

1. chaque adresse a été associée à sa région (selon les limites des RLIS ou des Entités de planification des SSF).
2. le personnel a ensuite été réparti entre les sites d'un même établissement au prorata du nombre de francophones âgés de 65 ans et plus dans chaque région.

Par exemple, si un organisme possédait trois établissements situés dans des régions avec respectivement 1, 1 et 2 francophones âgés, les sites se voyaient attribuer 25 %, 25 % et 50 % du personnel francophone. Les totaux ont ensuite été arrondis et ajustés pour assurer la cohérence avec le nombre global d'employés rapporté.

Évaluation de la concurrence au sein de la population générale

Dans certains cas, nous rapportons le ratio de fournisseurs de SSF par rapport à l'ensemble de la population régionale, et non seulement à la population francophone. Cela s'explique par le fait que les foyers désignés sont ouverts à l'ensemble de la population, et non exclusivement aux francophones.

Ainsi, utiliser la population totale comme dénominateur reflète plus fidèlement le contexte réel d'accès des francophones aux soins, dans un système où ils doivent concurrencer le reste de la population. En revanche, un ratio calculé uniquement sur la population francophone supposerait un accès exclusif, surestimant largement la disponibilité de services linguistiquement adaptés.

Logiciel d'analyse

Les analyses ont été exécutées à l'aide logiciel R, version 2024.

Résultats

Répartition des foyers de soins de longue durée

Dans un premier temps, nous avons analysé la répartition des foyers de soins de longue durée (SLD) à l'échelle provinciale, en dénombrant le nombre et le type d'établissements dans chacune des régions relevant des Entités de planification des services de santé en français ([tableau 1](#)).

Tableau 1 : Nombre de foyers par région d'Entités de planification des SSF, selon le statut de désignation, Ontario 2020-2021

Entité de planification des SSF (régions desservies)	Désignés	Identifiés	Non-identifiés
1. Érié St. Clair, Sud-Ouest	0	9	112
2. Hamilton Niagara, Haldimand Brant, Waterloo Wellington.	1	3	120
3. Toronto-Centre, Mississauga Halton, Centre-Ouest	0	4	89
4. Centre-Est, Centre, Simcoe Nord Muskoka	0	2	141
5. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (Champlain, Sud Est)	18	8	81
6. Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario	12	29	27

Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

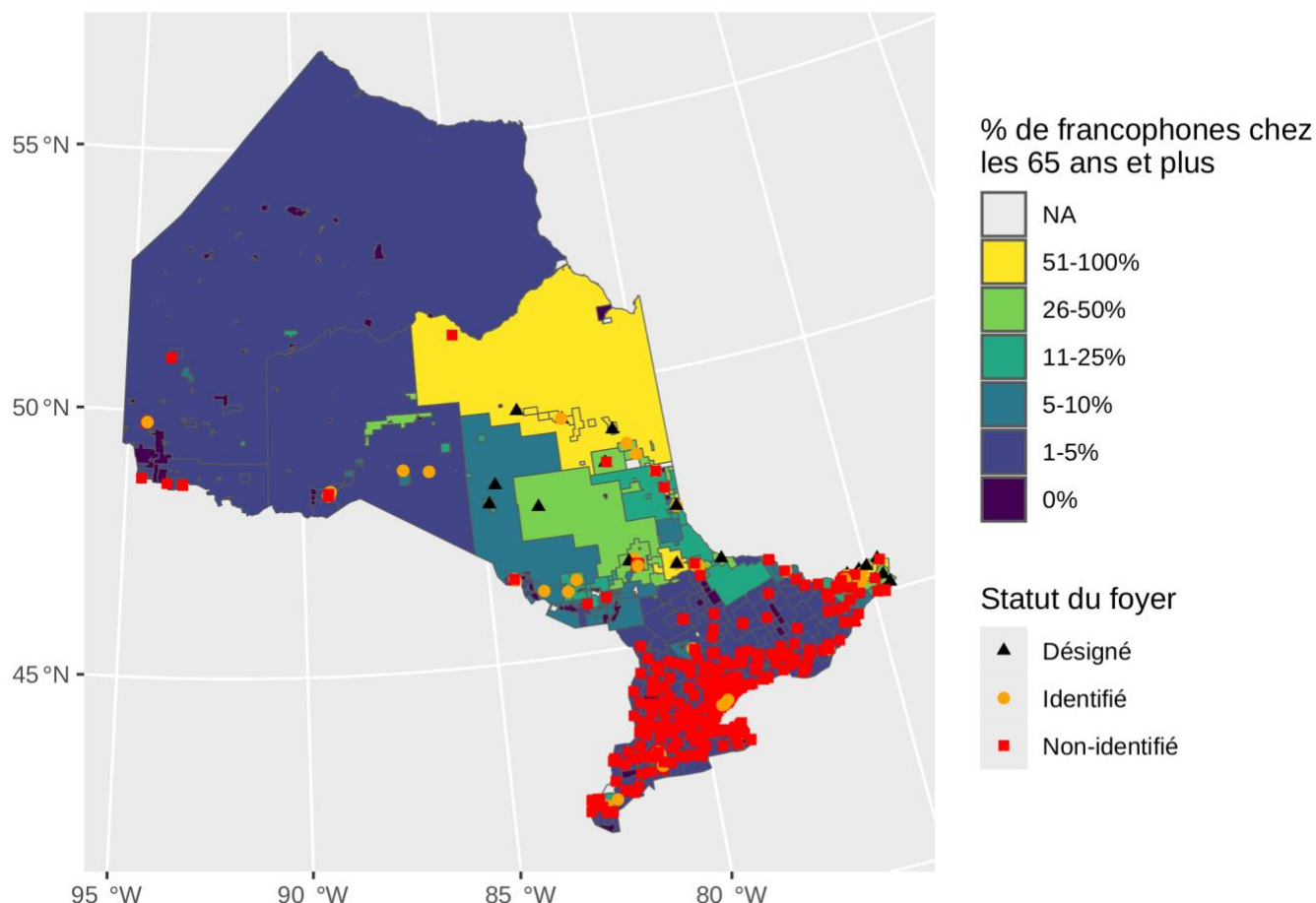
L'analyse révèle que la majorité des foyers ont le statut de "non identifié" en vertu de la *Loi sur les services en français*. Les foyers désignés sont, quant à eux, fortement concentrés dans les régions de l'Est et du Nord de la province. Les foyers identifiés suivent une tendance similaire, avec une présence marquée dans ces deux régions, bien qu'ils soient représentés dans l'ensemble des régions des Entités de planification, quoique de manière inégale.

Répartition des aînés francophones et des foyers

Nous avons, ensuite, analysé la répartition provinciale des francophones âgés de 65 ans et plus, ainsi que celle des foyers. La figure 1 illustre, au niveau des sous-divisions de recensement (SDR), la proportion de la population francophone âgée de 65 ans et plus, ainsi que l'emplacement géographique et le statut de désignation linguistique des foyers.

Il convient de noter que les données de population n'étaient pas disponibles pour certaines régions, notamment les réserves des Premières Nations. Ces zones ont été exclues de l'analyse et sont indiquées comme "ND" dans la figure.

Figure 1 : Proportion de la population francophone âgée de 65 ans et plus par subdivision de recensement, et emplacements des foyers selon leur statut de désignation, Ontario 2020-2021.



Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

La figure 1 met en évidence plusieurs constats importants :

1. la majorité des foyers sont non identifiés au regard de la *Loi sur les services en français* (représentés par des carrés rouges), et sont principalement concentrés dans le Sud de l'Ontario ;
2. les foyers désignés (triangles noirs) et identifiés (cercles orange) sont, quant à eux, regroupés dans l'Est de l'Ontario et dispersés dans le Nord, particulièrement dans le Nord-Est. Leur présence est beaucoup plus limitée dans la région du Grand Toronto ainsi que dans le Sud-Ouest de la province ;
3. la répartition des francophones âgés de 65 ans et plus présente également des tendances notables ; Bien qu'ils soient largement minoritaires dans la majorité du territoire ontarien, certaines poches de forte représentation sont visibles à travers la province. On observe même des régions où les francophones âgés constituent une majorité ou une quasi-majorité, notamment dans l'Est de l'Ontario près d'Ottawa et dans le Nord-Est, autour de Sudbury.

Résultats par Entité de planification des SSF

Analyse des foyers selon les Entités de planification

Nous avons d'abord examiné les statistiques au niveau des Entités de planification des SSF en calculant le nombre de foyers pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus (voir [tableau 2](#)). Il est important de souligner que, dans ce calcul, nous avons utilisé la population totale de l'Ontario âgée de 65 ans et plus, et non uniquement la population francophone. Cette approche permet de mieux refléter la capacité globale d'accueil des foyers dans chaque région, indépendamment du statut linguistique des résidents.

Tableau 2 : Nombre de foyers par 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus (incluant les francophones), selon le statut de désignation, pour chaque Entité de planification des services de santé en français, Ontario 2020-2021

Entité de planification des SSF (régions desservies)	Nombre de foyers pour 100 000 personnes de 65 ans et plus	Nombre de foyers désignés pour 100 000 personnes de 65 ans et plus	Nombre de foyers identifiés pour 100 000 personnes de 65 ans et plus	Nombre de foyers non identifiés pour 100 000 personnes de 65 ans et plus
1. Érié St. Clair, Sud-Ouest	34,4	0,0	2,6	31,9
2. Hamilton Niagara, Haldimand Brant, Waterloo Wellington.	30,1	0,2	0,7	29,2
3. Toronto-Centre, Mississauga Halton, Centre-Ouest	12,6	0,0	0,5	12,1
4. Centre-Est, Centre, Simcoe Nord Muskoka	27,9	0,0	0,4	27,5
5. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (Champlain, Sud Est)	28,9	4,9	2,2	21,9
6. Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario	39,8	7,0	17,0	15,8

Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

Ressources humaines francophones en SLD par Entité de planification des SSF

Nous avons ensuite examiné, au niveau des Entités de planification des SSF, les ratios du personnel francophone en soins de longue durée par rapport à la population francophone âgée de 65 ans et plus ainsi que par rapport à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus.

Cette double perspective permet d'évaluer l'adéquation de l'offre en personnel francophone selon différents contextes d'accès.

Les résultats mettent en évidence d'importantes disparités d'accès entre les Entités de planification. De plus, au sein même de chaque Entité, on observe un écart marqué entre le ratio de personnel francophone par rapport aux aînés francophones et celui calculé en fonction de l'ensemble des personnes âgées de l'Ontario.

Cet écart illustre les pressions concurrentielles que subissent les aînés francophones dans l'accès aux soins linguistiquement concordants au sein d'un système partagé avec la population majoritaire.

Tableau 3: Offre de personnel francophone en soins de longue durée par Entité de planification des SSF, pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus — comparaison entre la population francophone et la population totale, Ontario 2020-2021

Entité de planification des SSF (régions desservies)	Nombre de francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnes de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone	Nombre de personnel francophone pour 1000 francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone pour 1000 personnes de 65 ans et plus
1. Érié St. Clair, Sud-Ouest	7 770	351 245	45	5,8	0,1
2. Hamilton Niagara, Haldimand Brant, Waterloo Wellington.	8 560	411 615	74	8,6	0,2
3. Toronto-Centre, Mississauga Halton, Centre-Ouest	9 190	736 255	0	0,0	0,0
4. Centre-Est, Centre, Simcoe Nord Muskoka	7 740	512 470	55	7,1	0,1
5. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (Champlain, Sud Est)	52 170	369 620	1 253	24,0	3,4
6. Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario	30 340	171 060	850	28,0	5,0

Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

Résultats par RLISS

Analyse des foyers selon les RLISS

Cette section présente une analyse des foyers à l'échelle des anciens RLISS. Les tendances observées sont généralement cohérentes avec celles relevées au niveau des Entités de planification des SSF.

Cependant, cette approche plus granulaire permet de mieux faire ressortir les disparités interrégionales en matière d'accès aux services en français. En effet, dix RLISS ne comptent aucun foyer désigné, ce qui met en lumière des zones de la province où l'offre linguistique est particulièrement limitée (voir [tableau 4](#)).

Tableau 4: Nombre de foyers par 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus, selon le statut de désignation, pour chaque RLISS, Ontario 2020-2021

RLISS (régions desservies)	Nombre de foyers pour 100 000 personnes de 65 ans et plus	Nombre de foyers désignés pour 100 000 personnes de 65 ans et plus	Nombre de foyers identifiés pour 100 000 personnes de 65 ans et plus	Nombre de foyers non-identifiés pour 100 000 personnes de 65 ans et plus
Centre	24,8	0,0	0,0	24,8
Centre-Est	33,5	0,0	0,5	33,0
Centre-Ouest	24,6	0,0	0,0	24,6
Champlain	28,4	6,9	2,4	19,0
Érie St. Clair	27,0	0,0	2,3	24,8
Hamilton Niagara, Haldimand Brant	30,9	0,4	0,7	29,8
Mississauga Halton	15,7	0,0	0,0	15,7
Nord-Est	35,0	9,5	11,9	13,5
Simcoe-Nord Muskoka	23,9	0,0	0,9	23,0
Nord-Ouest	52,9	0,0	30,9	22,0
Sud-Est	30,1	0,8	1,6	27,7
Sud-Ouest	39,0	0,0	2,8	36,2
Toronto-Centre	8,9	0,0	0,9	8,0
Waterloo Wellington	28,4	0,0	0,8	27,7

Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

Personnel francophone en soins de longue durée par RLISS

Nous présentons ensuite une analyse des capacités en ressources humaines francophones dans les foyers de soins de longue durée (SLD), cette fois à l'échelle des anciens RLISS (voir [tableau 5](#)).

Bien que la situation semble légèrement plus favorable que celle observée au niveau des Entités de planification des SSF — seulement six RLISS ne comptent aucun employé francophone en SLD — les résultats demeurent préoccupants.

En effet, même en tenant compte des établissements disposant de personnel francophone, les ratios globaux de ressources humaines aptes à offrir des services en français par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus restent faibles dans l'ensemble de la province. Ces résultats soulignent les limites structurelles persistantes en matière d'accès à des soins linguistiquement adaptés pour les aînés francophones de l'Ontario.

Tableau 5 : Offre de personnel francophone en soins de longue durée par RLISS, pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus — comparaison entre la population francophone et la population totale, Ontario 2020-2021

RLISS (régions desservies)	Nombre de francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnes de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone	Nombre de personnel francophone pour 1000 francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone pour 1000 personnes de 65 ans et plus
Centre	2 130	209 640	0	0,0	0,0
Centre-Est	3 125	193 955	33	10,6	0,2
Centre-Ouest	935	101 445	0	0,0	0,0
Champlain	49 020	246 750	1 253	25,6	5,1
Érie St. Clair	4 940	133 190	45	9,1	0,3
Hamilton Niagara, Haldimand Brant	6 680	281 525	68	10,2	0,2
Mississauga Halton	2 405	171 930	0	0,0	0,0
Nord-Est	28 755	125 700	834	29,0	6,6
Simcoe-Nord Muskoka	2 485	108 875	22	8,9	0,2
Nord-Ouest	1 585	45 360	16	10,1	0,4
Sud-Est	3 150	122 870	0	0,0	0,0
Sud-Ouest	2 830	218 055	0	0,0	0,0
Toronto-Centre	5 850	462 880	0	0,0	0,0
Waterloo Wellington	1 880	130 090	6	3,2	0,0

Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

DISCUSSION

Analyse des résultats

Nos analyses révèlent que les ratios d'accès aux services de soins de longue durée en français, linguistiquement concordants, varient considérablement d'une région à l'autre en Ontario. Bien que certaines régions — notamment Ottawa et certaines parties du Nord de la province — présentent des ratios plus élevés de foyers désignés ou identifiés, ainsi qu'un nombre plus important de personnel francophone en SLD, nous avons également identifié des zones de désert linguistique, c'est-à-dire des régions sans aucun foyer désigné ni identifié.

Cependant, même dans les régions où les ratios de foyers désignés et de personnel francophone semblent favorables par rapport à la population, cela ne garantit pas un accès réel et équitable aux services de santé en français. Trois facteurs se combinent pour expliquer cette situation.

1. Concurrence avec la population générale

Même dans les meilleurs scénarios, les francophones doivent rivaliser avec l'ensemble de la population pour accéder aux places disponibles dans les foyers désignés. En conséquence, de nombreuses places offrant un potentiel de services en français sont attribuées à des non-francophones, limitant ainsi l'accès effectif pour les francophones.

2. Contraintes de la loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins

Depuis l'adoption de la loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins, les patients hospitalisés en attente de soins de longue durée peuvent être placés dans un établissement sans leur consentement, ni participation au processus décisionnel. Le choix est généralement dicté par la première place disponible, et les besoins ou préférences linguistiques sont rarement pris en compte dans cette décision.

3. Forte demande sur un nombre limité de foyers désignés

Étant donné le faible nombre de foyers désignés et identifiés dans plusieurs régions, ceux qui existent sont vraisemblablement fortement sollicités par des francophones de l'ensemble de la province. Cela engendre deux effets : une pression accrue sur les établissements désignés et une limitation de l'accès, même dans les régions où les ratios locaux semblent favorables.

De nombreux aînés francophones se retrouvent ainsi contraints de choisir entre recevoir des soins à proximité, mais dans un établissement non linguistiquement adapté, ou devoir s'éloigner de leur famille et de leur communauté pour accéder à des soins en français.

Enfin, il est important de souligner que cette analyse ne cherche pas à définir un ratio idéal de foyers ou de personnel francophone par population. Bien que nos résultats permettent de comparer les niveaux d'accès entre les régions, ils ne permettent pas de déterminer si ces niveaux sont suffisants pour répondre adéquatement aux besoins réels des populations.

Limites des données et pistes d'amélioration

Nous signalons brièvement ici certaines limites des données, à la fois pour contextualiser certains des choix méthodologiques présentés ci-dessus et pour orienter, le cas échéant, la collecte de données futures. Lorsque possible, nous formulons également des suggestions d'amélioration.

La principale limite des données fournies par le ministère de la Santé concernant les capacités linguistiques en français dans les foyers est qu'elles sont rapportées au niveau des agences (organismes gestionnaires), alors qu'une même agence peut exploiter plusieurs établissements situés dans différentes régions. Cette agrégation rend impossible de savoir précisément dans quels établissements les services en français sont réellement offerts, ce qui pose problème, notamment pour les agences multisites.

Suggestion : Fournir les données linguistiques du personnel au niveau de l'adresse des foyers, plutôt qu'au niveau global des agences, permettrait une analyse plus fine et géographiquement précise.

Deuxièmement, les données du ministère ne distinguent pas clairement le personnel en contact direct avec les patients (infirmières, préposés aux services de soutien personnel, etc.) du personnel de soutien (comptables, concierges, etc.), et n'incluent pas les équivalents temps plein (ETP).

Dans cette étude, nous avons supposé que tout le personnel ayant des compétences linguistiques suffisantes en français était disponible à temps plein pour fournir des soins directs, mais cette hypothèse est probablement inexacte.

Suggestion : Segmenter le personnel par fonction (au minimum : *en contact avec les patients* vs *non en contact*) et inclure les ETP dans les déclarations de compétences linguistiques.

Troisièmement, les données du ministère n'incluent pas le nombre d'employés dans les foyers non identifiés, ce qui limite fortement les comparaisons et les analyses globales. Par exemple, nous avons pu calculer des ratios de personnel francophone par 1 000 francophones âgés de 65 ans et plus, mais en l'absence de données sur les effectifs ou les compétences linguistiques dans les foyers non identifiés, il est impossible de savoir si le personnel francophone est équitablement réparti ou d'évaluer la capacité réelle de ces établissements à offrir des services en français.

Suggestion : Exiger également la déclaration du nombre total d'employés dans les foyers non identifiés, même en l'absence d'obligation linguistique.

Enfin, nous avons relevé plusieurs problèmes secondaires de qualité des données :

- certains foyers désignés ou identifiés n'avaient aucune donnée sur les ressources humaines (ex. : *Pinecrest Nursing Home* et *Lady Dunn Health Centre*) ;
- de nombreux foyers désignés et identifiés étaient déclarés comme ayant 100 % de leur personnel possédant des compétences avancées/supérieures en français, ce qui est peu probable à l'échelle provinciale ;
- bien qu'un certain niveau de validation soit effectué lors de la collecte, aucun processus d'audit formel n'est en place pour vérifier l'exactitude des données déclarées.

Suggestion : Mettre en place un mécanisme de validation indépendant ou d'audit afin d'assurer l'exactitude, la cohérence et la comparabilité des données sur les services en français dans les foyers de soins de longue durée.

Limites de l'analyse

Certaines limites importantes doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport.

Premièrement, pour mesurer les niveaux d'accès, nous avons utilisé des ratios régionaux entre le nombre de fournisseurs et la population. Cette approche, souvent qualifiée d'analyse de densité, repose sur des hypothèses simplificatrices bien connues :

- elle présume un accès égal de tous les résidents d'une région à l'ensemble des services situés dans cette même région ;
- elle suppose également que les individus n'accèdent pas à des services situés hors de leur territoire de résidence.

Malgré ces limites, il s'agit d'une méthode couramment utilisée dans les analyses territoriales, et elle reste pertinente au regard des données disponibles.

Deuxièmement, comme indiqué précédemment, notre analyse régionale des ressources humaines repose sur des approximations concernant les lieux d'affectation du personnel, en l'absence de données désagrégées par site. Nous avons néanmoins jugé que cette approche était justifiée compte tenu de la structure des données.

Par ailleurs, nous n'avons pu travailler qu'à partir de dénombrements bruts d'employés, sans pouvoir distinguer les titres de poste ni déterminer si les fonctions occupées étaient en contact direct avec les patients. Cela constitue une limite, mais nous prévoyons que les données à venir intégreront l'information sur les titres de poste, ce qui permettra d'enrichir les analyses futures.

Enfin, notre analyse s'est concentrée uniquement sur le statut de désignation des foyers de soins de longue durée, sans prendre en compte la notion de régions officiellement désignées en vertu de la *Loi sur les services en français* (Ministère de la Santé de l'Ontario, 2024a).

Amélioration de la qualité des données pour les analyses futures

En nous appuyant sur les observations formulées précédemment (section 3.2), nous résumons ici nos recommandations visant à améliorer la qualité des données utilisées dans les analyses futures.

Premièrement, les données sur les ressources humaines dans les foyers de soins de longue durée— incluant le nombre d'employés, les rôles, les compétences linguistiques et les équivalents temps plein (ETP) — devraient être fournies au niveau de chaque adresse d'établissement, et non uniquement au niveau des agences gestionnaires. Cela permettrait des analyses plus précises et plus fines sur le plan géographique.

Deuxièmement, des mécanismes de conformité et d'audit devraient être mis en place afin de garantir la collecte uniforme et fiable de données sur les services de santé en français dans l'ensemble des foyers de la province. Ces mesures sont essentielles pour mieux comparer l'offre de services en français à l'offre globale de soins de longue durée, et pour en évaluer la répartition de manière rigoureuse.

La mise en œuvre de ces améliorations permettrait non seulement des comparaisons régionales plus détaillées et plus précises des ratios d'accès, mais aussi des analyses géospatiales basées sur la distance, à des niveaux de résolution plus fins. De telles analyses pourraient être réalisées à l'échelle municipale, voire infra municipale, fournissant une connaissance locale cruciale sur la disponibilité réelle des services en français. Cette information serait particulièrement utile pour orienter les investissements stratégiques de l'Ontario en matière de santé et mieux répondre aux besoins des communautés francophones.

ANNEXE : TABLEAUX DES RESSOURCES HUMAINES HARMONISÉS SELON L'APPROCHE D'OZI

Cette annexe présente des tableaux révisés sur les ressources humaines (RH), alignés sur la méthode d'Ozi pour le calcul de la capacité régionale en ressources humaines offrant des services de santé en français. Les deux principales différences entre ces tableaux et ceux présentés dans le corps du rapport sont : (1) ils **incluent le personnel de l'ensemble des agences**, et non seulement les foyers désignés ou identifiés ; (2) ils **ne considèrent que le personnel ayant des compétences en français de niveau avancé à supérieur**, excluant ainsi celui de niveau intermédiaire.

Comme l'illustrent les tableaux 6 et 7 ci-dessous, cette méthode produit des valeurs absolues plus élevées, tout en conservant des tendances similaires. Les régions du Nord-Est et de Champlain affichent toujours des ratios de dotation en personnel francophone nettement supérieurs à ceux du reste de la province (respectivement 10,1 et 8,7 employés par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus), alors que les autres régions présentent des ratios variant de 0,0 à 0,9.

Tableau par RLISS

Tableau 6 : Offre de personnel francophone en soins de longue durée par RLISS, pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus — selon la population francophone et la population totale, Ontario 2020-2021

RLISS (régions desservies)	Nombre de francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnes de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone	Nombre de personnel francophone pour 1000 francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone pour 1000 personnes de 65 ans et plus
Centre	2 130	209 640	30	14,1	0,1
Centre-Est	3 125	193 955	97	31,0	0,5
Centre-Ouest	935	101 445	12	12,8	0,1
Champlain	49 020	246 750	2 135	43,6	8,7
Érié St. Clair	4 940	133 190	126	25,5	0,9
Hamilton Niagara, Haldimand Brant	6 680	281 525	142	21,3	0,5
Mississauga Halton	2 405	171 930	26	10,8	0,2
Nord-Est	28 755	125 700	1 266	44,0	10,1
Simcoe-Nord Muskoka	2 485	108 875	55	22,1	0,5
Nord-Ouest	1 585	45 360	28	17,7	0,6
Sud-Est	3 150	122 870	41	13,0	0,3
Sud-Ouest	2 830	218 055	78	27,6	0,4
Toronto-Centre	5 850	462 880	18	3,1	0,0
Waterloo Wellington	1 880	130 090	50	26,6	0,4

Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

Remarques : inclut tous les foyers de soins de longue durée (désignés, identifiés ou non) ; seuls les employés ayant des compétences en français de niveau avancé ou supérieur sont comptabilisés.

Tableau par Entités de planification des services de santé en français

Tableau 7. Offre de personnel francophone en soins de longue durée par Entité de planification des SSF, pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus – selon la population francophone et la population totale, Ontario 2020-2021

Entité de planification des SSF (régions desservies)	Nombre de francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnes de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone	Nombre de personnel francophone pour 1000 francophones de 65 ans et plus	Nombre de personnel francophone pour 1000 personnes de 65 ans et plus
1. Érié St. Clair, Sud-Ouest	7 770	351 245	204	26,3	0,6
2. Hamilton Niagara, Haldimand Brant, Waterloo Wellington	8 560	411 615	192	22,4	0,5
3. Toronto-Centre, Mississauga Halton, Centre-Ouest	9 190	736 255	56	6,1	0,1
4. Centre-Est, Centre, Simcoe Nord Muskoka	7 740	512 470	182	23,5	0,4
5. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (Champlain, Sud Est)	52 170	369 620	2 176	41,7	5,9
6. Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario	30 340	171 060	1 294	42,6	7,6

Source : Base de données sur les services de santé en français (BDSSF), sous-fichier- Soins de longue durée, ministère de la Santé de l'Ontario, 2020-2021

Remarques : inclut tous les foyers de soins de longue durée (désignés, identifiés ou non) ; seuls les employés ayant des compétences en français de niveau avancé ou supérieur sont comptabilisés.

RÉFÉRENCES

Google. (2023). *Vue d'ensemble – Geocoding API*. Google Developers.
<https://developers.google.com/maps/documentation/geocoding/overview>

Loi de 2022 pour plus de lits et de meilleurs soins : Loi modifiant la Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée en ce qui concerne les patients ayant besoin d'un niveau de soins différent et d'autres questions et apportant une modification corrélative à la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, L.O. 2022, chap.16 – Projet de loi 7. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/S22016>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2017, novembre). *Guide des exigences et obligations concernant les services de santé en français*. <https://reseaudumieuxetre.ca/outils-et-ressources/guide-des-exigences-et-obligations-concernant-les-services-de-sante-en-francais-2017/>

Ministère de la Santé de l'Ontario. (2024a). *Services gouvernementaux en français*. Ontario.ca. <https://www.ontario.ca/fr/page/services-gouvernementaux-en-francais>

Ministère de la Santé de l'Ontario. (2024b). *Services en français du ministère de la Santé*. Ontario.ca. <https://www.ontario.ca/fr/page/services-en-francais-au-ministere-de-la-sante>

R Core Team. (2024). *R : A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienne, Autriche : R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

Statistique Canada. (2018). *Fichiers des limites des régions sanitaires*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-402-x/2018001/hrbf-flrs-fra.htm>

Statistique Canada. (2023). *Langue maternelle selon la première langue officielle parlée et la connaissance des langues officielles : Canada, provinces et territoires, divisions de recensement et subdivisions de recensement*. (Tableau 98-10-0170) <https://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/08fe2f19-f74a-49df-8204-44ca7d7e714b>

