

Trousse d'outils sur les services en français

French Language Services Toolkit



Préparée par/Prepared by

Marthe Dumont, coordonnatrice des services en français, RLISS d'Érié St. Clair/
French Language Services Coordinator, Erie St. Clair LHIN

Suzy Doucet-Simard, coordonnatrice des services en français, RLISS du Sud-Ouest/
French Language Services Coordinator, South West LHIN



Ontario

South West Local Health
Integration Network
Réseau local d'intégration
des services de santé
du Sud-Ouest



Ontario

Erie St. Clair Local Health
Integration Network
Réseau local d'intégration
des services de santé
d'Érié St. Clair

Trousse sur les services *en français*

Préparée par

Marthe Dumont,
coordonnatrice des services en français,
RLISS d'Érié St. Clair

et

Suzy Doucet-Simard,
coordonnatrice des services en français,
RLISS du Sud-Ouest

Juillet 2013

© 2013. Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest.
Le présent document peut être reproduit avec mention de la source.
This document is available in English.

Juillet 2013

À l'attention des fournisseurs de services de santé

Objet : Trousse sur les services en français

Mesdames,
Messieurs,

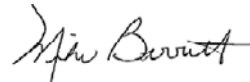
Dans le milieu de la santé, on entend souvent parler de l'importance de fournir les bons soins, au bon moment et au bon endroit. Cette philosophie prend toute son importance lorsque des barrières linguistiques nuisent à la prestation de soins de qualité, axés sur le patient. Or, on a clairement démontré que la prestation de soins dans la langue dans laquelle les patients sont le plus à l'aise mène à une amélioration des résultats sur la santé.

La Trousse sur les services en français fournit des renseignements, des lignes directrices, des gabarits et des articles promotionnels. Nous espérons que nos fournisseurs identifiés et désignés de services de santé en français se serviront des renseignements contenus dans la trousse pour fournir de meilleurs soins encore aux résidents francophones, par le biais d'une offre de services adaptés à la culture. À nos fournisseurs qui ne sont pas officiellement identifiés pour offrir des services en français, nous sommes confiants que vous trouverez aussi utiles les suggestions concrètes contenues dans la trousse et que vous commencerez à en mettre certaines en œuvre afin d'améliorer les soins à nos résidents francophones.

Nous vous prions d'accepter, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.



Gary Switzer
Chef de la direction
RLISS d'Érie St. Clair



Michael Barrett
Chef de la direction
RLISS du Sud-Ouest

Table des matières

Introduction

Section 1

Communauté francophone	11
État de santé	12

Section 2

Offre active de services en français.....	15
Principaux éléments de l'offre active.....	15
Salutation bilingue en personne et au téléphone	16
Identification visuelle et documentation générale	16
Identification des patients et des clients francophones.....	17
Engagement communautaire	18
Outils.....	18
Annexes	19
Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire.....	21
Consortium national de formation en santé.....	55
L'offre active des services de santé en français, Fiche de renseignements pour l'employeur	57
L'offre active des services de santé en français, Fiche de renseignements pour l'employé	59

Section 3

Mise en œuvre des services en français	61
Principaux domaines de résultats	62
Connaissance et sensibilisation	62
Capacité d'offrir des services en français.....	63
Engagement de la communauté francophone.....	63
Intégration et coordination des services en français	63
Mise en œuvre des services en français.....	64
Règlements.....	64
Politiques.....	64
Planification.....	64
Qu'en est-il des fournisseurs non identifiés?.....	65
Annexes	67
Liste des fournisseurs de services de santé identifiés et désignés pour la prestation de services en français, RLISS d'Érié St. Clair.....	69
Liste des fournisseurs de services de santé identifiés pour la prestation de services en français, RLISS du Sud-Ouest	71
Gabarit, Plan de mise en œuvre des services en français	73
Plan de désignation.....	109
Critères pour la désignation d'organismes selon la Loi sur les services en français.....	127
Marche à suivre pour demande la désignation en vertu de la Loi sur les services en français.....	129
A Self-Assessment Tool – Implementation of French Language Services (en anglais seulement)	131

Section 4

Ressources humaines.....	137
Étapes pour constituer un effectif bilingue	137
Identifier les capacités existantes	137
Méthodes d'évaluation des compétences linguistiques	137
Définir les besoins.....	138
Pourvoir des postes désignés et non désignés.....	139
Maintenir en poste le personnel bilingue.....	140
Annexes.....	141
Staff Survey – French Language Skills (en anglais seulement)	143
Niveau des compétences en français parlé et écrit	145
Plan de ressources humaines.....	147
Staffing and Managing Designated Positions, A Practical Guide for Managers (en anglais seulement)	149

Section 5

Formation.....	171
Apprentissage du français	171
Options d'apprentissage du français	171
Programme régulier de français.....	172
Programme de français pour le personnel de soins de santé	172
Ma langue, ma culture, ma santé	173
Programme d'immersion française.....	173
Apprentissage du français parrainé par le MSSLD	174
Perfectionnement professionnel en français	174
Compétence culturelle et linguistique	175
Orientation des employés sur les services en français.....	176
Annexes.....	177
Lettre : Programme de remboursement pour la formation linguistique	179
Renseignements sur le Programme de formation linguistique – Région du Sud.....	181
Programme de formation linguistique – Fiche de renseignements	183
Programme de formation linguistique, Formulaire d'admissibilité conditionnelle	185
Collège Boréal	
Ma langue, ma culture, ma santé	

Section 6

Traduction et interprétation.....	187
Services de traduction	187
Comment trouver des traducteurs qualifiés	187
Services de traduction parrainés par le MSSLD	188
Services d'interprétation.....	188
Comment trouver des interprètes qualifiés.....	189
Annexes.....	191
Tableau sommaire des exigences en matière de communication en français (en anglais seulement)	193
Lignes directrices en matière de traduction – version révisée.....	197
Demande de service	215
Fiche de renseignements, Services langagiers Toronto	217
Interpretation Guide for Health Care Professionals	

Section 7

Législation en matière de services en français	221
Loi sur les services en français.....	221
Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local	222
Entités de planification des services de santé en français.....	222
Office des affaires francophones.....	223
Commissaire aux services en français	223
Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé.....	224
Impact des barrières linguistiques	225
Annexes.....	227
Loi sur les services en français	229
Règlement de l'Ontario 407/94	239
Règlement de l'Ontario 398/93	241
Règlement de l'Ontario 671/92	255
Règlement de l'Ontario 284/11	257
Carte des régions désignées	259
Loi sur l'intégration du système de santé local.....	261
Règlement de l'Ontario 515/09	287
Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest.....	289
Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé.....	291
Supplément concernant les services en français	339
Grille d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé.....	347

Section 8

lignesanté.ca	349
Annexes.....	351
Introducing the healthline.ca to Ontario (en anglais seulement)	353
Caractéristiques de lignesantéSud-Ouest.ca en matière de services offerts en français	355

Section 9

Ressources	359
Annexes.....	359
Articles promotionnels.....	361
Ressources francophones dans le RLISS d'Érié St. Clair	363
Ressources francophones dans le RLISS du Sud-Ouest	365
Réseaux et organismes d'appui	367
Online Advertising (en anglais seulement).....	369
Universités et collèges bilingues ou de langue française en Ontario	371
Les médias francophones de l'Ontario par régions.....	373
Rifssso	377
Cliquezsanté.ca	379
Répertoire des services en français du Sud-Ouest de l'Ontario	

Évaluation de la trousse et commentaires

Introduction

Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest sont fiers de vous présenter la Trousse sur les services en français.

La version anglaise de la trousse est disponible en nombre limité en format papier. La version électronique est affichée en anglais et en français sur les sites Web des RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest.

La trousse se veut un outil d'aide aux fournisseurs identifiés et désignés de services de santé pour mettre en œuvre et dispenser des services en français de qualité, conformément à leur mandat. Elle est également une ressource utile aux autres fournisseurs de services de santé qui souhaitent répondre aux besoins de leurs patients et de leurs clients.

La trousse donne un aperçu d'une gamme de sujets liés à la prestation des services en français. Chaque section fournit de l'information utile et des outils pratiques pour faciliter le plus possible la prestation de services en français, dont des renseignements de base sur la communauté francophone, l'offre active de services en français, la mise en œuvre de services en français, les ressources humaines, la formation, la traduction et l'interprétation, la législation à l'appui des services en français et la lignesanté.ca. Une liste de ressources est aussi incluse. Des dépliants et des feuilles de renseignements produits par des tierces parties complètent l'information fournie. Finalement, et surtout, vous trouverez dans la trousse des articles tels que des macarons, des lanières et des affiches de promotion des services en français. Ces articles promotionnels sont disponibles en quantités additionnelles auprès de la coordonnatrice des services en français de votre RLISS.

La coordonnatrice des services en français de votre RLISS est une ressource importante qui peut soutenir vos efforts de mise en œuvre et de prestation des services en français. Que vous ayez une question au sujet des gabarits fournis dans la trousse, que vous ayez besoin d'aide pour établir le contact avec la communauté francophone ou que vous souhaitiez obtenir des articles promotionnels additionnels, nous sommes là pour vous aider.

Pour joindre la coordonnatrice des services en français de votre RLISS :

Marthe Dumont

RLISS d'Érié St. Clair

1 866 231-5446 ou

519 351-5677, poste 3241

Marthe.Dumont@lhins.on.ca

Suzy Doucet-Simard

RLISS du Sud-Ouest

1 866 294-5446 ou

519 672-0445, poste 2612

Suzy.Doucet-Simard@lhins.on.ca

Section 1

Communauté francophone

Section 1

Communauté francophone¹



La présence française en Ontario remonte à presque 400 ans, soit à l'établissement de la mission de Ste-Marie-au-Pays-des-Hurons, en 1639 (comté de Simcoe).

À l'image de la population générale de l'Ontario, la population franco-ontarienne est diverse et vibrante. Elle accueille depuis de nombreuses années des francophones de l'Afrique, de l'Asie, du Moyen Orient et de l'Europe. Les minorités raciales francophones représentent aujourd'hui 10 % de la population francophone de la province.

L'Ontario est la province de résidence de 611 500 Franco-Ontariens. Environ 35 000 francophones vivent dans la grande région du Sud-Ouest, laquelle abrite les RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest. La population francophone compte environ 21 000 personnes dans le RLISS d'Érié St. Clair et environ 14 000 personnes dans le RLISS du Sud-Ouest.

¹ Tiré et adapté du site Web de l'Office des affaires francophones au www.ofa.gov.on.ca.

La communauté franco-ontarienne est plus âgée que la population générale de l'Ontario. Alors que l'âge médian de la population générale est de 40,1, celui des francophones est de 44 ans. Dans le Sud-Ouest, l'âge médian grimpe à 50,8 ans.

Les catégories d'âge les plus importantes chez les francophones sont les 45 à 54 ans et les 65 ans et plus : près d'un francophone sur cinq fait partie de l'un de ces groupes d'âge. Dans le Sud-Ouest, un francophone sur quatre, ou 26,6 %, est une personne âgée. Autre signe du vieillissement de la communauté franco-ontarienne, la proportion des francophones de 65 ans et plus est plus élevée que celle des jeunes de 14 ans et moins (17 % contre 14 %).

Les femmes constituent plus de la moitié de la communauté francophone (53 %). La situation est comparable dans le Sud-Ouest, où les femmes constituent 53,7 % de la communauté francophone. À l'échelle de la province, plus de deux couples sur trois (68,3 %) sont exogames, c'est-à-dire qu'un des parents est francophone et que l'autre ne l'est pas. Dans le Sud-Ouest, 87,5 % des familles sont exogames. De plus, 15,9 % des familles franco-ontariennes sont monoparentales.

La francophonie ontarienne tire son dynamisme de la présence de nombreuses institutions et associations dans les domaines de l'éducation, de la culture, de la santé, de la justice, de l'économie et des communications. Dans le Sud-Ouest, les francophones bénéficient d'une variété d'organismes communautaires, dont des conseils scolaires, des collèges communautaires, des garderies, des clubs pour personnes âgées et des centres culturels communautaires de langue française. Les services en français sont les plus limités, voire quasi-inexistants, dans les secteurs de la santé et des services sociaux. On consultera la Section 9 pour connaître les noms et les coordonnées des organismes communautaires francophones dans la région.

État de santé²

À l'été et à l'automne 2012, l'Entité de planification des services en français Érié St. Clair/Sud-Ouest (EPSSF ÉSC/SO) a conçu et réalisé un sondage exhaustif sur la santé des francophones afin de mieux comprendre l'état de santé et les besoins en matière de santé de la population francophone locale.

Au total, 1 200 adultes de 18 ans et plus ont répondu au sondage. Les trois quarts des répondants vivaient dans la région du RLISS d'Érié St. Clair alors que le quart vivait dans la région du RLISS du Sud-Ouest. La distribution des répondants au niveau des comtés est assez représentative.



La diversité culturelle de la Francophonie contribue largement à la richesse de nos discussions. »

Déclaration de Stephen Harper,
premier ministre du Canada au
14^e Sommet de la Francophonie,
13 octobre 2012

² Tiré et adapté du rapport Santé des francophones et utilisation des services de santé dans les Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest, 2013, accessible en ligne au www.entite1.ca.

Résultats notables :

- On a demandé aux répondants d'évaluer leur santé physique et leur santé mentale par des questions distinctes. Fait intéressant, les gens avaient tendance à indiquer qu'ils avaient une meilleure santé mentale que santé physique : 48 % des répondants adultes avaient une santé physique excellente ou très bonne, comparativement à 68 % qui avaient une excellente ou très bonne santé mentale.
- Même si 2 % des répondants ont indiqué avoir un poids insuffisant, 21 % des répondants se classaient sous l'une des deux catégories d'obésité (modérément obèse et obésité sévère).
- Les répondants avaient également tendance à évaluer différemment leur santé physique en fonction de leur IMC : en particulier, les répondants qui se situaient dans les catégories « obésité » estimaient dans une plus forte proportion que leur santé était « passable » ou « mauvaise ».
- Presque tous les répondants (93 %) ont indiqué avoir un médecin régulier.
- Parmi les répondants qui ont un médecin régulier, seuls 6 % ont parlé à leur médecin en français.
- Parmi ceux qui ont indiqué ne pas avoir de médecin, la raison la plus fréquente était « je n'ai pas essayé d'avoir un médecin » (35 %), suivie de « il n'y a pas de médecin francophone dans la région » (27 %).
- Lorsqu'ils étaient malades, la grande majorité des répondants ont indiqué qu'ils allaient habituellement au bureau de leur médecin (67 %) ou bien à une clinique sans rendez-vous (18 %).
- De même, la plupart des répondants ont indiqué qu'ils se rendaient habituellement au bureau du médecin (54 %) ou sur Internet (18 %) lorsqu'ils avaient besoin de renseignements ou de conseils liés à la santé.
- Au cours des 12 derniers mois, 26 % des répondants ont indiqué avoir visité la salle d'urgence d'un hôpital.
- En particulier, les répondants de Bruce/Grey, Chatham-Kent, Elgin/comté rural de Middlesex et Sarnia-Lambton étaient plus susceptibles d'avoir visité l'urgence au cours des 12 derniers mois.
- Pour ce qui est de leur plus récente visite à l'urgence, 39 % des répondants ont indiqué s'y être rendus pour un problème mineur, et de ceux-là, 52 % ont invoqué l'absence de disponibilité de leur médecin de famille comme raison de ne pas avoir obtenu de traitement ailleurs, alors que 21 % ont indiqué que le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous était trop long.
- En général, 37 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient au moins une maladie ou un trouble de santé diagnostiqué par un médecin.
- Parmi ceux qui ont un trouble de santé, les maladies les plus fréquentes étaient les maladies des os et des articulations (40 %) et les maladies cardiovasculaires (32 %), suivies « d'autres » maladies ou troubles (28 %).
- Les francophones qui ont un trouble de santé sont plus susceptibles de vivre dans les régions de Sarnia-Lambton, Pain Court/Grande Pointe, Tecumseh ou Windsor.

- Le fait d’avoir un trouble de santé était également associé de façon importante à l’âge (le taux était plus élevé chez les groupes 55-64, 65 ans et plus) et à une visite à la salle d’urgence au cours des 12 derniers mois.
- De plus, parmi les personnes atteintes d’un trouble de santé, 36 % ont indiqué que l’on avait diagnostiqué plus d’un trouble de santé mentionné (soit maladie des os et des articulations, maladie cardiovasculaire, diabète, maladie pulmonaire, maladie mentale, cancer, maladie rénale, autre).
- Aussi, les répondants ayant des troubles multiples étaient plus susceptibles de vivre à Windsor et d’être dans le groupe des 65 ans et plus.

Plus particulièrement :

- Parmi ceux qui avaient une maladie des os et des articulations, 73 % étaient atteints d’arthrite.
- Parmi ceux qui avaient indiqué avoir une maladie cardiovasculaire, 73 % étaient atteints d’hypertension artérielle.
- Parmi ceux qui étaient diabétiques, 53 % étaient atteints de diabète de type 2.
- Parmi ceux qui avaient une maladie pulmonaire, 67 % étaient asthmatiques.
- Parmi ceux qui avaient une maladie mentale, 68 % étaient atteints d’un trouble de l’humeur et 32 % d’un trouble d’anxiété.

Pour de plus amples renseignements, on consultera le rapport intitulé *Santé des francophones et utilisation des services de santé dans les Réseaux locaux d’intégration des services de santé d’Érié St. Clair et du Sud-Ouest*, accessible en ligne au www.entite1.ca.

Section 2

Offre active
de services en français

Section 2

Offre active de services en français

Dans ce contexte [de la Loi sur l'intégration du système de santé local], l'offre active de services en français est un moyen de corriger les iniquités en proposant une méthode concrète pour concilier les services de santé et les besoins de la population francophone. L'offre active de services en français représente une mesure d'équité précise qui veille au respect de la Loi : pour que l'égalité des statuts entraîne l'égalité des traitements.³

« Offre active » fait référence au fait d'informer les membres francophones du public de la disponibilité de services en français et de veiller à ce qu'ils aient accès à ces services et soient satisfaits de la qualité de ces services.⁴

On entend souvent dire que les clients ne demandent pas de se faire servir en français. La recherche démontre de façon systématique que les gens ne font pas la demande de services en français s'ils jugent que cela est difficile, qu'ils devront attendre ou que le service sera de moindre qualité. Les services en français doivent être facilement accessibles et visibles, d'où le concept de l'offre active. Les francophones ne devraient pas avoir à demander de recevoir des services en français. Il incombe plutôt aux fournisseurs de services de santé d'offrir des services en français.

Une offre active de services en français doit être :

- axée sur les résultats;
- intégrée dans le modèle général de prestation de services de l'organisme;
- proactive;
- basée sur un dialogue avec la population desservie et ultimement adaptée à ses besoins;
- en place pour le cycle de vie complet du service, de l'activité ou de l'initiative.

Les principaux éléments de l'offre active incluent :

- salutation bilingue en personne et au téléphone;
- identification visuelle et documentation générale;
- identification des patients et des clients francophones;
- engagement communautaire.

³ Bouchard, Louise, Marielle Beaulieu et Martin Desmeules. L'offre active de services en français en Ontario : une mesure d'équité dans Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire, vol. 18, n° 2, 2012, p. 38-65.

⁴ Le Cadre d'action de la FPO : Fonction publique de l'Ontario moderne, 2006.

Salutation bilingue en personne et au téléphone

- **Standard téléphonique/Réception** : Les services doivent être offerts dans les deux langues. La salutation bilingue est une façon proactive d'offrir des services en français. Elle invite les patients et les clients à utiliser la langue de leur choix lorsqu'ils communiquent avec l'organisme.
- Lorsqu'elle répond au téléphone ou salue les visiteurs, la personne peut ajouter « bonjour » ou « comment puis-je vous aider » à la fin de la salutation habituelle en anglais, par exemple « Erie St. Clair LHIN, bonjour » ou « South West LHIN, Denise speaking, comment puis-je vous aider? ».
 - › Si la personne qui salue les patients et les clients est bilingue, elle continue dans la langue choisie par l'appelant ou le visiteur.
 - › Si la personne n'est pas bilingue, elle répond « un moment, s'il vous plaît » et transfère promptement l'appel à un employé francophone ou demande à un employé francophone de venir parler au visiteur.
- **Salutation automatisée/Boîte vocale** : La salutation téléphonique se doit d'être bilingue.
 - › Option française – Les appelants ont le choix d'écouter le message en français en appuyant sur une touche, par exemple : « *pour le service en français, appuyez sur le 2* ».
 - › Salutation en français après l'anglais. « Hello, Bonjour. A French message will follow. You have reached the name of organization. Please leave a message at the tone and we'll return your call as soon as possible. Thank you and have a great day! Vous avez joint le nom de l'organisme. Laissez un message et nous vous rappellerons le plus tôt possible. Merci et bonne journée. »



Il a été démontré à plusieurs reprises qu'une offre active de services a un impact considérable sur la demande des services. Plus on offre un service, plus il y aura une demande par la suite. Cela s'applique tout autant dans le domaine de la santé. »

François Boileau, commissaire aux services en français, Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario, 2009, p. 10⁵

Identification visuelle et documentation générale

- **Identification du personnel bilingue** : Les patients et les clients doivent pouvoir reconnaître facilement les employés qui parlent français. Pour ce faire, on distribuera aux employés bilingues des macarons ou des lanières portant le message « Je parle français ». Quelques échantillons de macarons et de lanières se trouvent dans la pochette du sac de la trousse. Pour en obtenir d'autres, il suffit de communiquer avec la coordonnatrice des services en français du RLISS d'Érié St. Clair ou du Sud-Ouest.
- **Affiches – Intérieures et extérieures** : Toutes les affiches situées dans les aires publiques doivent être bilingues.
- **Affiche bilingue de bienvenue à la réception** : Une affiche bilingue de bienvenue avisant les patients et les clients que l'organisme offre des services en français doit être placée aux entrées ou à la réception. Un échantillon d'une telle affiche se trouve dans le sac de la trousse. Pour en obtenir d'autres, il suffit de communiquer avec la coordonnatrice des services en français du RLISS d'Érié St. Clair ou du Sud-Ouest.
- Les **cartes professionnelles** doivent être bilingues pour les membres du personnel qui occupent des postes désignés ou qui sont capables d'offrir des services en français.

⁵ Pour de plus amples renseignements sur le Commissaire aux services en français, on consultera la Section 7 sur la législation.

- **Matériel écrit** : Tous les documents devant être distribués au public doivent être offerts dans les deux langues, préférablement dans un format bilingue. D'après le format d'impression, la note suivante doit être ajoutée en français au document anglais, et vice versa : « Ce document existe en français »/ « This document is available in English » ou « Français au verso »/ « English on reverse ». Par exemple :
 - › Formulaires, comme les formulaires d'évaluation et d'accueil;
 - › Directives, comme avant une chirurgie et un congé;
 - › Dépliants;
 - › Matériel promotionnel;
 - › Sites Web;
 - › Autres.

Les fournisseurs de services de santé doivent connaître leurs patients et leurs clients ainsi que les besoins de ces derniers afin de les servir adéquatement et de leur fournir les meilleures options pour atteindre un niveau de santé optimal.

Identification des patients et des clients francophones

Définition de « francophones »

Les personnes pour lesquelles la langue maternelle est le français, de même que les personnes pour lesquelles la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, mais qui ont une bonne connaissance du français comme langue officielle et qui utilisent le français à la maison.⁶

La première étape consiste à identifier les patients et les clients francophones. Les fournisseurs de services de santé devraient inclure les variables linguistiques dans le processus d'accueil et d'admission.

On propose deux questions pour identifier les patients et les clients francophones.

1) Quelle est votre langue maternelle?

Anglais Français Autre _____

2) Si votre langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français, dans quelle langue officielle?

Anglais Français

Il est à noter que les ententes de responsabilisation entre les RLIS et les fournisseurs de services de santé exigent la mise en place de mécanismes d'identification et de comptabilisation des patients et des clients francophones.

⁶ Office des affaires francophones, www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-definition.html.

Engagement communautaire

La participation communautaire s'entend des méthodes que les RLISS et les fournisseurs de services de santé utilisent pour interagir, communiquer et échanger de l'information avec les intervenants.⁷

La deuxième étape consiste à mobiliser la communauté francophone dans le but *d'informer, d'éduquer et de consulter les intervenants, de les habiliter et de solliciter leur participation aux processus de planification et de prise de décisions concernant les soins et les services de santé, afin d'améliorer le système de santé.*⁸ L'engagement communautaire fait partie intégrante des activités quotidiennes des fournisseurs de services de santé, car elle leur permet de dispenser des services de qualité qui répondent aux besoins de la communauté.

En outre, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* stipule que les organismes de soins de santé doivent sonder leur clientèle annuellement afin de recueillir de l'information concernant son niveau de satisfaction à l'égard des services qu'elle a reçus.

Il importe de nouer et de maintenir des liens professionnels avec les fournisseurs de services en français, et la communauté de personnes et d'entités francophones (groupes communautaires francophones) afin de comprendre les besoins de la communauté francophone en matière de santé et de services de santé, les enjeux auxquels elle fait face à ce chapitre et les mesures qui s'imposent.

Outils

Le Consortium national de formation en santé a produit une série de vidéos de formation traitant de l'offre active à l'intention des professionnels de la santé. Produites en français avec sous titres anglais, ces vidéos présentent des francophones qui parlent de leur expérience au sein du système de santé et de l'impact de l'absence de services en français. Pour visionner les vidéos, il suffit de consulter <http://cnfs.net/fr/vidlist.php>.

Les organismes ou programmes peuvent inclure ces vidéos dans leur trousse d'orientation des employés ou les utiliser dans le cadre d'une formation sur les compétences culturelles et linguistiques afin de sensibiliser les employés à l'équité et à la prestation de services sûrs et de qualité. Pour de plus amples renseignements sur ces vidéos et le Consortium national de formation en santé, on consultera la page 55.

Les feuilles de renseignements créées par le RLISS du Nord-Est à l'intention des employés et des employeurs (pages 57 et 59) donnent d'autres conseils sur l'offre active de services en français.

⁷ Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire, 2011, p. 5, disponible sur les sites Web des RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest.

⁸ Idem.

Section 2

Liste des annexes

Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire

Consortium national de formation en santé

L'offre active des services de santé en français, Fiche de renseignements pour l'employeur

L'offre active des services de santé en français, Fiche de renseignements pour l'employé

Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire

Approuvées par : le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Février 2011

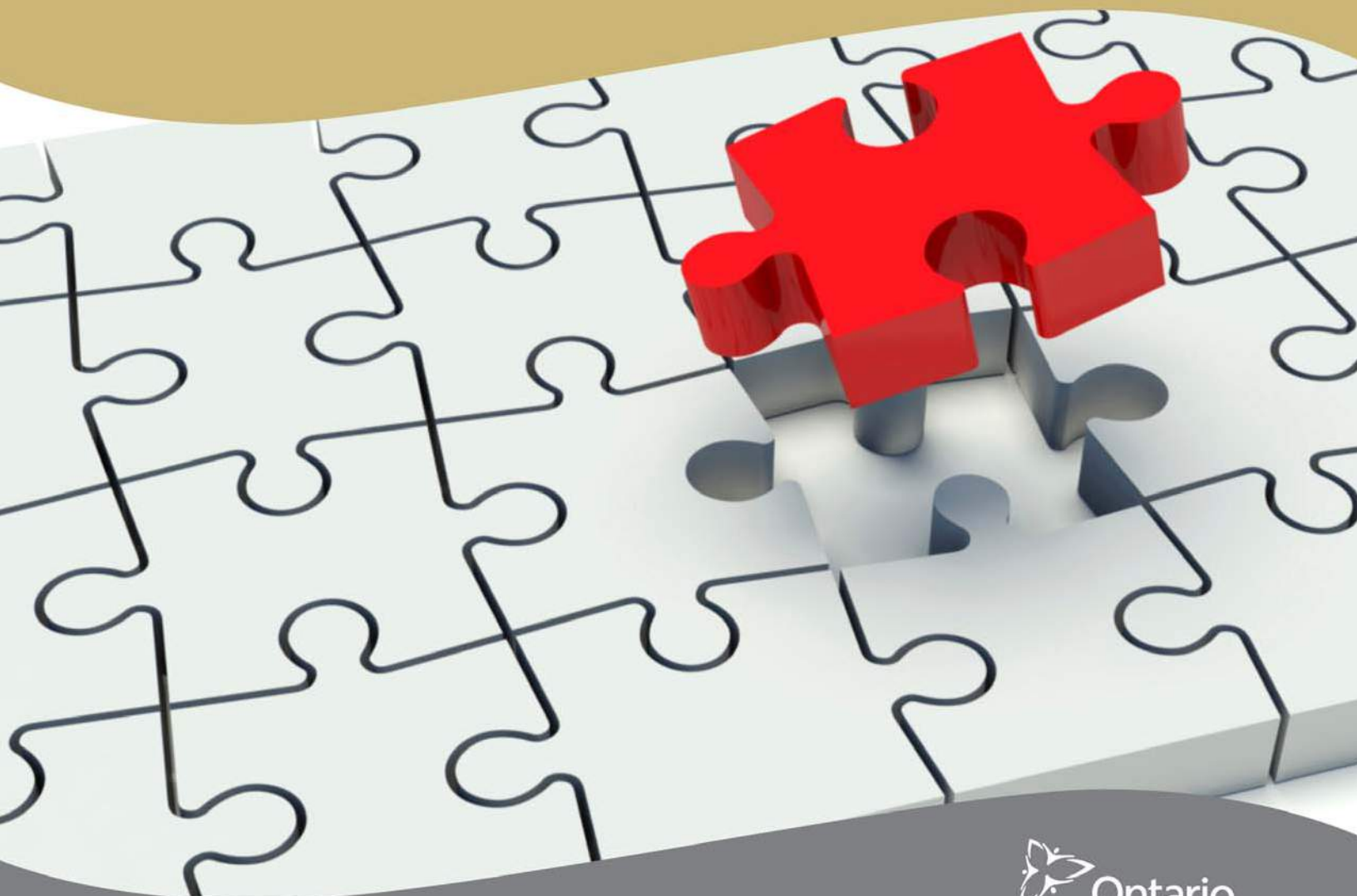


Table des matières

1. Introduction	3
1.1. Contexte	3
1.2. Objectifs stratégiques	4
2. Définition de la participation communautaire	5
2.1. Définition de la participation communautaire	5
2.2. Définition de « collectivité »	5
2.3. Les principes directeurs de la participation communautaire des RLISS (<i>repris de la National Coalition for Dialogue and Deliberation</i>).....	5
3. Trousse de participation communautaire	7
3.1. Feuille de travail sur la stratégie annuelle de participation communautaire des RLISS	8
3.2. Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants	9
3.3. Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire des RLISS – petit projet.....	12
3.4. Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire des RLISS – grand projet	13
3.5. Indicateurs de mesure du rendement des activités de participation communautaire des RLISS	18
4. Stratégies et meilleures pratiques de participation communautaire	20
4.1. But : Éduquer et informer.....	20
4.2. But : Consulter	20
4.3. But : Faire participer	21
4.4. But : Collaborer.....	22
4.5. But : Habilitier	22
5. Annexes (telles qu'approuvées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée)	23
5.1. Annexe A – Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants	23
5.2. Annexe B – (modèle) Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants	25
5.3. Annexe C – (modèle) Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire des RLISS – petit projet	29

1. Introduction

Vous trouverez, dans le présent document, plusieurs feuilles de travail et modèles qui vous aideront à planifier des activités de participation communautaire. Ces documents sont considérés être les **Lignes directrices sur la participation communautaire**. Ils ont été conçus pour servir quant à toutes les activités de participation communautaire, pour favoriser l'uniformité à travers la province. Ces documents renferment les exigences fondamentales minimales de la participation communautaire quant à tous les RLISS; vous pouvez y ajouter d'autre documentation, à condition que les prescriptions minimales existantes restent les mêmes.

1.1. Contexte

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* pose la participation communautaire (l'engagement de la collectivité) comme une exigence pour les RLISS. La participation communautaire fait par conséquent partie des fonctions de base des RLISS, étant entendu que la planification régionale constitue la méthode la plus appropriée d'évaluation et d'interprétation des besoins locaux d'une collectivité. La participation communautaire doit avoir un but, le processus doit être accessible, et ses résultats doivent être transparents pour le public comme pour les décideurs des RLISS.

- En 2008, les RLISS du Nord-Ouest, du Sud-Est et du Centre ont entrepris, en collaboration avec le MSSLD, un projet qui a donné lieu à la publication du rapport de MASS LBP intitulé *Engaging with Impact: Targets and indicators for successful community engagement by Ontario's Local Health Integration Networks*.
- À l'été de 2009, l'Ombudsman, après avoir examiné les plaintes concernant les pratiques de participation communautaire d'un RLISS en particulier, a présenté au MSSLD l'ébauche d'un rapport et de recommandations au sujet des pratiques de participation communautaire des RLISS.
- Comme suite à ce rapport, et en citant le projet *Engaging with Impact*, le MSSLD a convenu de formuler une série d'indicateurs de rendement applicables aux rapports publics des RLISS ainsi qu'un guide des meilleures pratiques et une série de lignes directrices à l'intention des RLISS, et a accepté de collaborer avec les RLISS à leur élaboration.
- En partenariat avec les RLISS, le ministère a procédé à l'élaboration d'une série d'indicateurs de rendement et de lignes directrices à l'intention des RLISS. On a créé un comité directeur formé des chefs de la direction des RLISS du Nord-

Ouest, du Sud-Est et du Centre et de cadres supérieurs du MSSLD, dont des représentants de la Direction de la stratégie du système de santé et de la Direction de la liaison avec les RLISS. On a également établi un groupe de travail comprenant des membres du personnel des RLISS et du MSSLD. Celui-ci a travaillé en étroite collaboration avec le réseau de participation communautaire des RLISS pour élaborer la trousse.

- La version définitive des lignes directrices a été approuvée par le comité directeur de la participation communautaire des RLISS le 14 juillet, puis, le 16 juillet, par les chefs de la direction des RLISS, en réponse à un appel au vote envoyé par courriel par le RLISS du Centre.
- L'Ombudsman a remis son rapport final au ministère à la fin de juin 2010. Le rapport a été diffusé publiquement en août 2010.

1.2. Objectifs stratégiques

- Assurer et maintenir une participation communautaire de haut niveau dans tous les RLISS en établissant les exigences minimales de la participation communautaire.
- Accroître la responsabilité à l'égard du public de même que la transparence des pratiques de participation communautaire et de leurs résultats.

2. Définition de la participation communautaire

2.1. Définition de la participation communautaire

La participation communautaire s'entend des méthodes que les RLISS et les fournisseurs de services de santé utilisent pour interagir, communiquer et échanger de l'information avec les intervenants.

Le but de la participation communautaire est d'informer, d'éduquer et de consulter les intervenants, de les habiliter et de solliciter leur participation aux processus de planification et de prise de décisions concernant les soins et les services de santé, afin d'améliorer le système de santé.

Les activités de participation communautaire peuvent être continues ou faire l'objet d'un seul projet, et peuvent viser des intervenants à l'externe ou à l'interne.

2.2. Définition de « collectivité »

Aux termes du paragraphe 16 (2) de la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, on entend par « collectivité » les malades et autres personnes de la zone géographique que sert le réseau; les fournisseurs de services de santé et toute autre personne ou entité qui fournit des services au sein du système de santé local ou pour lui; et les employés qui œuvrent au sein du système de santé local.

Les intervenants sont des personnes, des collectivités, des entités politiques et des organisations qui sont directement intéressées par les résultats de l'initiative. Les intervenants peuvent avoir une incidence sur le projet, et inversement. Toute personne dont les intérêts sont servis ou desservis par le projet, ou pouvant exercer une influence sur le projet ou sur ses résultats, est considérée comme un intervenant dans le contexte du projet. Tous les intervenants doivent être identifiés, et on doit solliciter et gérer leur participation de manière appropriée.

2.3. Les principes directeurs de la participation communautaire des RLISS (*repris de la National Coalition for Dialogue and Deliberation*)

Les sept recommandations qui suivent reflètent les croyances et les notions communes des intervenants qui œuvrent dans les domaines de l'intéressement du public, du règlement des différends et de la collaboration. Dans la pratique, ces intervenants appliquent ces principes et d'autres lignes de conduite de nombreuses façons différentes.

1. Planification et préparation réfléchies

Par une planification adéquate et inclusive, veiller à ce que le processus soit conçu, organisé et mis en œuvre en fonction d'un objectif bien défini ainsi que des besoins des participants.

2. Inclusion et diversité démographique

Intégrer équitablement des personnes, des opinions, des idées et de l'information diverses, afin de jeter les bases nécessaires pour assurer la qualité des résultats et la légitimité démocratique du processus.

3. Collaboration et but commun

Aider et encourager les participants, les intervenants gouvernementaux et les institutions communautaires à travailler ensemble dans l'intérêt commun.

4. Ouverture et apprentissage

Aider tous les participants à s'écouter mutuellement, à explorer de nouvelles idées sans la contrainte de résultats prédéterminés, à apprendre et à appliquer des connaissances de manière à créer de nouvelles options, et à évaluer rigoureusement l'efficacité des activités d'engagement du public.

5. Transparence et confiance

Communiquer clairement et ouvertement au sujet du processus, et faire connaître publiquement les organisateurs, les porte-parole, les résultats et la gamme des idées et des opinions exprimées.

6. Incidence et action

Veiller à ce que chaque effort de participation ait une réelle possibilité de produire une incidence, et à ce que les participants soient conscients de cette possibilité.

7. Engagement soutenu et culture de la participation

Promouvoir une culture de la participation par l'intermédiaire de programmes et d'institutions qui appuient les efforts continus d'intéressement du public et veillent à en assurer la qualité.

3. Trousse de participation communautaire

Les Lignes directrices sur la participation communautaire et les modèles de documents connexes sont des outils qui s'appliquent à toutes les activités de participation communautaire des RLISS, dans le but d'en favoriser l'uniformité à l'échelle de la province. Ces documents énoncent les exigences minimales auxquelles doivent satisfaire les activités de participation communautaire des RLISS. On peut y ajouter des détails supplémentaires, à condition que ces exigences de base demeurent inchangées.

Le réseau de participation communautaire réévaluera et révisera ces lignes directrices chaque année d'après les renseignements les plus récents, les commentaires des utilisateurs et d'autres considérations. Les documents suivants constituent les Lignes directrices sur la participation communautaire :

- 1. Feuille de travail sur la stratégie annuelle de participation communautaire**
 - Un outil conçu pour aider les RLISS à élaborer leur stratégie annuelle de participation communautaire.
- 2. Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants**
 - Un outil conçu pour permettre aux planificateurs de la participation communautaire d'identifier tous les intervenants intéressés et de déterminer leur rôle éventuel dans un plan ou un projet particulier. Une feuille de travail remplie est aussi fournie à titre d'exemple.
- 3. Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire – petit projet**
 - Un outil conçu pour aider à planifier de petits projets de participation communautaire. Une feuille de travail remplie est aussi fournie à titre d'exemple.
- 4. Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire – grand projet**
 - Un outil de planification pour les projets de participation communautaire plus complexes ou de grande envergure.
- 5. Indicateurs de rendement des pratiques de participation communautaire**
 - Une série d'indicateurs que chaque RLISS doit publier chaque année dans son rapport annuel ainsi que sur son site Web et sur celui du ministère.

3.1. Feuille de travail sur la stratégie annuelle de participation communautaire des RLISS

Les RLISS sont tenus de produire un plan annuel de participation communautaire et de le diffuser publiquement. Ce plan est mis à jour annuellement pour tenir compte des besoins précis constatés durant l'année.

Le plan donne un aperçu général des activités continues de participation communautaire menées au sein du RLISS. Ces activités sont mises en œuvre dans le but :

- d'informer et d'éduquer les intervenants;
- de solliciter leur avis, au besoin, en vue d'une prise de décision;
- de favoriser les échanges bilatéraux.

Ces lignes directrices aideront les RLISS à élaborer leur plan annuel en leur permettant de cerner les points à inclure. Elles seront également utiles aux intervenants en encadrant leurs efforts pour aligner leurs propres plans et activités sur ceux du RLISS.

Les plans annuels de participation communautaire devraient inclure les éléments suivants.

1. Description de votre RLISS

- Dans cette section, décrivez les aspects et les défis particuliers de la participation communautaire au sein de votre RLISS (p. ex. milieu rural ou urbain, diversité ethnoculturelle).
- Il est recommandé de formuler cette description pour aider les intervenants à comprendre le contexte dans lequel vous présentez votre plan.

2. Dans quels secteurs votre RLISS concentrera-t-il ses efforts et activités de participation communautaire cette année?

- Décrivez les activités de participation communautaire qui sont prévues pour l'année et qui ne se rapportent pas directement à l'élaboration d'un projet particulier, mais qui visent plutôt à accroître l'aptitude du RLISS et des communautés concernées à se connaître et à se comprendre mutuellement.
- Vous pourriez décrire, dans cette section, les communautés (p. ex. Autochtones, sans-abri) ou les secteurs d'intérêts (soins de l'AVC, soins périnataux) dont vous prévoyez solliciter la participation durant la prochaine année.
- Décrivez ces communautés.

- Pourquoi votre plan est-il axé sur ces communautés à l'heure actuelle? (P. ex. pour renforcer les liens avec les Autochtones, pour mieux comprendre les enjeux liés à la santé du point de vue des sans-abri.)
- Décrivez de quelle manière vous comptez solliciter la participation de ces communautés (p. ex. parrainer un rassemblement de membres de la communauté autochtone locale, former un partenariat avec les organismes qui offrent des services aux sans-abri).
- Vous pouvez également décrire le plan que vous avez établi pour éduquer et informer les intervenants, de façon générale, à propos des réalisations du RLISS et de ses projets d'avenir (p. ex. solliciter activement des possibilités de faire des présentations dans des clubs de bienfaisance locaux, présenter un exposé aux conseils municipaux, tenir une série de soirées d'information).

3. Comment les intervenants seront-ils informés des activités de participation communautaire du RLISS?

- Où, quand et comment annoncerez-vous les activités prévues?

4. Comment les intervenants pourront-ils donner leur avis sur le travail, les plans ou les activités du RLISS? Comment pourront-ils communiquer avec le RLISS?

- Quels mécanismes optionnels de rétroaction seront mis à la disposition des intervenants?
- À quel délai de réponse les intervenants pourraient raisonnablement s'attendre? (P. ex. accusé de réception dans les 48 heures.)

5. Comment le RLISS compte-t-il évaluer la réussite de ce plan de participation communautaire?

6. Comment le RLISS fera-t-il connaître les résultats des activités de participation communautaire décrites dans ce plan aux intervenants?

3.2. Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants

But de cette feuille de travail :

Cette feuille de travail est un outil conçu pour faciliter la planification des projets de participation communautaire des RLISS. Elle aidera les responsables de projet à identifier les intervenants concernés dès le départ. L'évaluation des intervenants constitue la première étape de l'élaboration du plan de participation communautaire qui

permet de procéder à la mise en œuvre d'un projet. Il est recommandé d'utiliser cet outil aux premiers stades de conception d'un projet; il a pour but de guider les discussions de l'équipe interne de direction et les processus d'approbation.

Identification des intervenants :

Aux termes du paragraphe 16 (2) de la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, on entend par « collectivité » les malades et autres personnes de la zone géographique que sert le réseau; les fournisseurs de services de santé et toute autre personne ou entité qui fournit des services au sein du système de santé local ou pour lui; et les employés qui œuvrent au sein du système de santé local.

Les intervenants sont des personnes, des collectivités, des entités politiques et des organisations qui sont directement intéressées par les résultats de l'initiative. Les intervenants peuvent avoir une incidence sur le projet, et inversement. Toute personne dont les intérêts sont servis ou desservis par le projet, ou pouvant exercer une influence sur le projet ou sur ses résultats, est considérée comme un intervenant dans le contexte du projet. Tous les intervenants doivent être identifiés, et on doit solliciter et gérer leur participation de manière appropriée.

Aux fins de l'identification des intervenants, le terme « collectivité » peut également s'entendre d'un lieu géographique (p. ex. Cambridge, Proton Station), d'une communauté d'intérêts ou d'une communauté de praticiens.

Communauté d'intérêts – Réseau informel et auto-organisé de personnes réunies par un intérêt, un enjeu, une possibilité ou un problème commun. Les membres n'ont pas nécessairement à se rencontrer en personne, et peuvent n'avoir d'échanges que de façon ponctuelle, à propos de leur intérêt commun.

Communauté de praticiens – Réseau informel et auto-organisé de praticiens de la même discipline ou profession. La formation et le maintien de tels groupes sont motivés par le désir, chez les membres, d'aider leurs pairs en leur transmettant de l'information, ou de parfaire leurs propres connaissances en s'informant auprès de leurs pairs.

Entité politique : Aux fins de l'identification des intervenants, une entité politique est une personne, un groupe ou une organisation qui a des intérêts politiques ou des responsabilités publiques connus. Il peut s'agir par exemple de hauts fonctionnaires, d'un syndicat ou d'un regroupement de citoyens.

Évaluation de l'incidence et des résultats

Au moment de réaliser cette évaluation initiale, de l'avis du chef de projet ou de l'équipe de planification, quelle incidence le projet aura-t-il sur les intervenants, s'il est mis en

œuvre? On peut catégoriser l'incidence sur les intervenants comme « faible », « moyenne », « élevée » ou « inconnue » à ce stade de la planification.

Niveau d'incidence des résultats : indique la mesure dans laquelle on prévoit que le résultat (p. ex. la décision prise, la modification des services, etc.) de l'idée proposée, si elle est mise en œuvre, aura une incidence sur l'intervenant.

Niveau d'influence sur les résultats : indique la mesure dans laquelle on prévoit que l'intervenant influencera les résultats, si l'idée proposée est mise en œuvre. Par exemple, l'intervenant doit-il accepter le changement proposé? Sa coopération est-elle importante pour la réussite de la mise en œuvre?

Niveau d'intérêt ou de préoccupation : indique la mesure dans laquelle les intervenants sont conscients ou se soucient des résultats qu'aura l'idée proposée si elle est mise en œuvre. Connaissent-ils l'incidence que le projet pourrait avoir sur eux? Perçoivent-ils cette éventuelle incidence comme positive ou négative?

Question présentant le plus d'intérêt ou de possibilité : D'après le degré estimé d'intérêt ou de préoccupation des intervenants, à propos de quelle idée, de quel enjeu ou de quel concept doit-on communiquer en priorité?

Incidence/influence faible : L'intervenant est peu susceptible de connaître l'incidence que l'idée proposée aura sur lui, si elle est mise en œuvre, et de se montrer intéressé à influencer l'orientation ou le déroulement du projet, de l'avis du chef de projet ou de l'équipe de planification *au moment de cette évaluation*.

Incidence/influence moyenne ou élevée : Les intervenants connaissent et ressentiraient l'incidence que le projet aurait sur eux, et seraient intéressés dans différentes mesures à influencer l'orientation ou le déroulement du projet, de l'avis du chef de projet ou de l'équipe de planification *au moment de cette évaluation*.

Incidence/influence inconnue : Le chef de projet ou l'équipe de planification doivent approfondir leur examen pour comprendre les répercussions éventuelles du projet envisagé sur les intervenants, l'influence éventuelle des intervenants sur le projet ou le niveau d'intérêt ou de préoccupation des intervenants à l'égard du projet. Pour ce faire, ils peuvent consulter des personnes-ressources dans la collectivité, former un groupe de discussion, mener un sondage ou recourir à d'autres méthodes créatives.

Voyez l'exemple de document, à l'annexe A (page 23).

3.3. Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire des RLISS – petit projet

Cette feuille de travail se veut un complément de la **Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants** en vue de la planification des activités de participation communautaire. Pour les projets complexes ou de grande envergure, reportez-vous à la **Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire – grand projet**.

Titre du projet :

Activité de participation communautaire :

Date, heure et lieu proposés :

Description du projet :

Donnez un bref aperçu du projet principal ou de la décision principale que ce plan de participation communautaire vise à appuyer. Veuillez fournir suffisamment de détails pour permettre à une personne qui ne connaît pas le projet de disposer de l'information nécessaire pour en comprendre le contexte.

But :

Pourquoi menez-vous cette activité de participation communautaire?

Alignement sur le Plan d'intégration des services de santé :

Décrivez en quoi cette activité de participation communautaire contribue à la mise en œuvre du Plan d'intégration des services de santé du RLISS.

Objectifs :

Décrivez ce que vous espérez atteindre ou réaliser en menant cette activité de participation communautaire. Vous pouvez avoir plus d'un objectif; le cas échéant, énumérez les objectifs en ordre de priorité (p. ex. objectifs primaires et secondaires).

Méthode d'engagement :

Décrivez le processus par lequel vous comptez solliciter la participation des intervenants. Pourquoi cette méthode est-elle recommandée?

Résultats :

Décrivez le ou les résultats escomptés de vos activités de participation communautaire. Si vous prévoyez plus d'un résultat, énumérez-les en ordre de priorité (p. ex. résultats primaires et secondaires).

Extrants/éléments livrables :

Quels produits ou documents résulteront de cette activité de participation communautaire (p. ex. publication d'un rapport, affichage des résultats sur le site Web, transcription des notes de l'activité, etc.)?

Évaluation :

Évaluation des résultats :

Quels sont vos facteurs de réussite? Comment évaluerez-vous la réussite?

Évaluation du processus :

Quels sont vos facteurs de réussite? Comment évaluerez-vous la réussite?

Évaluation de l'incidence :

Quels sont vos facteurs de réussite? Comment évaluerez-vous la réussite?

Logistique :

3.4. Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire des RLISS – grand projet

Ce plan est un document de travail pour les projets comportant un volet important ou complexe de participation communautaire. Il détaille le processus d'engagement des intervenants identifiés dans la feuille de travail pour l'évaluation des intervenants, approuvée par l'équipe de direction du RLISS ou par le directeur et porte-parole du projet.

Titre du projet :

Date :

Version :

Auteur principal :

Description du projet :

Donnez un bref aperçu du projet principal ou de la décision principale que ce plan de participation communautaire vise à appuyer. Veuillez fournir

suffisamment de détails pour permettre à une personne qui ne connaît pas le projet de disposer de l'information nécessaire pour en comprendre le contexte.

But :

Quel est le but principal des activités de participation communautaire menées dans le cadre de ce projet? Quel en est le résultat escompté?

Calendrier :

Précisez à quel moment les activités de participation communautaire auront lieu dans le contexte des dates repères du projet.

Éléments livrables détaillés	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
<i>Précisez l'élément livrable</i>												

Objectif de haut niveau de la participation communautaire :

Décrivez ce que vous espérez atteindre ou réaliser en menant cette activité de participation communautaire. Vous pouvez avoir plus d'un objectif; le cas échéant, énumérez les objectifs en ordre de priorité (p. ex. objectifs primaires et secondaires).

Si le présent plan prévoit plusieurs intervenants communautaires, l'objectif est-il le même pour tous? Si l'objectif varie selon l'intervenant, en quoi les objectifs diffèrent-ils, et pourquoi? Inscrivez les objectifs ci-dessous en regard des intervenants auxquels ils sont associés.

Objectifs	Intervenant	Intervenant	Intervenant
<i>Indiquez les objectifs ici</i>	<i>Nommez les intervenants et précisez leurs intérêts</i>	<i>Nommez les intervenants et précisez leurs intérêts</i>	<i>Nommez les intervenants et précisez leurs intérêts</i>

Extrant de haut niveau :

Quel produit ou document résultera de l'activité de participation communautaire?

Résultat de haut niveau :

Décrivez le résultat final escompté de cette activité de participation communautaire. Vous pouvez prévoir plus d'un résultat; le cas échéant, énumérez les résultats en ordre de priorité (p. ex. résultats primaires et secondaires).

Si le présent plan prévoit plusieurs intervenants communautaires, le résultat sera-t-il le même pour tous? Si le résultat varie selon l'intervenant, en quoi les résultats diffèrent-ils, et pourquoi? Inscrivez les résultats en regard des intervenants auxquels ils sont associés.

Identification des intervenants :

La feuille de travail pour l'évaluation des intervenants capte l'évaluation initiale par le personnel des intervenants intéressés par le projet, la décision ou le plan proposé.

Il importe de s'assurer que l'évaluation réalisée par le personnel est exacte, en particulier lorsqu'on a indiqué sur la feuille de travail que l'incidence des résultats, l'influence sur les résultats, le niveau d'intérêt ou de participation, ou les contributions possibles de l'intervenant sont « inconnus ».

Le cas échéant, il peut être nécessaire d'approfondir les recherches, par exemple en menant une consultation de portée restreinte auprès de la communauté d'intervenants, dans le but de mieux comprendre ses enjeux, ses préoccupations ou sa capacité de contribuer à la réussite du projet. Cet exercice peut aussi permettre d'identifier, parmi les intervenants, des « champions » qui peuvent faciliter l'engagement des membres de leur communauté.

Intervenant / communauté d'intervenants :***Personne-ressource principale :******Taille de la communauté d'intervenants :***

Combien de personnes cette communauté d'intervenants compte-t-elle environ?

Préoccupations, possibilités et enjeux principaux :

Quel est, d'après vous, le principal domaine d'intérêt dont la participation communautaire doit faire l'objet?

Contributions possibles :

En quoi les intervenants peuvent-ils contribuer au projet? (P. ex., définir l'enjeu, fournir des données, établir les critères décisionnels, élaborer des options, évaluer les options, faire des recommandations.)

Objectif, extrant et résultat de la participation communautaire :

Décrivez le principal objectif de l'engagement de ces intervenants. Quel en sera l'extrait spécifique? Comment sera-t-il utilisé pour l'élaboration du projet, la planification ou la prise de décisions? Comment le fera-t-on connaître aux participants?

Étape du projet :

À quelle étape du calendrier de mise en œuvre du projet l'engagement des intervenants aura-t-il lieu? (Élaboration, exécution, évaluation; préciser les dates.)

Méthode d'engagement :

Décrivez la méthode par laquelle vous comptez engager les intervenants. Pourquoi avoir choisi ce processus?

Logistique :

Date, heure, lieu.

Évaluation :

Comment évaluez-vous la réussite de vos activités d'engagement? L'évaluation doit mesurer la réussite en fonction des facteurs de réussite établis en ce qui a trait au processus, aux résultats et à l'incidence de la participation communautaire.

Les mesures du processus permettent de déterminer si l'on a utilisé les méthodes les plus appropriées pour solliciter la participation de la communauté d'intervenants.

Les mesures des résultats permettent de déterminer si l'activité d'engagement a produit les résultats escomptés.

Les mesures de l'incidence permettent de déterminer en quoi les extrants de l'activité d'engagement ont contribué aux résultats finals. (Comment les intervenants qui ont contribué au processus se verront pris en compte dans le plan du projet ou la décision finale?)

Intervenant	Méthode d'engagement	Objectif	Mesures du processus <i>Quels sont les facteurs de réussite?</i>	Évaluation du processus <i>Comment évaluez-vous la réussite?</i>	Mesures des résultats <i>Quels sont les facteurs de réussite?</i>	Évaluation des résultats <i>Comment évaluez-vous la réussite?</i>	Mesures de l'incidence <i>Quels sont les facteurs de réussite?</i>	Évaluation de l'incidence <i>Comment évaluez-vous la réussite?</i>

3.5. Indicateurs de mesure du rendement des activités de participation communautaire des RLISS

Voici une liste d'indicateurs dont chaque RLISS rendra compte tous les ans, dans son rapport annuel, tant sur le site Web du ministère que sur celui du RLISS.

1. Le RLISS établit une stratégie annuelle de participation communautaire (une méthode ou une série d'activités visant un but ou un résultat précis) d'après la Feuille de travail sur la stratégie annuelle de participation communautaire, la diffuse publiquement et la révisé chaque année.

Exigences :

- *La stratégie peut constituer un document autonome ou peut être intégrée au plan annuel de communications du RLISS.*
 - *La stratégie est alignée sur les priorités du Plan d'intégration des services de santé.*
 - *La stratégie annuelle de participation communautaire du RLISS est affichée bien en vue sur son site Web (c.-à-d. qu'un lien permettant d'y accéder se trouve sur la page d'accueil). Le RLISS veille à ce que le document soit fourni en format adapté aux membres du public qui le demandent, conformément à sa politique d'accessibilité pour les services à la clientèle.*
 - *Un processus annuel d'examen interne est clairement défini et documenté, pour permettre l'évaluation et l'amélioration de la stratégie.*
 - *Le RLISS rend compte du rendement par rapport aux prévisions dans son rapport annuel.*
2. Le RLISS se réfère aux lignes directrices sur la participation communautaire pour guider la planification des projets et la prise de décisions.

Considérations connexes :

- *Les lignes directrices sur la participation communautaire, et les modèles de documents qui s'y rattachent, sont conçus pour permettre l'adoption d'une vision uniforme de la participation communautaire par les RLISS, à des fins de planification et de documentation.*
3. L'évaluation par les participants doit faire partie de tous les plans de participation communautaire, et doit être prise en considération pour la formulation des plans ultérieurs.

Considérations connexes :

- *L'évaluation par les participants des processus de participation communautaire s'entend de la possibilité pour les participants de faire des observations sur :*
 - i. l'adéquation de la méthode d'engagement (par rapport aux objectifs énoncés de la séance/réunion);*
 - ii. leur satisfaction à l'égard de la méthode d'engagement, le lieu, la date et l'heure de la séance, etc.;*
 - iii. d'éventuelles façons d'améliorer ces aspects du processus.*

- *L'évaluation par les participants a pour but d'assurer une rétroaction au RLISS sur la méthode ou le processus choisi de participation communautaire.*
 - *Le processus d'évaluation est-il documenté, et fait-on un suivi en vue d'améliorer les activités d'engagement ultérieures?*
4. Chaque RLISS forme un comité d'évaluation comptant des évaluateurs externes, auquel il soumet ses modèles de participation communautaire, dûment remplis, au moins une fois par cycle de planification de trois ans. Un comité existant qui compte des membres n'appartenant pas au RLISS peut être mis à contribution, ou on peut former un comité spécial strictement à cette fin.

Considérations connexes :

- *On évalue les modèles de participation communautaire dûment remplis d'après les lignes directrices sur la participation communautaire fournies et mises à jour par le réseau de participation communautaire des RLISS, en consultation avec le ministère, afin d'en assurer la conformité avec les lignes directrices, les principes et les meilleures pratiques.*
 - *Bien qu'il appartienne au RLISS de décider de la taille et de la composition du comité, celui-ci devrait être représentatif de la diversité particulière de la communauté servie et compter un nombre équitable de membres représentant le RLISS et de membres n'appartenant pas au RLISS. Ces derniers sont des personnes qui ne font partie ni du personnel ni du conseil d'administration du RLISS.*
 - *Il peut s'agir d'un comité spécial (formé à cette seule fin pour une durée limitée); le RLISS peut aussi demander le concours d'un comité existant dont la composition satisfait aux exigences de diversité et de représentativité.*
5. Le RLISS peut démontrer de quelle manière les résultats de la participation communautaire ont été présentés aux décideurs du RLISS, notamment au conseil d'administration, pour guider la planification, l'affectation du financement et les processus décisionnels. Les résultats de la participation communautaire peuvent faire l'objet d'un rapport d'ensemble, s'il y a lieu.

Considérations connexes :

- *Les RLISS élaboreront un processus de rétroaction pour permettre de communiquer les résultats des activités de participation communautaire à leurs décideurs, notamment aux conseils d'administration.*
- *Le RLISS peut produire des documents indiquant où et quand les résultats des activités de participation communautaire ont été communiqués aux décideurs.*

4. Stratégies et meilleures pratiques de participation communautaire

La liste qui suit propose des stratégies d'engagement convenant à différents niveaux de participation communautaire.

4.1. But : Éduquer et informer

- **Site Web ou autres outils Web :**
 - joindre les personnes qui n'assistent pas aux réunions;
 - créer un référentiel d'information disponible en tout temps à quiconque a accès à Internet;
 - joindre les résidents d'une vaste zone géographique.
- **Offrir un point central d'information :**
 - désigner une personne pour répondre aux demandes de renseignements sur le projet;
 - fournir aux personnes intéressées un point d'accès fiable pour obtenir de l'information ou des réponses à leurs questions.
- **Séances d'information :**
 - présentations à l'intention de groupes organisés, pour les conscientiser, leur communiquer de l'information, répondre à leurs questions et susciter de l'intérêt envers la participation communautaire;
 - stratégie utile au début du processus pour sensibiliser les intervenants, établir un rapport avec eux et gagner leur confiance.
- **Feuilles de renseignements, rapports d'étape, bulletins, mises à jour par courriel.**
- **Journées portes ouvertes**
- **Foires et événements**
- **Kiosques ou points d'information :**
 - par exemple dans les bibliothèques, dans les centres commerciaux et à d'autres endroits d'accès facile pour les membres de la communauté;
 - assurer un accès aux documents d'information générale sur le projet, et assurer la disponibilité de ressources documentaires sur le projet pour les personnes intéressées.

4.2. But : Consulter

- **Inviter les commentaires du public :**
 - fiches de commentaires, invitations à écrire.
- **Groupes de travail**

- **Méthode Delphi :**
 - les participants remplissent un questionnaire ou répondent à un sondage, on totalise leurs réponses et on remet le résultat totalisé aux participants, qui peuvent ajouter des réponses ou modifier leurs réponses antérieures;
 - on répète le processus jusqu'à ce que les nouvelles interventions ne produisent plus de changements significatifs;
 - permet de parvenir à une entente sans qu'il soit nécessaire de se réunir en personne.

- **Sondages :**
 - en ligne, questionnaire papier ou autre.

- **Assemblées publiques et colloques :**
 - notamment pour présenter les faits et préciser pour quels aspects du projet ou quelles décisions on peut solliciter la participation du public.

- **Registre de commentaires :**
 - des participants choisis au hasard reçoivent des documents d'information dans lesquels on leur demande de soumettre leurs commentaires dans un délai et par un moyen précis (p. ex. par téléphone dans un délai d'une semaine);
 - méthode pouvant servir à recruter des personnes qui seraient éventuellement intéressées à participer plus activement à un projet.

- **Entrevues :**
 - exigeraient une marche à suivre bien établie et planifiée pour assurer l'uniformité du processus.

4.3. **But : Faire participer**

- **Ateliers :**
 - où les participants travaillent en petits groupes à des tâches définies.

- **Processus assisté par ordinateur :**
 - p. ex. logiciel d'aide Expert Choice Decision.

- **Groupes de discussion de type « World Café »**

- **Réunions de type champ libre :**
 - les participants établissent leur propre ordre du jour et forment des groupes de discussion sur des thèmes précis.

- **Conversations ciblées :**
 - permettant à un groupe de participer à une discussion structurée sur des thèmes précis;
 - pouvant servir à examiner des points éventuellement litigieux;
 - les conversations suivent quatre étapes :
 - discussion objective (examen des faits);
 - discussion réfléchie (examen des réactions émotionnelles);
 - discussion interprétative (examen de la signification);
 - discussion décisionnelle (examen des éventuelles mesures à prendre).

4.4. But : Collaborer

- **Comités consultatifs**
- **Activités de concertation :**
 - examen d'options ou de solutions en vue de trouver un terrain d'entente ou de parvenir à un consensus.
- **Forums délibératifs :**
 - rassemblements visant à permettre aux participants de faire des choix à propos de questions difficiles et complexes auxquelles les éventuelles solutions sont très incertaines et qui risquent de polariser les opinions;
 - le but des forums délibératifs est de trouver un terrain d'entente pour les mesures à prendre;
 - il est important de recourir à un modérateur spécialement formé pour utiliser cette technique.
- **Scrutin délibératif :**
 - démarche structurée visant à mesurer l'opinion éclairée sur un sujet particulier;
 - processus requérant un groupe-échantillon statistiquement valide et prévoyant la présentation d'information qui permet aux participants de formuler une opinion éclairée;
 - les participants discutent en groupe, puis votent sur les questions qui leur sont soumises.

4.5. But : Habilitier

- **Jury des citoyens :**
 - un groupe représentatif est formé pour examiner des faits et l'information pertinente qui s'y rapporte, dans le but d'arriver à une décision.
- **Vote au scrutin :**
 - différentes options sont mises au vote, les résultats étant exécutoires.
- **Prise de décision déléguée :**
 - le pouvoir décisionnel définitif menant à la prise de mesures est délégué à un comité (spécial ou permanent) ou à un autre groupe organisé (groupe de travail ou équipe de projet).

5. Annexes (telles qu'approuvées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée)

5.1. Annexe A – Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants

Intervenant	Niveau d'incidence des résultats et rapport avec le projet Nul*, faible, moyen, élevé, inconnu Positif? Négatif?	Niveau d'influence sur les résultats Nul*, faible, moyen, élevé, inconnu	Niveau d'intérêt ou de préoccupation Nul*, faible, moyen, élevé, inconnu	Question présentant le plus d'intérêt ou de possibilité pour l'intervenant	Contributions possibles de l'intervenant Aider à définir l'enjeu? Fournir des données? Aider à établir les critères décisionnels? Aider à définir les options? Aider à évaluer les options? Faire des recommandations ou prendre des décisions?	Niveau de participation recommandé Éduquer/informer (fournir de l'information équilibrée et objective pour aider à comprendre le problème, les options, les possibilités ou les solutions) Consulter (obtenir des avis sur l'analyse, les options ou les décisions) Faire participer (travailler directement avec les intervenants pendant la durée du projet pour veiller à ce que leurs préoccupations et aspirations soient bien comprises et prises en compte) Collaborer (travailler en partenariat durant le processus de décision, y compris pour formuler des options et déterminer les solutions privilégiées) Habiliter (pour permettre la prise de décision finale)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

7.						

*Nota : « nul » peut quand même mener à un plan d'éducation des communautés relativement au but du projet et quant aux façons dont ces dernières seront touchées par les résultats.
Le contenu des présentes se fonde sur les meilleurs renseignements disponibles au moment de la planification.

5.2. Annexe B – (modèle) Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants

Intervenant sans ordre particulier	Niveau d'incidence des résultats et rapport avec le projet Nul*, faible, moyen, élevé, inconnu Positif? Négatif?	Niveau d'influence sur les résultats Nul*, faible, moyen, élevé, inconnu	Niveau d'intérêt ou de préoccupation Nul*, faible, moyen, élevé, inconnu	Question présentant le plus d'intérêt ou de possibilité pour l'intervenant	Contributions possibles de l'intervenant Aider à définir l'enjeu? Fournir des données? Aider à établir les critères décisionnels? Aider à définir les options? Aider à évaluer les options? Faire des recommandations ou prendre des décisions?	Niveau de participation recommandé Éduquer/informer (fournir de l'information équilibrée et objective pour aider à comprendre le problème, les options, les possibilités ou les solutions) i Consulter (obtenir des avis sur l'analyse, les options ou les décisions) Faire participer (veiller directement, pendant la durée du projet, à ce que les préoccupations et aspirations des intervenants soient bien comprises et prises en compte) Collaborer (travailler en partenariat durant le processus de décision, y compris pour formuler des options et déterminer les solutions privilégiées) Habiliter (pour permettre la prise de décision finale)
1. Hôpitaux locaux	Moyen à élevé, selon l'hôpital, le projet pouvant entraîner un réaménagement des services. L'incidence sera variable – positive pour certains et négative pour d'autres.	Inconnu à l'heure actuelle	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation relative à la possibilité que les services, le personnel et le nombre de lits actuels changent. • Possibilité d'améliorer les services et les résultats cliniques pour les victimes d'AVC. 	Fournir des données. Aider à formuler ou à évaluer des options.	Au moins faire participer; idéalement collaborer

2. Centre régional de soins de l'AVC	Élevé – les résultats de ce projet pourraient entraîner une reconception du modèle de prestation des services. À court terme, les changements pourraient être perçus négativement mais l'amélioration des résultats cliniques sera positive.	Moyen à élevé	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation relative aux retombées de cet examen sur le modèle actuel de prestation des services. • Possibilité d'améliorer les services et les résultats cliniques pour les victimes d'AVC. 	Fournir des données. Élaborer des critères décisionnels et des options représentatives des meilleures pratiques de soins de l'AVC en milieu hospitalier.	Au moins faire participer; idéalement collaborer
3. CASC	Moyen à élevé – les résultats de ce projet pourraient entraîner une reconception du modèle de prestation des services communautaires liés aux soins de l'AVC. À court terme, les changements pourraient être perçus négativement mais l'amélioration des résultats cliniques sera positive.	Inconnu à l'heure actuelle	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation relative aux répercussions de cet examen sur le modèle actuel de prestation des services. • Possibilité d'améliorer les services et les résultats cliniques pour les bénéficiaires de soins de l'AVC. 	Fournir des données. Élaborer des critères décisionnels et des options représentatives des meilleures pratiques de soins de l'AVC en milieu communautaire.	Au moins faire participer; idéalement collaborer
4. Bénéficiaires de soins de l'AVC	Élevé – le but d'ensemble du projet est de réduire les taux de mortalité et de réadmission dans les 30 jours chez les personnes ayant subi un AVC. Les changements apportés auront une incidence positive sur les résultats cliniques.	Faible	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation relative aux écarts par rapport au modèle familial et à l'éventualité que le but de l'examen soit de réduire les coûts et les services plutôt que d'améliorer les résultats pour les patients. • Possibilité de bénéficier d'un modèle amélioré de prestation de services, avec pour résultat une réduction des taux de mortalité et de réadmission dans les 30 jours. 	Aider à définir les enjeux ou les préoccupations du point de vue des patients; donner un aperçu de l'expérience vécue par les survivants de l'AVC.	Éduquer/informer/consulter

5. Fournisseurs de SMU	Moyen à élevé – les résultats de ce projet peuvent avoir une incidence sur les horaires, l'établissement des priorités et les délais de prestation des services. La perception sera négative si les changements apportés ont pour résultat d'augmenter le fardeau financier ou la charge de services de ces fournisseurs.	Élevé – les SMU ne sont pas financés par les RLISS; la coopération des intervenants est donc probablement un facteur clé pour réussir la révision du modèle de prestation des services.	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> Préoccupation relative à l'incidence possible d'un nouveau modèle de prestation de services sur l'aptitude des intervenants à assurer les services avec leur budget et leur effectif actuels. 	Aider à définir les enjeux ou les sujets de préoccupation du point de vue des fournisseurs de SMU; donner un aperçu des limites des changements proposés et de leur incidence sur l'aptitude des intervenants à fournir les services nécessaires.	Au moins faire participer; idéalement collaborer
6. Conseils municipaux	Moyen à élevé – les services médicaux d'urgence sont financés par les municipalités, et la perception de changements proposés aux services hospitaliers ou communautaires pourrait être négative.	Élevé – les SMU sont financés par les budgets municipaux.	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> Préoccupation relative aux écarts par rapport au modèle familial et à l'éventualité que le but de l'examen soit de réduire les coûts et les services plutôt que d'améliorer les résultats pour les patients. Préoccupation relative à l'incidence possible d'un nouveau modèle de prestation de services sur l'aptitude des intervenants à assurer les services avec leur budget et leur effectif actuels. Possibilité pour les communautés de bénéficier d'un modèle amélioré de prestation de services, avec pour résultat une réduction des taux de mortalité et de réadmission dans les 30 jours. 	Aider à définir les enjeux ou les sujets de préoccupation du point de vue des élus municipaux; donner un aperçu des limites des changements proposés et de leur incidence sur les résidents des communautés visées.	Éduquer/informer/consulter
7. Médecins	Moyen à élevé – les intervenants sont susceptibles de prévoir des répercussions positives et négatives sur leur communauté de praticiens.	Élevé	Élevé	<ul style="list-style-type: none"> Préoccupation à savoir comment les changements proposés permettront d'améliorer les résultats cliniques. Préoccupation relative à l'incidence des changements 	Aider à définir les enjeux ou les sujets de préoccupation du point de vue des médecins; donner un aperçu de leur vision des meilleures pratiques et de la gestion des soins aux patients.	7. Médecins

				proposés sur l'interaction entre les intervenants et les patients (privilèges, distance jusqu'au centre de traitement, etc.).		
--	--	--	--	---	--	--

*Nota : « nul » peut quand même mener à un plan d'éducation des communautés relativement au but du projet et quant aux façons dont ces dernières seront touchées par les résultats. Le contenu des présentes se fonde sur les meilleurs renseignements disponibles au moment de la planification.

5.3. Annexe C – (modèle) Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire des RLISS – petit projet

*Cette feuille de travail se veut un complément de la **Feuille de travail pour l'évaluation des intervenants** en vue de la planification des activités de participation communautaire. Pour les projets complexes ou de grande envergure, reportez-vous à la **Feuille de travail pour la planification des activités de participation communautaire – grand projet**.*

Titre du projet : Examen des soins de santé en milieu rural

Activité de participation communautaire : Discussion avec les résidents des zones rurales

Date, heure et lieu proposés : Le 5 mars 2009, de 19 h à 21 h, Lion's Hall, Elmira, ON

Description du projet

Donnez un bref aperçu du projet principal ou de la décision principale que ce plan de participation communautaire vise à appuyer. Veuillez fournir suffisamment de détails pour permettre à une personne qui ne connaît pas le projet de disposer de l'information nécessaire pour en comprendre le contexte.

Dans le cadre de l'examen général des services cliniques relevant du RLISS de Waterloo Wellington, un groupe de travail sur les soins de santé en milieu rural a été formé à titre de sous-comité chargé d'informer et de conseiller le comité directeur de l'optimisation des soins cliniques du RLISS de Waterloo Wellington.

Le mandat du groupe de travail est d'examiner les soins de santé offerts en milieu rural dans la région de Waterloo Wellington, dans le but de formuler et de recommander une vision d'ensemble de la prestation des services de santé en milieu rural. Le groupe de travail est composé de personnes qui apportent des perspectives diverses au processus, et sert de tribune de discussion sur les problèmes particuliers rencontrés par les résidents des zones rurales en ce qui a trait à la prestation des services de santé. Le but du groupe de travail est de formuler l'ébauche d'un plan de soins pour les zones rurales, lequel guidera les activités de planification d'ensemble du RLISS et ses investissements dans le financement des soins de santé.

But :

Pourquoi menez-vous cette activité de participation communautaire?

Pour consulter les résidents des zones rurales, les informer de l'état actuel de la prestation des services de santé en milieu rural et les engager dans une exploration d'idées sur la prestation de ces services à l'avenir.

Cette activité d'engagement vise à répondre aux besoins du groupe de travail en matière d'information. Il s'agit d'un exercice de cadrage préliminaire qui donnera un meilleur aperçu de la vision de la collectivité à l'égard des soins de santé en milieu rural.

Alignement sur le Plan d'intégration des services de santé :

Décrivez en quoi cette activité de participation communautaire contribue à la mise en œuvre du Plan d'intégration des services de santé du RLISS.

Cette activité appuiera l'application du Plan d'intégration des services de santé de 2010 à 2013 en contribuant à l'élaboration d'un plan de soins de santé en milieu rural qui guidera l'élaboration des stratégies et des plans d'action du RLISS de Waterloo Wellington en vue d'améliorer l'accès aux soins primaires.

Objectifs :

Décrivez ce que vous espérez atteindre ou réaliser en menant cette activité de participation communautaire. Vous pouvez avoir plus d'un objectif; le cas échéant, énumérez les objectifs en ordre de priorité (p. ex. objectifs primaires et secondaires).

1. Présenter un aperçu général de la situation actuelle du point de vue du RLISS de Waterloo Wellington et des fournisseurs de services des zones rurales.
2. Tenir un dialogue facilité avec les résidents des zones rurales.

Méthode d'engagement :

Décrivez le processus par lequel vous comptez solliciter la participation des intervenants. Pourquoi cette méthode est-elle recommandée?

Une séance d'information sera suivie d'une discussion facilitée en petits groupes.

Nous préconisons une séance d'information pour permettre aux résidents des zones rurales de comprendre le fonctionnement de base des soins locaux en milieu rural, pour répondre à leurs questions et préoccupations, et pour dissiper les malentendus.

En tenant une discussion facilitée avec une même liste brève de questions pour tous les groupes, on fait en sorte que la discussion demeure centrée sur les sujets d'intérêt pour les participants et que les limites de temps soient respectées. Le fait de diviser les participants en petits groupes contribue à les mettre à l'aise et les encourage à donner leur point de vue. Le facilitateur peut recourir à l'interrogation appréciative de manière à encourager les participants à approfondir la discussion, en séance plénière, afin d'explorer en plus de détail les concepts, les idées ou les questions avancés par les participants.

Résultats :

Décrivez le ou les résultats escomptés de vos activités de participation communautaire. Si vous prévoyez plus d'un résultat, énumérez-les en ordre de priorité (p. ex. résultats primaires et secondaires).

1. Les participants à la séance comprennent mieux l'état actuel des services de santé offerts en milieu rural, et les différences entre la prestation de services de santé en zone rurale et en zone urbaine.
2. Les participants à la séance comprennent mieux la nécessité de voir différemment la façon dont les services sont dispensés et la façon dont les bénéficiaires y ont accès.
3. Compte tenu du contexte, les participants définissent leurs préoccupations et leur vision idéale de la prestation des services de santé pour l'avenir.

Extrants/éléments livrables :

Quels produits ou documents résulteront de cette activité de participation communautaire?

1. Les observations des participants à la séance seront recueillies, groupées par thème et soumises à l'examen du groupe de travail sur les soins de santé en milieu rural.
2. On formulera une série de questions et de réponses pour l'afficher sur le site Web du RLISS de Waterloo Wellington.

Évaluation :

Évaluation des résultats :

Quels sont vos facteurs de réussite? Comment évalueriez-vous la réussite?

Facteurs de réussite :

1. Les participants comprennent mieux les enjeux liés à la prestation des services de santé en milieu rural.
2. Les participants comprennent mieux l'état actuel de la prestation des services de santé en milieu rural.
3. Les participants peuvent relater leur expérience, faire des commentaires et entendre ceux des autres.
4. Les participants définissent activement leurs préoccupations et leur vision idéale de la prestation des services de santé pour l'avenir.

Méthode : Sondage par courriel

On demandera aux participants à la séance de fournir leur adresse électronique, s'ils le veulent, au moment de s'inscrire et de prendre possession de leur trousse d'information. Le lendemain de la séance, on leur enverra par courriel un lien menant au sondage en ligne. Ce sondage sera combiné au sondage d'évaluation du processus.

Évaluation du processus :

Quels sont vos facteurs de réussite? Comment évalueriez-vous la réussite?

Facteurs de réussite :

1. Les participants se disent satisfaits de l'organisation de la séance (c.-à-d. que l'heure, le lieu et la méthode de présentation de l'information ont favorisé la participation).

Méthode : Sondage par courriel

On demandera aux participants à la séance de fournir leur adresse électronique, s'ils le veulent, au moment de s'inscrire et de prendre possession de leur trousse d'information. Le lendemain de la séance, on leur enverra par courriel un lien menant au sondage en ligne. Ce sondage sera combiné au sondage d'évaluation des résultats.

Évaluation de l'incidence : *Quels sont vos facteurs de réussite? Comment évalueriez-vous la réussite?*

1. Le groupe de travail peut démontrer où et comment les observations des participants ont été utilisées durant l'élaboration du plan de soins de santé en milieu rural.

Logistique :

1. Lion's Hall, Elmira (réservation confirmée).
2. Matériel audiovisuel requis (chaîne audio – sous-traitance, réservée; écran – sur place; projecteur – RLISS, ordinateur portable – RLISS).
3. Services d'accueil de base (réservation confirmée).
4. Sièges en disposition de style théâtre; tables pour l'inscription, les preneurs de notes et les conférenciers; podium (mise en place par le personnel du RLISS).
5. Conférenciers – chef de la direction du RLISS de Waterloo Wellington, Centre de santé communautaire Woolwich, Groves Memorial Hospital – confirmés.
6. Exposé requis pour le chef de la direction du RLISS; les deux autres conférenciers présentent leur propre exposé.

Le matériel du CNFS pour l'offre active des services de santé en français

Le Consortium national de formation en santé (CNFS) est fier de présenter son matériel de formation et de sensibilisation à l'offre active des services de santé en français produit grâce au financement de Santé Canada. Ces outils ont été créés tant pour les étudiants inscrits dans les programmes postsecondaires en santé, leurs enseignants et superviseurs de stages, que pour les professionnels de la santé et les gestionnaires d'établissements de santé et tous intervenants dans le domaine. Ce matériel vise à outiller les étudiants et les professionnels du milieu de la santé afin qu'ils soient en mesure, avec **conviction et confiance**, d'intervenir, d'appuyer et de bonifier les services de santé en français offerts dans leur milieu de travail au sein des communautés francophones minoritaires.

Le matériel produit à ce jour comprend les outils suivants, tous disponibles sur le site Internet du CNFS au www.cnfs.net sous les onglets [Publications](#) et [Vidéos](#) :

- un *Cadre de référence pour la formation à l'offre active des services de santé en français* (en français et anglais);
- un *Cahier de réflexion et d'accompagnement des vidéos témoignages* (en français seulement);
- seize vidéos témoignages de patients francophones et leur famille qui ont vécu des situations éprouvantes dans des établissements de santé de diverses provinces canadiennes, intitulées **Quand la santé c'est aussi la langue** et **My health, my language** ; et deux vidéos promotionnelles produites à partir de ces témoignages, en français et en version anglaise sous-titrée.

La Boîte à outils sur l'offre active du CNFS

Cet outil complet et interactif sera disponible en ligne dès septembre 2013.



Dans le but d'offrir avec confiance et conviction des services de santé en français de qualité, le professionnel de la santé doit être **informé** et **outillé**. À cet égard, la **Boîte à outils sur l'offre active** du CNFS poursuit deux objectifs : 1) **sensibiliser** les professionnels de la santé à l'**importance** de la langue en santé et à la **portée** de leur rôle, et 2) les **outiller** afin qu'ils intègrent l'offre active à leur pratique et s'engagent à prodiguer, aux populations francophones vivant en situation minoritaire, des soins de santé de qualité, sécuritaires, éthiques et équitables. Dynamiques et accessibles, les contenus qui seront présentés dans la boîte feront état de la littérature et mettront au premier plan la perspective des acteurs du milieu de la santé, par le biais d'une variété d'outils, dont des études de cas et des vidéos.

Le CNFS est un regroupement pancanadien de 11 institutions d'enseignement universitaire et collégial, de six partenaires régionaux et d'un Secrétariat national. Les institutions membres offrent des programmes d'études en français dans diverses disciplines de la santé; les partenaires régionaux contribuent à améliorer la promotion et l'accès à ces programmes de formation en santé; et le Secrétariat national joue un rôle de coordination et de leadership. Cette alliance exceptionnelle contribue à améliorer l'offre des services de santé en français dans les communautés francophones minoritaires par la formation de professionnels de la santé francophones et de la recherche qui s'y rattache.

Pour plus d'information sur tous ces outils et autres publications du CNFS, consultez le site

www.cnfs.net

L'offre active des services de santé en français

Fiche de renseignements pour l'employeur

Qu'est-ce que l'offre active des services en français (SEF)?

L'offre active est présente lorsque ...

les membres de la communauté francophone sont **informés** qu'il existe des services disponibles en français, qu'ils y ont **accès** et qu'ils sont **satisfaits** de la qualité de ces derniers.¹

Des services en français **de qualité** sont « offerts activement » lorsque les éléments suivants sont présents:²

- ☑ une approche fondée sur le « client » ou le « service »;
- ☑ des membres du personnel bien informés et formés qui comprennent tout à fait leurs responsabilités organisationnelles et individuelles par rapport aux SEF;
- ☑ une volonté, au besoin, de satisfaire aux exigences en matière de SEF et de répondre aux besoins de la communauté francophone en adoptant des solutions de rechange et des approches novatrices;
- ☑ des occasions de planification.

Comment l'offre active des SEF s'intègre dans le système de santé?

Les fournisseurs de services de santé locaux qui sont identifiés ou désignés en vertu de la *Loi sur les services en français*³ pour offrir des SEF, sont encouragés à être proactifs dans l'établissement et la prestation de services en français, **plutôt que d'attendre que le public en demande**. En tant qu'organisme de la couronne, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) doivent également assurer des SEF en utilisant l'approche d'offre active.

Comme le précise le commissaire aux services en français – François Boileau – dans son *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario, 2009* : « Il a été démontré à plusieurs reprises qu'une offre active de services a un impact considérable sur la demande des services. Plus on offre un service, plus il y aura une demande par la suite. Cela s'applique tout autant dans le domaine de la santé. »

Comment promouvoir l'offre active des SEF?

- ☑ Éduquer le personnel et les cadres sur la *Loi sur les services en français* et les exigences liées aux SEF telles qu'elles sont précisées dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*⁴.
- ☑ Présenter des indices visuels dans l'environnement de service pour informer le public des services qui sont disponibles en français (p. ex. des enseignes, porte-noms, etc.).
- ☑ Offrir les services simultanément en français et en anglais (p. ex. au téléphone, à la réception, à l'admission, par écrit, etc.).
- ☑ Créer des mécanismes permettant au personnel non bilingue de traiter les demandes de services en français – en personne ou au téléphone.
- ☑ Identifier et évaluer le personnel bilingue ainsi que les ressources nécessaires pour assurer une offre active des SEF (p. ex. l'évaluation des compétences en français et la formation linguistique, des outils de référence bilingues, etc.).
- ☑ Mettre en œuvre un mécanisme pour identifier les clients francophones afin de faciliter l'évaluation de leurs besoins et leur jumelage avec du personnel bilingue.
- ☑ Inclure la communauté francophone comme partenaire actif dans la conception de programmes et services qui répondent aux besoins de la communauté (p. ex. un comité des SEF, des consultations, etc.).
- ☑ Intégrer les SEF dans les plans stratégiques et élaborer des politiques et procédures se rapportant aux SEF (p. ex. des politiques sur les ressources humaines, un mécanisme de résolution de plaintes, etc.).

¹ Tiré du «*OPS Framework for Action: A Modern Ontario Public Service*», 2006 (traduction libre)

² Tiré du «*Practical Guide for the Active Offer of French-language Services in the Ontario Government*», Office des affaires francophones, avril 2008 (traduction libre)

³ http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90f32_f.htm

⁴ http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/french/2009/elaws_src_regs_r09515_f.htm

L'offre active des services de santé en français

Fiche de renseignements pour l'employé

Qu'est-ce que l'offre active des services en français (SEF)?

L'offre active est présente lorsque ...

les membres de la communauté francophone sont **informés** qu'il existe des services disponibles en français, qu'ils y ont **accès** et qu'ils sont **satisfaits** de la qualité de ces derniers. ¹

Comment l'offre active des SEF s'intègre dans le système de santé?

Les fournisseurs de services de santé locaux qui sont identifiés ou désignés en vertu de la *Loi sur les services en français*² pour offrir des SEF, sont encouragés à être proactifs dans l'établissement et la prestation de services en français, **plutôt que d'attendre que le public en demande**.

Comme le précise le commissaire aux services en français – François Boileau – dans son *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario, 2009* : « Il a été démontré à plusieurs reprises qu'une offre active de services a un impact considérable sur la demande des services. Plus on offre un service, plus il y aura une demande par la suite. Cela s'applique tout autant dans le domaine de la santé. »

Comment promouvoir l'offre active des SEF?

- ☑ Lorsque vous offrez des services en **personne**, utilisez une salutation bilingue, comme **Hello, Bonjour**.
- ☑ Si le client/patient répond en français, continuez la conversation en français.
- ☑ Lorsque vous offrez des services au **téléphone**, répondez dans les deux langues. Exemple : **XX Hospital, Bonjour**.
- ☑ Si vous êtes bilingue, votre boîte vocale devrait comprendre un message bilingue, comme **Hello/Bonjour. You have reached XX, please leave a detailed message.... Vous pouvez également laisser votre message en français**.
- ☑ Utilisez un **insigne** ou un **porte-nom** qui identifie clairement que vous parlez français. Ainsi, le client/patient saura qu'il peut communiquer avec vous en français.
- ☑ N'attendez PAS que le client/patient francophone demande ses services en français ou vous adresse la parole en français. Il se peut qu'il soit mal à l'aise de commencer la conversation en français, quelle qu'en soit la raison. Soyez **PROACTIF** en vous présentant comme francophone et en rassurant la personne qu'elle peut vous parler en français.
- ☑ N'ayez PAS honte si vous pensez que votre français « n'est pas assez bon ». Tout effort compte et votre client/patient en sera sûrement reconnaissant. Si vous ne connaissez pas le vocabulaire « technique » en français, ce n'est pas grave. Il y a de fortes chances que votre client/patient ne le connaisse pas non plus!
- ☑ L'offre active des services en français, c'est un **bon service à la clientèle!**

¹ Tiré de "OPS Framework for Action: A Modern Ontario Public Service", 2006 (traduction libre)

² http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90f32_f.htm

Section 3

Mise en œuvre
des services en français

Section 3

Mise en œuvre des services en français

La *Loi sur les services en français* (LSF) garantit au public le droit de recevoir des services en français dans les sièges sociaux et les bureaux centraux des organismes et des ministères du gouvernement de l'Ontario, de même que les bureaux situés dans les régions désignées en vertu de la LSF ou servant la population de ces régions. La Section 7 sur la législation fournit plus de renseignements sur la LSF.

Le gouvernement de l'Ontario a identifié et désigné un nombre de fournisseurs de services de santé. Les **fournisseurs désignés de services de santé** remplissent les critères de désignation⁹ et sont officiellement reconnus par le gouvernement de l'Ontario. Ils offrent des services en français de qualité de manière permanente. Au moment d'imprimer la présente trousse, l'Ontario comptait 222 organismes partiellement et complètement désignés, et de ceux-là, 84 étaient des fournisseurs de services de santé. Dans le RLISS d'Érié St. Clair, deux fournisseurs de soins de santé ont reçu une désignation partielle : Aide à la vie autonome Sud-Ouest de l'Ontario et Centre de soutien communautaire du comté d'Essex. Une liste des fournisseurs désignés de services de santé dans la province se trouve aux pages 241 à 253.

Les **fournisseurs identifiés de services de santé** visent la désignation. Ils planifient et dispensent des services directs de qualité en français. Au moment d'imprimer la présente trousse, on comptait 28 fournisseurs identifiés de services de santé dans le RLISS d'Érié St. Clair et huit dans le RLISS du Sud-Ouest. Une liste des fournisseurs identifiés de services de santé dans les RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest se trouve aux pages 69 et 71.

Pour atteindre ces objectifs, il importe d'élaborer un Plan de mise en œuvre des services en français qui inclut les buts et les mesures à prendre de même que les échéances. Un gabarit se trouve aux pages 71 à 105. Lorsque l'organisme est prêt à recevoir la désignation, il doit remplir le gabarit du Plan de désignation fourni aux pages 109 à 125 et suivre la procédure présentée à la page 129.

Les fournisseurs désignés et identifiés de services de santé doivent également soumettre annuellement un rapport d'étape au RLISS, dont un gabarit est en cours d'élaboration. Il sera versé dans le système SRI (Self-Reporting Initiative) ou fourni par le RLISS. Les ententes de responsabilisation entre les RLISS et les fournisseurs de soins de santé contiennent des exigences détaillées en matière de services en français.

9. Pour être désigné, un organisme doit remplir les conditions suivantes :

- offrir de manière permanente des services en français de qualité
- garantir l'accessibilité de ses services en français
- avoir des francophones au conseil d'administration et dans la direction de l'organisme
- élaborer une politique écrite de services en français adoptée par le conseil d'administration et définissant les responsabilités de l'organisme en matière de services en français

Office des affaires francophones,
www.ofa.gov.on.ca/fr/loi-organismes.html, 15 avril 2013.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) appuie les fournisseurs désignés et identifiés de services de santé dans la prestation de services en français de qualité en leur offrant gratuitement des services de traduction et d'apprentissage du français. Pour de plus amples renseignements, on consultera les Sections 5 et 6.

Principaux domaines de résultats

La mise en œuvre des services en français s'appuie sur quatre principaux domaines de résultats, définis par le MSSLD.

- Connaissance et sensibilisation
- Capacité d'offrir des services en français
- Engagement de la communauté francophone
- Intégration et coordination des services en français

Connaissance et sensibilisation

Pour accroître la connaissance des exigences liées aux services en français, de même que des besoins et des préoccupations des patients et des clients francophones :

- On informera les employés, nouveaux et actuels, ainsi que les membres du conseil d'administration de leurs obligations en vertu de la LSF, en ayant recours aux méthodes suivantes :
 - › réunions du personnel;
 - › trousse d'orientation;
 - › ateliers;
 - › dîners-causeries;
 - › autres.

Pour sensibiliser les patients, les clients et le public aux services en français offerts par le fournisseur de services de santé :

- On demandera aux employés francophones de porter un macaron ou une lanière indiquant qu'ils parlent français;
- On placera des affiches bilingues de bienvenue;
- On affichera des panneaux bilingues de direction;
- On traduira les sites Web, dépliants et autres documents en français;
- On distribuera des cartes professionnelles bilingues aux employés qui parlent français;
- On établira un contact direct avec les francophones pour les informer des services offerts. Il existe différentes stratégies, telles que des présentations, des réunions avec les groupes communautaires, les organismes, les écoles et les fournisseurs de services francophones, de la publicité dans les médias francophones ou des consultations avec la communauté francophone sur les meilleures façons d'atteindre cette population.

Capacité d'offrir des services en français

Pour développer et maintenir la capacité d'offre active et de prestation de services en français de qualité :

- Au niveau du personnel, on comptera un nombre suffisant d'employés bilingues pour offrir des services en français. On formulera un plan et des politiques de ressources humaines en matière de recrutement et d'embauche. On mettra en place des outils et des mécanismes qui aideront les employés à offrir un service à la clientèle et des services cliniques et de communication en français.
- Aux niveaux de la direction et de la gouvernance, on assurera une représentation francophone adéquate au conseil d'administration et dans les équipes de gestion et les comités. On inclura des exigences en matière de représentation francophone dans les règlements et les politiques.
- Aux autres niveaux, on mettra en place les processus nécessaires pour recruter des bénévoles francophones et, le cas échéant, pour assurer les services en français lors de l'achat de services externes (lorsque les services sont assurés par une tierce partie au nom de l'organisme).
- À tous les niveaux, on élaborera une stratégie de recrutement.

Engagement de la communauté francophone

Pour assurer la participation active des francophones aux consultations publiques, aux évaluations des besoins, aux analyses des écarts, à la mise en place de programmes et de services et à la détermination des priorités, les initiatives d'engagement communautaire devraient être :

- planifiées et axées précisément sur les membres de la communauté francophone;
- intégrées dans les stratégies ou les plans d'engagement communautaire.

L'engagement communautaire vise à nouer des liens à long terme avec la communauté francophone en :

- se familiarisant avec la communauté francophone;
- participant à ses activités (p. ex. foire sur la santé);
- la consultant;
- mettant en commun l'information;
- autres.

Intégration et coordination des services en français

Pour améliorer l'intégration et la coordination :

- On améliorera l'intégration des principes de la LSF dans les processus décisionnels en matière de planification stratégique et de politique;
- On tiendra compte des besoins et des préoccupations des patients et des clients francophones lors de la planification et la prestation des services;

- On améliorera la réponse aux besoins et aux préoccupations de la communauté francophone, y compris la réponse des fournisseurs de services de santé aux demandes de services en français;
- On améliorera la collaboration entre organismes à l'intérieur comme à l'extérieur des limites du RLISS afin de fournir des services en français aux patients et aux clients francophones, y compris l'élaboration d'un processus d'aiguillage, de partenariats et d'achats de services.

Mise en œuvre des services en français

La mise en œuvre et la prestation des services en français doit faire partie intégrante des activités quotidiennes et de la culture des fournisseurs de services de santé. Ces derniers doivent examiner leurs règlements, leurs politiques et leurs procédures, leurs stratégies de communication, leur processus de planification et autres pour s'assurer qu'ils favorisent la prestation de services en français.

Règlements

Les règlements adoptés par les organismes doivent être le reflet de l'engagement à l'égard de l'offre active de services en français. Les fournisseurs de services de santé doivent viser une représentation francophone au conseil d'administration d'un francophone pour 10 membres du conseil ou moins; et de deux francophones pour au moins 11 membres du conseil, tel que défini par les lignes directrices du MSSLD.

Politiques

Les politiques et les procédures internes doivent également être le reflet de l'engagement de l'organisme à l'égard des services en français de qualité.

- Les politiques de ressources humaines doivent être révisées pour inclure la désignation de postes, le recrutement, l'embauche, les tests des compétences en français, l'apprentissage du français, etc.
- Les politiques de communication doivent être modifiées pour inclure la traduction des documents, l'affichage, les stratégies d'information, etc.

Planification

Lors de la planification d'un nouveau service ou la fermeture d'un autre, il faut tenir compte de l'impact sur la communauté francophone, ses besoins et ses préoccupations. Comme on le fait avec la population générale, il faut établir un contact avec la communauté francophone pour obtenir ses commentaires.

Il est important de formuler un protocole pour servir les patients et les clients francophones. Le protocole doit s'appuyer sur la détermination de la langue des patients et des clients, être adapté à la capacité de l'organisme d'offrir des services en français, contenir des mesures intérimaires et être révisé régulièrement. Cela peut prendre la forme d'une procédure écrite ou d'un graphique (semblable à une cartographie visuelle).



Offrir un service de qualité équivalente dans une langue officielle comme dans l'autre est une question de professionnalisme, de respect, d'intégrité et de justice sociale. »

Dyane Adam, Bilan national des services au public en français et en anglais : Un changement de culture s'impose, p. 4

L'outil d'auto-évaluation, offert en anglais seulement aux pages 131 à 135, pourrait s'avérer utile.

Qu'en est-il des fournisseurs non identifiés?

Les **fournisseurs non identifiés de services de santé** n'ont aucune obligation organisationnelle en matière de planification et de prestation de services en français. Cependant, tous les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS doivent desservir tous les groupes de population, y compris les francophones, de façon culturellement compétente et répondre à leurs besoins. Aussi, dans le cadre de toutes les ententes de responsabilisation avec le RLISS, les fournisseurs non identifiés de services de santé doivent soumettre un rapport au RLISS soulignant la façon dont ils ont répondu aux besoins de la communauté francophone locale.

Voici quelques questions qu'on doit se poser lorsqu'on répond aux besoins de la communauté francophone locale.

- L'organisme a-t-il en place un processus d'identification des patients et des clients francophones?
- Quelles méthodes l'organisme utilise-t-il pour répondre à une demande de services en français?
 - › Recours à un membre de la famille
 - › Recours à un interprète bénévole
 - › Recours à des services professionnels d'interprétation
 - › Aiguillage à d'autres fournisseurs de services de santé qui offrent des services en français
- Y a-t-il un processus en place dans l'organisme pour identifier les employés et les bénévoles qui parlent français?
- L'organisme compte-t-il des employés offrant des services directs qui sont capables d'offrir des services en français?

Les fournisseurs non identifiés de services de santé peuvent appliquer les mêmes principes pertinents aux organismes identifiés et utiliser l'information trouvée dans cette trousse pour les aider à répondre aux besoins de la population francophone.

Section 3

Liste des annexes

Liste des fournisseurs de services de santé identifiés et désignés pour la prestation de services en français, RLISS d'Érié St. Clair

Liste des fournisseurs de services de santé identifiés pour la prestation de services en français, RLISS du Sud-Ouest

Gabarit, Plan de mise en œuvre des services en français

Plan de désignation

Critères pour la désignation d'organismes selon la Loi sur les services en français

Marche à suivre pour demande la désignation en vertu de la Loi sur les services en français

**A Self-Assessment Tool – Implementation of French Language Services
(en anglais seulement)**

Liste des fournisseurs de services de santé identifiés et désignés pour la prestation de services en français

- *** Aide à la vie autonome Sud-Ouest de l'Ontario
(Assisted Living Southwestern Ontario)
- Alliance de Chatham-Kent pour la santé
(Chatham-Kent Health Alliance)
- Association de la boulimie et de l'anorexie mentale
(Bulimia Anorexia Nervosa Association)
- Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Lambton-Kent
(Canadian Mental Health Association, Lambton-Kent Branch)
- Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Windsor-Essex
(Canadian Mental Health Association, Windsor-Essex County Branch)
- Banwell Gardens
- Centre d'accès aux soins communautaire d'Érié St-Clair
(Erie St. Clair Community Care Access Centre)
- Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Windsor-Essex
(Sexual Assault Crisis Centre of Windsor-Essex)
- Centre de réadaptation pour toxicomanes Brentwood
(Brentwood Recovery Home)
- Centre de santé communautaire de Windsor Essex
(Windsor Essex Community Health Centre)
- Centre de soins Country Village
(Country Village Health Care Centre)
- *** Centre de soutien communautaire du comté d'Essex
(Community Support Centre of Essex County)
- Centre de traitement Westover
(Westover Treatment Centre)
- Centres de santé communautaire de Chatham-Kent
(Chatham-Kent Community Health Centres)
- Foyer de soins de longue durée Tilbury Manor
(Tilbury Manor Nursing Home)

*** Organisme partiellement désigné

Dernière mise à jour: 10 avril 2014



Ontario

Erie St. Clair Local Health
Integration Network
Réseau local d'intégration
des services de santé
d'Érié St. Clair

Hôpital mémorial du district de Leamington
(Leamington District Memorial Hospital)

Hôpital régional de Windsor
(Windsor Regional Hospital)

Hôtel-Dieu Grace Healthcare
inca (Institut national canadien pour les aveugles), Windsor
(cnib (Canadian National Institute for the Blind), Windsor)

L'Hospice de Windsor-Essex Inc.
(The Hospice of Windsor and Essex County Inc.)

La Maison de Sophrosyne
(House of Sophrosyne)

La Marche des dix sous de l'Ontario, Chatham
(Ontario March of Dimes, Chatham)

New Beginnings ABI and Stroke Recovery Association, Chatham

Services communautaires d'Amherstburg
(Amherstburg Community Services)

Services communautaires d'Essex
(Essex Community Services)

Services à la famille-Kent
(Family Services Kent)

Services à la famille Windsor-Essex
(Family Services Windsor Essex)

Société Alzheimer de Chatham-Kent
(Alzheimer Society of Chatham-Kent)

Société Alzheimer de Windsor et du comté d'Essex
(Alzheimer Society of Windsor and Essex County)

Société canadienne de l'ouïe, Windsor
(Canadian Hearing Society, Windsor)

Dernière mise à jour: 10 avril 2014



Ontario

Erie St. Clair Local Health
Integration Network
Réseau local d'intégration
des services de santé
d'Érié St. Clair

**Liste des fournisseurs de services de santé identifiés
pour la prestation de services en français**

Association canadienne pour la santé mentale, filiale de London-Middlesex

(Canadian Mental Health Association, London Middlesex Branch)

Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest

(South West Community Care Access Centre)

Centre de santé intercommunautaire de London

(London InterCommunity Health Centre)

London Health Sciences Centre

Mission Services of London

St. Joseph's Healthcare, London

Services de toxicomanie de Thames Valley

(*Addiction Services of Thames Valley*)

WOTCH (Western Ontario Therapeutic Community Hostel)

Dernière mise à jour : avril 2011

Gabarit, Plan de mise en œuvre des services en français

Responsabilités des FSS identifiés et désignés

Afin d'aider le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à se conformer à la *Loi sur les services en français*, les fournisseurs de services de santé doivent fournir des services en français si leur organisme :

- ▶ a été désigné aux termes de la *Loi sur les services en français*
- ▶ en a reçu l'ordre de l'ancienne Commission de restructuration des services de santé
- ▶ a été identifié par les anciens conseils régionaux de santé ou le RLISS pour fournir des services en français

Les FSS tenus de fournir des services en français au public conformément aux dispositions de la *Loi sur les services en français* doivent remettre aux RLISS un plan de mise en oeuvre des services en français, en utilisant le présent gabarit. Ils doivent aussi faire rapport sur la mise en œuvre de ces services. Les RLISS recevront un modèle de rapport.

Les FSS qui ne sont pas tenus de fournir des services en français au public doivent néanmoins remettre au RLISS un bref rapport indiquant comment ils répondent aux besoins de la communauté francophone locale. Ces renseignements peuvent être inclus dans le plan des services des FSS car ils aideront les RLISS à s'acquitter de leur tâche de planificateurs du système de santé local.

Instructions - Plan de mise en œuvre des SF du FSS

Codes des couleurs

Titres en bleu	Titre ou description
▶ Liste déroulante	Sélection dans la liste ou cocher (« x ») une option
Cellules vertes	Réponses à dactylographier

Feuilles de travail à remplir

Région desservie
Plan

Options « ... à remplir d'ici le... »

Ce plan de mise en œuvre est un document évolutif qui sera utilisé par divers types de FSS et pendant de nombreuses années.

▶ Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

31 mars 2011
31 mars 2012
31 mars 2013
31 mars 2014
31 mars 2015
31 mars 2016
31 mars 2017
31 mars 2018
31 mars 2019
31 mars 2020
31 mars 2021

Conseils pour entrer du texte dans des cellules Excel

[ALT] [Entrée]	Pour revenir à la ligne dans une cellule.
[ALT] [7]	Pour obtenir le symbole de puce « • ».
[ALT] [9]	Pour afficher ce symbole « ◦ ».
[ALT] [45]	Pour avoir le tiret « - ».

Par exemple Appuyez sur [ALT], tenir et tapez [4][5] et relâchez [ALT].

Cette cellule est un exemple de saisie de texte dans un formulaire Excel.
Pour revenir à la ligne, il suffit d'appuyer simultanément sur les touches [ALT] [Entrée]
Ceci est un autre exemple de retour à la ligne avec [ALT] [Entrée]
Et encore un autre avec [ALT] [Entrée]

Zone dans laquelle le FSS offre ses services

Veillez inclure le pourcentage de la population francophone selon les données du recensement 2006 de Statistiques Canada.

Veillez énumérer chaque communauté avec sa population totale et francophone de la zone de service.

Indiquez les collectivités ci-dessous	Fait-elle partie d'une région désignée?*	Population totale	Population francophone	%
<Collectivité A>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité B>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité C>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité D>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité E>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité F>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité G>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité H>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité I>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité J>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité K>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité L>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité M>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
<Collectivité N>	Sélectionnez Oui/Non			#DIV/0!
Total		0	0	#DIV/0!

Fait-elle partie d'une région désignée?*

Cette région est-elle désignée par la *Loi sur les services en français*? Dans le doute, consultez le document ci-dessous.

http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90f32_f.htm#schedule

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

Renseignements généraux

1,1 **Nom du FSS**

Numéro d'organisme du FSS

Adresse complète du FSS

1,2 **Nom et poste de la personne qui remplit ce plan**

1,3 **Êtes-vous un FSS identifié ou désigné?**

Voir les définitions dans l'onglet "Glossaire" dans ce document

- ▶ Sélectionnez une des trois options suivantes

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

1,4 Possédez-vous un mécanisme pour identifier les clients francophones?

► Choisissez une des options suivantes

Veillez décrire tout processus officiel ou non officiel

1,5 Nombre de clients servis au cours du dernier exercice

Total des clients	
Clients francophones	
%	#DIV/0!

1,6 Description de la réponse la plus commune du FSS à une demande de services en français

Cochez (X) les réponses appropriées

Aucune action	
Utilisation d'un membre de la famille ou d'un bénévole comme interprète	
Utilisation d'un membre du personnel comme interprète	
Services fournis en français par un professionnel ou un non professionnel de la santé francophone	
Services professionnels d'interprétation	
Aiguillage vers d'autres FSS qui offrent des services en français	
Autre	

Veillez décrire

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

Domaines clés de résultats

2,1 Connaissances et sensibilisation

a. Personnel

Décrivez les mesures prévues par le FSS pour mieux sensibiliser le personnel aux besoins et aux préoccupations de la population francophone de l'Ontario. Incluez les ressources dont les membres du personnel (y compris les nouvelles recrues) disposent pour se familiariser avec les principes et les exigences de la LSF.

Veillez indiquer l'échéance

► Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

b. Public

Décrivez les mesures prévues par le FSS pour mieux faire connaître à la population francophone les services en français fournis par le FSS.
(incluez des renseignements sur l'offre de programmes en français et les mécanismes de résolution des plaintes concernant la prestation de services en français)

Veillez indiquer l'échéance

► Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

2,2 Capacité d'offrir des services en français

a. Personnel

Décrivez les mesures prévues par le FSS afin d'améliorer la capacité d'offrir activement et de fournir des services en français de haute qualité. Joignez toute documentation pertinente à ce plan.

Cochez (X) les réponses appropriées

Documents en annexe

Plan des Ressources humaines pour chaque programme ou service, avec indication de la capacité actuelle et des besoins futurs	
Politiques des Ressources humaines relatives aux services en français décrivant la dotation en personnel, le recrutement, le maintien en poste et l'évaluation de la compétence linguistique	
<Insérer le titre du document annexé>	
<Insérer le titre du document annexé>	
<Insérer le titre du document annexé>	
<Insérer le titre du document annexé>	
<Insérer le titre du document annexé>	

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

b. Gouvernance et gestion

Décrivez les mesures prévues par le FSS pour améliorer la représentation des francophones à son conseil, ses comités et son équipe de direction.

Veillez indiquer l'échéance

► Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

c. Autre

Décrivez les mesures prévues par le FSS pour améliorer la représentation des francophones dans ses structures organisationnelles et opérationnelles (p. ex. services de bénévolat)

Veillez indiquer l'échéance

- ▶ Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

d. Achat de services (le cas échéant)

Décrivez les mesures prévues pour améliorer le processus d'achat de services (demande de propositions, satisfaction des clients, capacité de fournir des services en français)

Veillez indiquer l'échéance

- ▶ Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

2,3 Engagement de la collectivité francophone

Décrivez les activités d'engagement de la collectivité prévues par le FSS afin d'assurer la participation active des francophones à l'évaluation des besoins et à la détermination des priorités lors de l'élaboration des programmes, services et initiatives.

Veillez indiquer l'échéance

► Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

2,4 Intégration et coordination des services en français

a. Intégration

Décrivez les mesures prévues par le FSS pour mieux intégrer les principes de la LSF et les besoins et préoccupations des clients francophones dans la planification et la prestation des services.

Veillez indiquer l'échéance

► Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

b. Réponse aux besoins

Décrivez les mesures prévues par le FSS pour améliorer sa réponse aux besoins signalés par la collectivité francophone et le RLISS.

Veillez indiquer l'échéance

► Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

c. Coordination des services en français entre organismes

Dans le cadre de la stratégie d'intégration des RLISS, décrivez les mesures prévues par le FSS pour améliorer l'interaction avec d'autres FSS ou d'autres organismes de la zone géographique du RLISS ou de RLISS voisins pour fournir des services à la collectivité francophone.

Veillez indiquer l'échéance

► Mise en œuvre de ce domaine de résultat d'ici le...

Décrivez les risques connexes et les stratégies de réduction des risques

Commentaires

Veillez décrire toutes autres mesures ou initiatives prévues non indiquées ci-dessus pour améliorer l'accès aux services en français.

Plan de mise en œuvre des services en français du FSS

>

Données utiles pour les besoins du RLISS et du Ministère

Temps total passé à remplir ce plan

Nombre de personnes qui ont apporté une contribution pour remplir ce plan

**** FIN DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SF DU FSS

Glossaire

Terme	Définition
Offre active	<p>Selon l'Office des affaires francophones, une offre active de SF se déroule dans le contexte d'activités planifiées qui sont : axées sur les résultats, intégrées dans le modèle général de prestation de services d'un organisme, proactifs, le résultat d'un dialogue avec la population desservie, le reflet des besoins de la population, et en place pour le cycle de vie du service ou de l'initiative. Il importe de souligner que l'expression « offre active de SF » signifie exactement cela - elle est offerte par le personnel de l'organisme; il n'incombe pas au membre du public de demander des services en français.</p> <p>http://intra.ofa.gov.on.ca/documents/GuidetoanActiveOfferofFLS_080424.doc</p>
Région desservie	Zone dans laquelle le FSS offre des services.
FSS désigné	FSS désigné par un règlement pris en application de la <i>Loi sur les services en français</i> pour fournir des services en français.
Francophone	Personne dont le français est la première langue ou l'une des premières langues qu'elle a apprises chez elle pendant son enfance et qu'elle comprend encore (Statistique Canada), ou dont la première langue n'est ni l'anglais ni le français mais pour qui le français est la première langue officielle parlée (Statistique Canada), ou pour qui le français est la langue de communication officielle préférée.
Professionnel de la santé francophone	Professionnel de la santé qui maîtrise suffisamment le français pour fournir des services professionnels de qualité dans cette langue aux patients et clients.
FSS identifié	FSS auquel l'ancienne Commission de restructuration des services de santé a ordonné de fournir des services en français ou que l'ancien Conseil régional de santé ou le RLISS a identifié pour offrir ces services.
Partiellement désigné	S'applique aux FSS dont certains programmes ou services doivent être offerts en français en vertu de la LSF.

La liste des FSS identifiés et désignés se trouve à
http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/flhsf/identified_mnf.html
ou sur le site Web de votre RLISS

Acronymes

Acronymes	Explication
FSS	Fournisseur de services de santé
LF	Langue française
LISSL	<i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local</i>
LSF	<i>Loi sur les services en français</i>
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OAF	Office des affaires francophones
PISS	Plan d'intégration des services de santé
RH	Ressources humaines
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SF	Services en français
SSF	Services de santé en français

Symboles possibles en utilisant la fonction ALT en Excel

Arial

1 ☺	30 ▲	
2 ☹	31 ▼	
3 ♥	32	
4 ♦	33 !	
5 ♣	34 "	
6 ♠	35 #	
7 •	36 \$	
8 ■	37 %	
9 ○	38 &	
10 ◼	39	
11 ♂	40 (
12 ♀	41)	
13 🎵	42 *	
14 🎶	43 +	
15 ☀	44 ,	
16 ▶	45 -	
17 ◀	46 .	
18 ⇅	47	
19 !!	48 ⇅	
20 ¶	49	1
21 §	50	2
22 —		
23 ⇅		
24 ↑		
25 ↓		
26 →		
27 ←		
28 L		
29 ↔		

Plan de désignation selon la *Loi sur les services en français*

Introduction et mise en œuvre

Le plan de désignation est un outil mis à la disposition des organismes recevant des paiements de transfert de la part du gouvernement de l'Ontario qui désirent se faire désigner officiellement en vertu de la *Loi sur les services en français*. La désignation est la reconnaissance légale par laquelle le gouvernement provincial confirme la compétence d'un organisme, en totalité ou en partie, pour offrir des services publics en français selon les critères établis par l'Office des affaires francophones (OAF).

Veillez remplir le formulaire en y insérant l'information demandée. La proposition, approuvée par votre conseil d'administration, doit être accompagnée d'une lettre confirmant l'intention de l'organisme à se faire désigner et indiquant que tous les services et communications s'y rapportant pour lesquels l'organisme désire se faire désigner sont disponibles sur une base permanente. Le plan des ressources humaines et documents requis ont pour but d'appuyer la demande de désignation.

Ce plan doit être soumis au(x) ministère(s) qui finance(nt) l'organisme, où il sera examiné et puis transmis à l'Office des affaires francophones, qui entreprendra le processus de modification législative reflétant la désignation deux fois par année, au printemps et à l'automne. Avant de commencer à remplir le formulaire, veuillez communiquer avec un représentant de votre ministère pour plus de détails.

Évaluation

Une fois désignés, les organismes doivent compléter et soumettre ce formulaire tous les trois ans, y compris le plan des ressources humaines, selon les échéances établies par le(s) ministère(s) parrain(s), afin de confirmer leur conformité avec les exigences de la désignation. Tout changement effectué aux services en français offerts à leur clientèle doit être accompagné des pièces justificatives pertinentes.

Le formulaire devra également être accompagné d'une résolution du conseil d'administration attestant que l'organisme continue à se conformer aux critères de désignation et que le conseil d'administration et la haute direction sont conscients des conséquences légales d'une fausse attestation, y compris d'éventuelles plaintes auprès du commissaire aux services en français.

Exemption partielle des exigences

Les organismes qui opèrent seulement en français pour une clientèle entièrement francophone, peuvent demander à être exemptés de remplir la totalité des sections du formulaire, tant pour leur demande de désignation, comme pour le processus d'évaluation subséquent. Si c'est le cas, veuillez soumettre à la considération du ministère une pièce justificative signalant la raison pour laquelle vous n'avez pas répondu à toutes les questions.

Ministère(s) parrain(s) :

Section 1 Renseignements sur l'organisme :

1.1 Nom selon les lettres patentes :

1.2 Adresse :

1.3 Nom(s), titre(s) et numéro de téléphone de la personne responsable du plan :

1.4 Nom(s), titre(s) et numéro de téléphone des personnes ressources, s'il ne s'agit pas de celles susnommées :

1.5	Type ou catégorie d'organisme (sans but lucratif, communautaire) :
1.6	Les services objet de la désignation sont offerts à une clientèle (choisir une des quatre options ci-dessous) :
	a) Entièrement francophone
	b) Majoritairement francophone
	c) Tant anglophone que francophone
	d) Minoritairement francophone
1.7	Brève description de l'historique de l'organisme :

Section 2 Renseignements sur la demande de désignation :	
2.1	Préciser le type de demande : <input type="checkbox"/> Totale : <input type="checkbox"/> Partielle : <input type="checkbox"/>
2.2	Liste de tous les programmes-services offerts par l'organisme (s'il s'agit de plus d'un ministère parrain, notez son sigle entre parenthèses à côté de chacun des programmes-services) :
	<ul style="list-style-type: none"> • • •
2.3	Si la désignation est partielle, préciser quels programmes-services font l'objet de la demande (s'il s'agit de plus d'un ministère parrain, notez son sigle entre parenthèses à côté de chacun des programmes-services) :
	<ul style="list-style-type: none"> • • •
2.4	Indiquer si l'organisme offre des services - ne faisant pas objet de cette demande - pour le compte d'un autre ministère :
2.5	Décrire brièvement tout domaine spécialisé ou service unique offert par l'organisme :

Section 3 Renseignements sur la communauté :											
3.1	Nom de la ville(s)-région(s) desservie(s) :										
	<ul style="list-style-type: none"> • • 										
3.2	Circonscriptions électorales :										
	<ul style="list-style-type: none"> • • 										
3.3	Population* :										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%;">Totale</th> <th style="width: 25%;">Francophones</th> <th style="width: 25%;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Totale	Francophones	%						
	Totale	Francophones	%								
	*Inclure uniquement des données de Statistique Canada en précisant l'année du recensement et la définition statistique utilisée : langue maternelle ou première langue officielle parlée (PLOP)										
3.4	Clientèle :										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 12.5%;">Année</th> <th style="width: 12.5%;">Totale</th> <th style="width: 12.5%;">Francophones</th> <th style="width: 12.5%;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Année	Totale	Francophones	%					
	Année	Totale	Francophones	%							

Suite a un processus de consultations avec les ministères et les membres de la communauté francophone, l'Office des affaires francophones a établi comme suit les critères auxquels les organismes désirant être désignés doivent se conformer :

1	L'offre de services en français doit être permanente et de qualité supérieure assurée par des employés ayant les compétences requises en français
2	L'accès aux services doit être garanti et suivre le principe de l'offre active*
3	La représentation effective de francophones au conseil d'administration et à ses comités est incluse dans les règlements administratifs et doit refléter la proportion de la communauté francophone au sein de la population desservie
4	Il doit y avoir une représentation effective de francophones dans l'équipe de haute direction
5	Le conseil d'administration et la haute direction doivent être imputables à l'égard de la qualité des services en français

(*) L'offre active s'entend d'un ensemble de mesures prises afin de s'assurer que les SEF sont clairement annoncés, visibles, disponibles à tout moment, facilement accessibles, et d'une qualité équivalente aux services offerts en anglais. Cela comprend les mesures visant les communications – affichage, avis, médias sociaux et toute autre information sur les services – ainsi que le premier contact avec les clients d'expression française

Section 4 Exigences de conformité avec les critères (C) de désignation

4.1	Les éléments suivants sont incorporés dans les règlements administratifs de l'organisme (fournir une copie des documents pertinents dans l'annexe 5) :	Oui	C	
4.1.1	Un énoncé détaillé sur la prestation des services en français (SEF)		1	
4.1.2	L'existence d'une politique et un comité sur les SEF		1-2	
4.1.3	Choisir <u>une</u> des trois options ci-dessous :			
	Si la communauté desservie par l'organisme représente une population francophone supérieure à 10% :			
	a)	Le nombre de francophones au conseil d'administration et les comités du conseil d'administration doit refléter la proportion de la communauté desservie		3
	Si la communauté desservie par l'organisme représente une population francophone inférieure à 10 % et le conseil d'administration a moins de 10 membres :			
	b)	Le conseil d'administration et les comités du conseil d'administration doivent avoir au moins un membre francophone		
	Si la communauté desservie par l'organisme représente une population francophone inférieure à 10 % et le conseil d'administration a 10 membres ou plus :			
c)	Le conseil d'administration et les comités du conseil d'administration doivent avoir au moins deux membres francophones			
En conformité avec les proportions identifiées dans la section 3.3 et ci-dessus, précisez la composition actuelle du conseil d'administration de l'organisme :				
Nombre total de membres		Nombre de membres francophones	%	
4.1.4	Un énoncé signalant la responsabilité du conseil d'administration et de la haute direction pour les SEF		5	

4.2	Services directs à la clientèle (indiquer les horaires et une description détaillée de la façon dont ces services sont offerts en français et accompagnez une copie des documents pertinents dans l'annexe 6) :	Oui	C
4.2.1	L'ensemble des services téléphoniques, y compris la messagerie vocale et les systèmes interactifs de réponse, sont offerts activement* en français		1-2
4.2.2	La réception et les services, soit d'accueil, soit à chacune des étapes subséquentes, sont offerts activement* en français		1-2
4.2.3	Un mécanisme est en place pour déterminer l'identité linguistique de la clientèle dès le premier contact		1-2
4.2.4	Les professionnels ayant les droits de traitement dans l'organisme maîtrisent le français		1-2
4.2.5	Les services de bénévolat dans l'organisme sont offerts activement* en français		1-2
4.2.6	Les contrats signés avec des tiers offrant des services au nom de l'organisme, contiennent une clause signalant leur obligation d'assurer l'offre de SEF (si aucun contrat a été signé avec des tiers, précisez 'sans objet' (SO) dans la case à droite) →		1-2
4.2.7	Un mécanisme, tel que sondage ou plainte, est disponible en français et clairement annoncé à la clientèle afin qu'elle soit en mesure d'évaluer la qualité des SEF offerts		1-2
4.3	Identité visuelle et communications (fournir des échantillons ou photographies et identifier les mécanismes utilisés dans l'annexe 7) :	Oui	C
4.3.1	Le site web de l'organisme est disponible en français		1-2
4.3.2	L'affichage extérieur est disponible en français ou dans les deux langues officielles. Si le nom de l'organisme est en anglais, l'affichage doit signaler que des SEF sont disponibles		1-2
4.3.3	L'affichage intérieur est disponible en français, dans les deux langues officielles ou en pictogrammes. Si l'offre de SEF est partielle, des panneaux indicateurs en français doivent guider le public vers les endroits où les SEF sont offerts		1-2
4.3.4	Les formulaires d'admission et autres documents destinés à la clientèle sont disponibles en français et offerts activement à la clientèle francophone		1-2
4.3.5	Les employés maîtrisant le français portent des insignes permettant clairement au public de les identifier		1-2
4.3.6	Les cartes professionnelles des employés maîtrisant le français sont disponibles en français ou imprimées recto-verso dans les deux langues officielles		1-2
4.3.7	Les en-têtes sur la correspondance de l'organisme sont disponibles en français ou dans les deux langues officielles		1-2
4.3.8	Les communications et publications à l'intention du public concernant les services objet de la désignation, telles que dépliants, brochures, avis publics et communiqués de presse sont disponibles en français		1-2
4.3.9	L'organisme répond en français à la correspondance reçue en français		1-2
4.3.10	Un mécanisme est en place pour la traduction et correction des documents en français à l'intention du public		1-2
4.3.11	L'organisme met en place des outils et logiciels nécessaires pour une communication en français de qualité		1-2

4.4	Gouvernance et imputabilité	Oui	C
4.4.1	Un rapport sur l'état des SEF est soumis annuellement au conseil d'administration pour son approbation (fournir une copie de la politique ou règlement pertinents dans l'annexe 8)		5
4.4.2	Il ya une représentation effective de francophones dans l'équipe de haute direction (identifier les postes dans l'annexe 8) :		4
4.4.3	Un des cadres supérieurs a été désigné comme responsable pour la prestation des SEF :		5
	Nom	Poste	
4.4.4	Un mécanisme est en place pour la gestion des plaintes sur les SEF (fournir une copie dans l'annexe 8)		2-5

4.5	La politique de ressources humaines incorpore des mesures et des mécanismes spécifiques pour : (fournir une copie des documents pertinents dans l'annexe 9.1)	Oui	C
4.5.1	La dotation en personnel maîtrisant le français pour garantir de manière permanente des SEF à toutes les étapes pendant les heures d'ouverture		1-2
4.5.2	L'identification du nombre de postes désignés bilingues et le nombre d'employés nécessaires pour la prestation des SEF		1-2
4.5.3	L'identification du profil linguistique requis pour chaque poste		1-2
4.5.4	Le recrutement des employés maîtrisant le français		1-2
4.5.5	L'évaluation des compétences orales et écrites en français des candidats par des services d'évaluations linguistiques accrédités		1-2
4.5.6	L'embauche de personnel maîtrisant le français		1-2
4.5.7	L'offre de formation pour les employés qui ne répondent pas aux exigences linguistiques fixées pour le poste		1-2
4.5.8	Identifier dans le plan des ressources humaines chacun des postes désignés bilingues et indiquer le profil linguistique requis et le nombre d'employés maîtrisant le français au niveau requis (veuillez consulter avec votre ministère parrain si vous devez remplir l'annexe 9.2.1 ou l'annexe 9.2.2, compte tenu de la taille de votre organisme et la proportion de la communauté francophone desservie)		1-2

Section 5	Appui de la communauté	Oui
5.1	Veuillez soumettre des lettres de personnes ou institutions francophones reconnues dans la région desservie appuyant votre demande de désignation (annexe 10)	

Liste de contrôle des documents		Oui
Annexe 1	Copie du certificat de constitution en corporation de l'organisme	
Annexe 2	Copie des lettres patentes	
Annexe 3	Lettre de l'organisme au(x) ministère(s)* demandant la désignation	
	* Les fournisseurs de services de santé doivent consulter le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour savoir si la demande doit être soumise à l'entité de planification ou au réseau local d'intégration responsable	
Annexe 4	Résolution du CA approuvant la demande de désignation	
Annexe 5	Documents requis dans la section 4.1	
Annexe 6	Documents requis dans la section 4.2	
Annexe 7	Documents requis dans la section 4.3	
Annexe 8	Documents requis dans la section 4.4	
Annexe 9.1	Documents requis dans la section 4.5	
Annexe 9.2	Plan des ressources humaines	
Annexe 10	Lettres d'appui de la communauté	

Annexe 9.2.1	Plan des ressources humaines des SEF					Nom de l'organisme :																	
Titre du service	Titre du poste	Total des employés			Employés requis pour fournir les SEF						Profil linguistique		Employés avec une compétence au niveau du profil linguistique						Employés qui n'ont pas été évalués			Écart	
		TPL	TPA	Occ	TPL (#)	TPL (%)	TPA (#)	TPA (%)	Occ (#)	Occ (%)	Oral	Écrit	TPL (#)	TPL (%)	TPA (#)	TPA (%)	Occ (#)	Occ (%)	TPL	TPA	Occ		
Ajouter des lignes au besoin		Note : TPL : Temps plein – TPA : Temps partiel – Occ : occupation										Voir niveaux de compétence sur la dernière page											

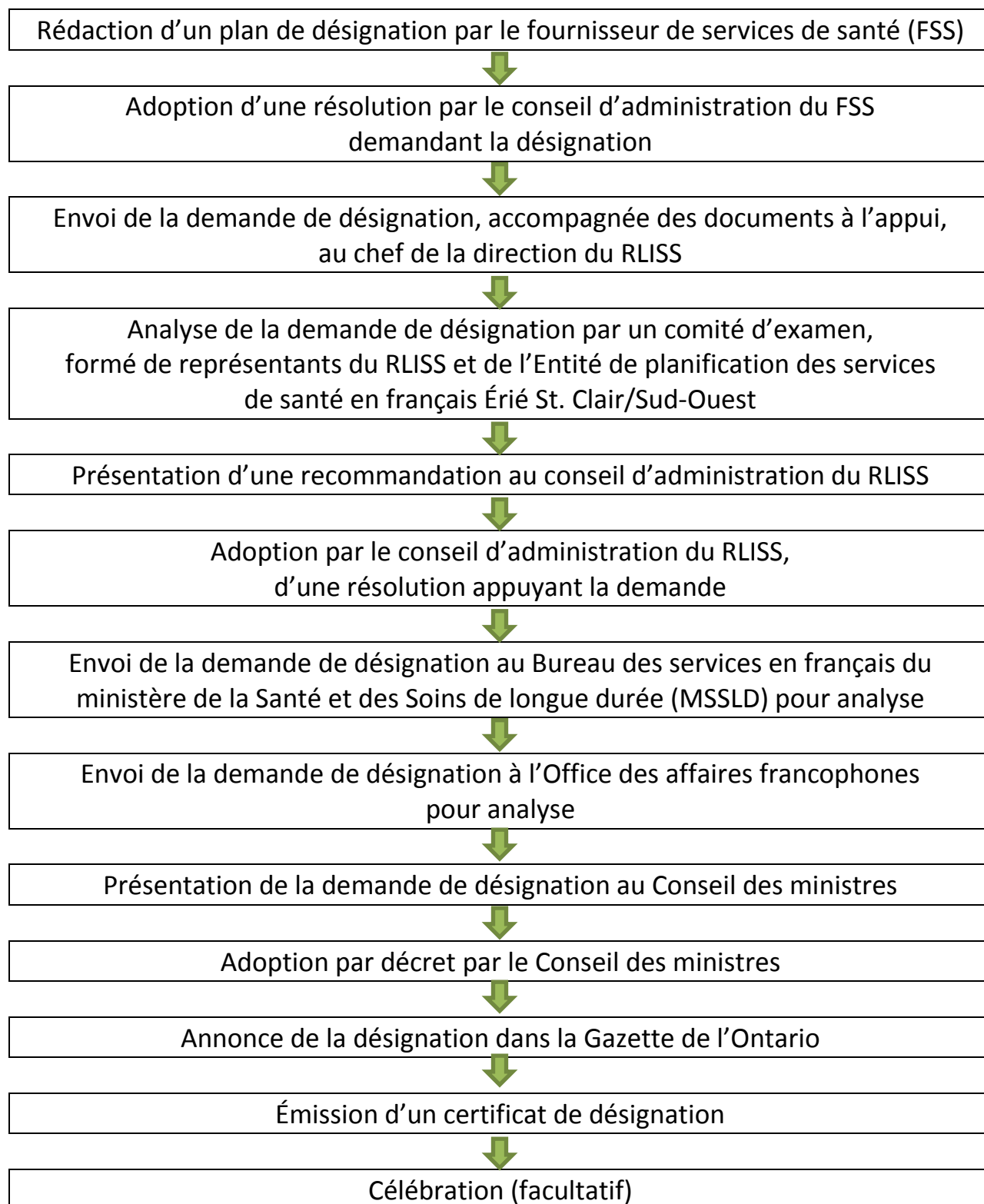
Niveaux de compétences en français

Orales	Écrites
1 Niveau avancé perfectible	1 Niveau avancé perfectible
<p>À ce niveau, la personne peut assumer diverses tâches de communication. Elle peut fournir des descriptions et des explications dans tous les cadres temporels, dans la plupart des situations informelles et dans certaines situations formelles, sur divers sujets connus. Son vocabulaire manque souvent de précision. Néanmoins, elle peut reformuler ses phrases et paraphraser. Même si ses erreurs de grammaire, de vocabulaire et de prononciation sont évidentes, elle peut parler avec suffisamment d'exactitude pour se faire comprendre.</p>	<p>À ce niveau, la personne peut répondre aux besoins rédactionnels de base de son travail. Elle peut rédiger une narration et une description en utilisant les formes et les temps verbaux principaux et composer des résumés simples sur des sujets connus. Elle peut combiner et relier des phrases dans des paragraphes afin de former des textes complets. Elle écrit de manière compréhensible, mais certains efforts supplémentaires peuvent être exigés.</p>
2 Niveau avancé	2 Niveau avancé
<p>À ce niveau, la personne peut participer à des conversations et satisfaire à de nombreuses obligations de travail. Elle peut discuter de questions professionnelles avec une certaine aisance et une certaine facilité, exprimer des opinions et offrir ses points de vue. Elle peut participer à divers échanges verbaux et à des réunions et à des groupes de discussion. Cependant, elle a encore besoin d'aide pour faire face aux questions ou aux situations complexes. Généralement, elle possède soit une bonne grammaire, soit un bon vocabulaire, mais pas les deux.</p>	<p>À ce niveau, la personne peut utiliser des phrases variées pour exprimer des idées et des avis d'ordre général sur des sujets non spécialisés. Elle peut rédiger des lettres et des rapports simples qui entrent dans le cadre de ses fonctions. Elle ne commet pas beaucoup d'erreurs en grammaire ou en orthographe. Toutefois, sa rédaction peut comporter des traductions littérales. Néanmoins, elle commence à manifester un sens de l'organisation et à sentir la différence entre ce qui convient et ce qui ne convient pas sur les plans du style et de la grammaire en français.</p>
3 Niveau avancé plus	3 Niveau avancé plus
<p>À ce niveau, la personne peut faire des présentations orales dans des contextes formels et informels. Elle peut présenter un résumé assez détaillé de son raisonnement relativement à des sujets généraux ou liés au travail dans des contextes formels et informels, lors de réunions ou de discussions en groupe. Elle a manifestement une certaine maîtrise des idiomes et du vocabulaire particulier convenant à divers contextes. Sa grammaire est généralement appropriée. Ses lacunes en vocabulaire sont compensées par des synonymes et des paraphrases. Elle peut encore éprouver de la difficulté lorsqu'il s'agit de discuter de sujets plus spécialisés, mais à ce niveau, elle éprouve très peu de difficulté à se faire comprendre.</p>	<p>À ce niveau, la personne peut rédiger sur divers sujets de manière très précise et détaillée. Elle peut traiter de la correspondance informelle et formelle selon les conventions appropriées et rédiger des résumés et des rapports de nature factuelle. Elle peut aussi rédiger des textes approfondis sur des sujets liés à des intérêts particuliers et à des domaines de compétence spécialisés, bien que son style d'écriture ait tendance à se concentrer sur les aspects concrets de ces sujets.</p>
4 Niveau supérieur	4 Niveau supérieur
<p>À ce niveau, la personne peut s'exprimer couramment avec une précision structurale et un vocabulaire suffisants pour participer efficacement à la plupart des conversations formelles et informelles portant sur des sujets pratiques, sociaux et professionnels. Elle peut utiliser des idiomes et un vocabulaire particulier dans divers contextes et présenter des exposés dans des contextes formels et informels.</p>	<p>À ce niveau, la personne peut s'exprimer efficacement et précisément dans la plupart des tâches ou des travaux de rédaction formels et informels portant sur des sujets pratiques, sociaux et professionnels. Elle peut reconnaître une maladresse dans la structure des phrases et des paragraphes. Ses erreurs en grammaire et en orthographe sont rares et d'ordre secondaire.</p>

Critères pour la désignation d'organismes selon la *Loi sur les services en français*

Ancienne version (1991)	Nouvelle version (2013)
Le service doit être permanent et de qualité supérieure	L'offre de services en français doit être permanente et de qualité supérieure assurée par des employés ayant les compétences requises en français
L'accès doit être adéquat	L'accès aux services doit être garanti et suivre le principe de l'offre active
Il doit y avoir une représentation effective de francophones au conseil d'administration et à ses comités	La représentation effective de francophones au conseil d'administration et à ses comités est incluse dans les règlements administratifs et doit refléter la proportion de la communauté francophone au sein de la population desservie
Il doit y avoir une représentation effective de francophones dans les niveaux de direction	Il doit y avoir une représentation effective de francophones dans l'équipe de haute direction
Il doit exister responsabilité du conseil d'administration et de la haute direction pour les services en français	Le conseil d'administration et la haute direction doivent être imputables à l'égard de la qualité des services en français

Marche à suivre pour demander la désignation en vertu de la *Loi sur les services en français*



A SELF-ASSESSMENT TOOL – IMPLEMENTATION OF FRENCH LANGUAGE SERVICES

The self-assessment tool

The self-assessment tool covers common aspects of service delivery in French, from direct service delivery like counter and telephone services to less tangible but equally important aspects like business and operational planning and program and policy development. The service delivery standards used are set out in general government policies like the *Practical Guide to French Language Services* developed by the FLS Office of the MOHLTC. These standards reflect the underlying principle of FLS: service in French must be equivalent in quality and availability to service in English.

Instructions for completing the self-assessment tool

The self-assessment tool has two parts. First, it asks you to assess how well you meet expectations and includes space for your comments in the right column. And second, on the last page, it asks you to create an action plan to remedy the three most important gaps or challenges your assessment reveals.

The tool can be used to survey the capacity to provide services in your various departments and programs over the year. Depending on the size of your organization, you can use one self-assessment for the entire organization or one per department.

Please assess your FLS performance on the following scale*:

Not sure N/S	Never 1	Rarely 2	Usually 3	Most of the time 4	Always 5	Not applicable N/A
-----------------	------------	-------------	--------------	-----------------------	-------------	-----------------------

*Note: For certain standards, a different scale is used.

Circle (or “x”) the appropriate rating in the second column and insert your comments, as appropriate, in column 3. If you are completing the report electronically, the space will expand to fit your comments.

SELF-ASSESSMENT TOOL

Division/Branch/Unit: _____

Standard	Rating							Comments	
	N/S = Not sure 1 = Never	2 = Rarely 3 = Usually	4 = Most times 5 = Always				N/A = Not applicable		
Frontline Services (reception, telephone, counter)									
1. All frontline staff invite clients to use their preferred language of service by using a bilingual greeting:									
On the telephone	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
In person/at the counter	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
In recorded messages (IVR/voice mail)	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
2. A sign is prominently posted to let clients know service is available in both English and French	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
3. Signage intended for the public is posted in bilingual format and is correct in both languages	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
4. Displays of posters and brochures are in both English and French	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
5. French or bilingual versions of all public forms are available at the front counter	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
6. Services delivered to the public are available in English and French during all business hours and are of equal quality:									
On the telephone	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
In person/at the counter	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
In writing	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
Electronically (including on the Internet)	N/S	1	2	3	4	5	N/A		
Correspondence									
7. My office answers all French correspondence in French in 15 working days	N/S	1	2	3	4	5	N/A		

Customer Feedback/Complaint Resolution	N/S = Not sure 1 = Never	2 = Rarely 3 = Usually	4 = Most times 5 = Always	N/A = Not applicable
8. My customer feedback tools (e.g. comment cards) are in English and French, in bilingual format	N/S	1 2 3	4 5	N/A
9. I have a complaints process in place to investigate and resolve complaints about the quality of service in French	N/S	1 2 3	4 5	N/A
10. I resolve FLS problems identified in complaints and consult FLHS	N/S	1 2 3	4 5	N/A

Publications/Forms/Ads/Notices						
11. I release all publications simultaneously in English and French in bilingual format (unless exempted).	N/S	1	2	3	4	5 N/A
12. In publications produced in separate versions, I include a statement on how to obtain the other language version.	N/S	1	2	3	4	5 N/A
13. I get FLHS's permission before releasing technical/reference documents in English only (OReg 411/97)	N/S	1	2	3	4	5 N/A

Standard	Rating							Comments
14. The forms and documents my office uses with the public (like certificates, applications, registrations) are printed in bilingual format	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
15. I issue all advertising (like tender notices, program ads, PSAs) simultaneously in English and French.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
16. English ads appear in the English media and French ads in the French media (or both in English media where there are no French).	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
17. Staff in designated positions have bilingual business cards with English on one side and French on the other	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
18. Service in French is available at the numbers listed in the French blue pages for my program/office.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	

Consultations/Community Relations/Public Events						
19. I include francophone stakeholders, providers and clients in consultation processes and public information sessions	N/S	1	2	3	4	5 N/A
20. I assign knowledgeable French-speaking staff to make presentations, facilitate sessions and answer questions in French	N/S	1	2	3	4	5 N/A
21. Session materials (handouts, presentations, report summaries) are available and distributed simultaneously in English and French	N/S	1	2	3	4	5 N/A
22. I make sure FLS are provided at public info sessions, focus groups and stakeholder/public consultations in a way that suits community.	N/S	1	2	3	4	5 N/A

Planning and Accountability for FLS

N/S = Not sure
1 = Never

2 = Rarely
3 = Usually

23. I include FLS considerations in annual and project/program planning and budget processes.	N/S	1	2					
	3	4	5					
	N/A							
24. I hold my staff and myself accountable for the quality of FLS in our performance contracts and evaluations.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
25. I include FLS in my office's customer service plans and reporting.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
26. I consult FLHS on FLS issues affecting business, program and policy development and implementation.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
27. I make sure third parties delivering service to the public on behalf of MOHLTC provide service in English and French.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
28. I include FLS requirements in RFPs, agreements and evaluations for all services delivered on our behalf by another party.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
29. I include FLS requirements in RFPs, agreements and evaluations for all services delivered on our behalf by another party.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	

Human Resources/Staffing

30. My office has an FLS HR plan with an appropriate level/number of designated positions to ensure all services to the public are available in English and French at all times (including backups).		Y	N	N/A				
31. I establish targets (% , timelines) for implementing the FLS HR plan for my office.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
32. My office follows staffing policies/procedures for designated positions.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
33. Of the designated positions in my office, the incumbents of ___% meet the language requirements for their position.								%
34. My office funds French language training where the request is consistent with branch needs/learning plans and staff career plans.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	

Resources

35. My office has established FLS procedures and all staff know them.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
36. I include translation costs in project budgets and allow enough time for translation	N/S	1	2	3	4	5	N/A	
37. Our software packages, keyboards, printers produce French diacritics on both lower and upper case letters and accommodate French grammatical usage and conventions.	N/S	1	2	3	4	5	N/A	

ACTION PLAN

To identify priorities for actions in your action plan, you could focus on the standards to which you have assigned a rating of 1, 2, or 3. These are probably fairly indicative of the areas where you have the greatest gaps or face the biggest challenges.

1. My agency's most important gap or challenge for delivering service in French is:

To remedy this gap or challenge, I plan to:

My timeline is:

2. My agency's second most important gap or challenge for delivering service in French is:

To remedy this gap or challenge, I plan to:

My timeline is:

3. My office's next most important gap or challenge for delivering service in French is:

To remedy this gap or challenge, I plan to:

My timeline is:

Section 4

Ressources humaines

Section 4

Ressources humaines

La prestation réussie de services en français de qualité dépend de la mise en place de ressources humaines bilingues.

Étapes pour constituer un effectif bilingue

- Identifier les capacités existantes
- Définir les besoins
- Pourvoir des postes désignés et non désignés
- Maintenir en poste le personnel bilingue

Identifier les capacités existantes

La plupart des fournisseurs de services de santé comptent dans leurs rangs des employés francophones, mais l'ignorent. On commencera donc par établir un profil linguistique du personnel en place, puis on fera de même avec les nouveaux employés.

Méthodes d'évaluation des compétences linguistiques

Auto-évaluation

Les employés indiquent leur niveau de compétence, en fonction des définitions des niveaux de compétence établis par le gouvernement de l'Ontario. Un exemple d'outil d'auto-évaluation et les définitions des niveaux de compétences linguistiques se trouvent aux pages 143 et 145.

Évaluation informelle

Cette méthode consiste à demander à un employé dont la connaissance du français est supérieure de poser des questions à un autre employé. Le niveau de compétence linguistique est établi par le premier employé en fonction des définitions qui se trouvent aux pages 145 et 146. Cette méthode est habituellement utilisée durant une entrevue, mais elle peut aussi servir à établir le profil linguistique de tout le personnel. La coordonnatrice des services en français des RLISS d'Érié St. Clair ou du Sud-Ouest peut aussi aider le fournisseur de services de santé en menant une évaluation informelle des compétences linguistiques.



1. Exigences professionnelles justifiées

La Commission reconnaît qu'il peut être raisonnable et légitime d'exiger pour un poste la compétence dans une certaine langue... Parler une langue couramment peut être une exigence de bonne foi dans certaines situations d'emploi ou de service. »

Commission ontarienne des droits de la personne,
www.ohrc.on.ca/fr/politique-concernant-la-discrimination-et-la-langue/motifs-de-discrimination-liés-à-la-langue-ascendance-lieu-dorigine-origine-ethnique-race

Évaluation formelle

Cette méthode consiste à embaucher un évaluateur professionnel pour mener une évaluation linguistique formelle basée sur des critères stricts. Elle est habituellement utilisée dans le cadre du processus d'embauche pour les postes désignés. Dans un lieu de travail syndiqué, cette méthode est préférable pour éviter les griefs potentiels. La coordonnatrice des services en français des RLISS d'Érié St. Clair ou du Sud-Ouest peut prêter assistance aux fournisseurs de services de santé pour trouver des évaluateurs professionnels.

Définir les besoins

À l'aide du gabarit qui se trouve aux pages 147 et 148, on élaborera un plan de ressources humaines pour chaque service.

On déterminera le nombre d'employés nécessaires pour offrir des services en français. On tiendra compte de toutes les catégories d'emploi, de même que des remplacements de vacances ou de maladie. Les patients et les clients francophones doivent avoir accès à des services en français complets durant les heures d'ouverture de l'organisme.

On désignera ces postes pour la prestation de services en français et ajoutera la connaissance du français comme une exigence d'emploi. La prochaine fois que ces postes seront vacants, on recherchera des candidats bilingues. Entre-temps, on encouragera les employés qui occupent ces postes à apprendre le français, s'ils ne sont pas déjà bilingues. La Section 5 fournit plus de renseignements sur l'apprentissage du français.

Une fois les postes désignés, on établira le profil linguistique, à l'oral et à l'écrit, de chaque poste. Il faut tenir compte du rôle et de la nature des contacts avec les patients, les clients et le public. Par exemple, un agent des communications chargé de rédiger les communiqués et de communiquer avec les médias devra avoir une connaissance supérieure du français oral et écrit, alors qu'une infirmière de triage à l'urgence aura besoin uniquement d'une connaissance supérieure du français oral. Pour communiquer avec aisance, il faut un être au niveau avancé au minimum.

Pour de plus amples renseignements, on consultera, aux pages 149 à 169, le document intitulé *Staffing and Managing Designated Positions, A Practical Guide for Managers* – en anglais seulement – produit par l'Office des affaires francophones.

Pouvoir des postes désignés et non désignés

Si un *poste désigné* est vacant, on veillera à ce que la connaissance du français figure parmi les *exigences* et on inclura dans la description de tâches et dans l'avis un énoncé comme celui-ci : « Ce poste est désigné. La connaissance des deux langues officielles du Canada est exigée. » L'avis d'emploi vacant doit être disponible en anglais et en français. Si le poste vacant est *non désigné*, on peut ajouter l'énoncé suivant : « La priorité sera donnée aux candidats qui parlent les deux langues officielles du Canada » ou « La connaissance du français est un atout ».

Lors de l'affichage, on envisagera de placer l'annonce dans les quotidiens anglais et français. Un certain nombre de communautés de l'Ontario et du Canada comptent des journaux communautaires de langue française (voir la liste aux pages 373 à 375). À l'échelle locale, *Le Rempart*, dont la diffusion est de 7 500 exemplaires, dessert la région de Windsor-Essex-Chatham-Kent et *L'Action*, dont la diffusion est de 4 000 exemplaires, dessert la région de London-Sarnia (marketing@altomedia.ca).

Autres options d'affichage : ¹⁰

- *Employment Options Emploi*, services bilingues d'emploi offerts par le Collège Boréal à Windsor (519 988-1766 ou 519 252-1308) et à London (519 672-1562);
- *CliquezSanté*, www.cliquezsante.ca/fr;
- *Le bloc-notes*, www.leblocnotes.ca;
- *TFO*, chaîne publique de télévision française en Ontario, www.tfo.org (exige un compte Facebook);
- *lignesanté.ca*, www.lignesantesud-ouest.ca, dans la région du RLISS du Sud-Ouest – dans la section Professions de la santé;
- *lignesanté.ca*, www.lignesanteeriest-clair.ca, dans la région du RLISS d'Érié St. Clair – cette option sera offerte sous peu;
- *ProfessionsSantéOntario*, hfojobs.healthforceontario.ca/fr/;
- Les collèges et les universités qui offrent des programmes précis sont une excellente façon d'atteindre les nouveaux ou récents diplômés et les anciens. Plusieurs collèges et universités offrent des programmes d'éducation supérieure en français (voir la liste à la page 371);
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), www.sidiief.org;
- Distribution par courriel;
- *LinkedIn*;
- *Charity Village* et autres sites Web comparables;
- Site Web du RLISS d'Érié St. Clair, 519 351-5677.

¹⁰ Cette liste n'est pas complète.

Maintenir en poste le personnel bilingue

Un bon niveau de satisfaction professionnelle contribue au maintien en poste des membres du personnel bilingue, qui sont plus enclins à demeurer à l'emploi de l'organisme lorsque :

- La prestation de services en français fait partie de leurs tâches et que les patients et les clients francophones leur sont assignés;
- La prestation de services en français ne vient pas s'ajouter à leur volume de travail;
- Des occasions d'apprentissage du français leur sont offertes;
- Des activités de perfectionnement professionnel leur sont offertes en français;
- Autres.

Le *Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)* a mis au point une *Trousse d'appui RH*, accessible en ligne à l'adresse : www.rifssso.ca/ressources/publications/ressources-docs/trousse-d'appui-rh-vers-un-service-bilingue.



Section 4

Liste des annexes

Staff Survey – French Language Skills (en anglais seulement)

Niveau des compétences en français parlé et écrit

Plan de ressources humaines

**Staffing and Managing Designated Positions, A Practical Guide for Managers
(en anglais seulement)**

Staff Survey – French Language Skills

To be completed by all employees.

(Name of agency) is required by the *French Language Services Act* to provide services in French to the Francophone population.

Please help us assess our current capacity by completing the survey below and returning to your Departmental Manager by (date).

The information will be used to plan the delivery of services in French. It will remain confidential. We also ask that you keep the HR Department informed of any training that you might take in the future to upgrade your skills.

Based on the definitions provided, please indicate your linguistic abilities. Check one box under “Oral Skills” and one box under “Written Skills”.

Thank you.

Name:	Enter name	Date:	Enter date of completion
Position:	Enter title of position	Status:	Choose F/T or P/T
Department:	Enter name of department		
Profession:	Enter professional title, if different than above		

Answer	Level	Description
ORAL SKILLS		
<input type="radio"/>	No proficiency	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No ability to communicate in French.
<input type="radio"/>	Elementary	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Has limited ability to speak - some memorized material on familiar topics related to work. ▪ Able to verbalize isolated words and two or three word expressions (e.g. greetings, expressions of courtesy). ▪ Can express simple, unconnected sentences. ▪ Limited vocabulary, frequent errors and slow delivery inhibit communication.
<input type="radio"/>	Intermediate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Has some ability to work in French. ▪ Shows some spontaneity in language production, but fluency is uneven and speech is halting. ▪ Able to participate in simple conversations on one-to-one basis. ▪ Limited vocabulary – simple, non-technical daily conversational usage. ▪ Able to make/answer requests for information or directions and to give simple instructions.
<input type="radio"/>	Advanced	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Able to participate with some ease in conversations on work-related matters and to express opinions. ▪ Can participate in meetings and discussion groups. ▪ May still need some assistance with complicated or difficult conversations.
<input type="radio"/>	Superior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Can speak with sufficient structural accuracy and vocabulary to participate effectively in most formal and informal conversations on all topics. ▪ Able to give verbal presentations in both formal and informal settings.
WRITTEN SKILLS		
<input type="radio"/>	No proficiency	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No ability to write in French.
<input type="radio"/>	Elementary	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Able to write a few words, perhaps sentences on work-related topics, maybe with the help of a dictionary. ▪ Can complete forms, giving general information (e.g. time and location of meetings) using a standard format. ▪ Vocabulary is limited to daily use. ▪ Has no practical communicative writing skills.
<input type="radio"/>	Intermediate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Able to write words and simple sentences. ▪ Can make/answer simple requests for information. ▪ Vocabulary is limited to daily use. ▪ Often experiences problems with grammar and spelling. ▪ Able to meet some practical elementary writing needs.
<input type="radio"/>	Advanced	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Able to use a variety of sentence types to express general ideas and opinions on non-specialized topics. ▪ Can write simple letters and reports, with little grammar and spelling errors. ▪ Able to write with some sense of organization and stylistics.
<input type="radio"/>	Superior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Able to express oneself effectively in most formal and informal writing on all topics. ▪ Errors in grammar and spelling are minor and infrequent.

NIVEAUX DES COMPÉTENCES EN FRANÇAIS PARLÉ

Nul : À ce niveau, on ne peut ni travailler ni communiquer en français.

Élémentaire : Au niveau élémentaire, on ne possède pas réellement l'autonomie d'expression. Les compétences en français parlé se limitent à certaines expressions mémorisées sur des sujets familiers relatifs au travail. On est capable d'exprimer des mots isolés, des expressions de deux ou trois mots et d'exprimer des phrases simples et disjointes. Le vocabulaire est pauvre et l'élocution lente et maladroite. On sait les phrases conventionnelles d'accueil et on sait prendre congé ainsi que quelques formules élémentaires de courtoisie. La pauvreté du vocabulaire, les erreurs fréquentes et l'élocution lente gênent énormément la communication.

Intermédiaire : Au niveau intermédiaire, on possède quelques connaissances pour travailler en français. On est plus spontané quand on parle mais le débit est très irrégulier entraînant une élocution saccadée. On est capable de participer à une conversation simple avec un seul interlocuteur. Le vocabulaire se limite à des mots simples, non-techniques de conversation courante. On sait demander des renseignements et des directions, on sait aussi les donner. Il en est de même de simples instructions et de l'expression de choses essentielles. Lorsqu'on doit s'adresser directement à quelqu'un, on parle lentement et on se répète pour être compris de l'interlocuteur.

Avancé : Au niveau avancé, on est capable de converser et de s'exprimer adéquatement sur de nombreux aspects du travail. On peut discuter avec facilité et aise d'affaires concernant le travail, exprimer ses opinions et son point de vue. On est capable de participer à diverses formes d'échanges verbaux, de participer à des réunions et à des discussions en groupe. Toutefois, on a encore besoin d'aide quand il y a des complications et des difficultés. On est généralement bon en grammaire ou on a un vocabulaire satisfaisant, mais pas les deux.

Supérieur : Au niveau supérieur, on possède suffisamment de connaissances pour être capable de parler la langue en respectant sa structure, le vocabulaire est suffisamment riche pour que l'on puisse participer efficacement à toutes les conversations à caractère officiel ou non. On maîtrise certains idiomes et le vocabulaire spécifique correspondant à divers contextes.

NIVEAUX DES COMPÉTENCES EN FRANÇAIS ÉCRIT

Nul : À ce niveau, on ne peut pas écrire en français.

Élémentaire : Au niveau élémentaire, on est capable d'écrire quelques mots, peut-être des phrases sur des sujets concernant le travail, sans doute en s'aidant d'un dictionnaire. On peut remplir des formulaires, donner des renseignements d'ordre tout à fait général, comme l'heure et le lieu des réunions, rédiger des avis d'annulation en utilisant des formules conventionnelles. Le vocabulaire se limite aux mots de la vie quotidienne, on ne maîtrise pas les expressions idiomatiques. On ne possède aucune aptitude pour la communication écrite usuelle. On n'est pas capable de rédiger un texte en français.

Intermédiaire : Au niveau intermédiaire, on est capable d'écrire des mots et des phrases simples. On sait poser de simples questions pour obtenir des renseignements ou, inversement, on sait répondre à des demandes simples de renseignements. Le vocabulaire se limite aux mots de la vie quotidienne. On a souvent des difficultés grammaticales et orthographiques. On est capable de rédiger un texte en termes du vocabulaire élémentaire et usuel mais on ne peut pas produire un texte satisfaisant en français.

Avancé : Au niveau avancé, on est capable de varier la construction des phrases pour exprimer des idées et des opinions générales sur des sujets courants. On sait rédiger des lettres et rapports simples qu'exige le poste que l'on tient. Bien qu'on ait quelques hésitations, on a peu de problèmes de grammaire ou d'orthographe. Toutefois, la construction des phrases ressemble à une traduction littérale. Néanmoins, le style révèle un sens de l'organisation des mots, une compréhension de la correction stylistique et grammaticale d'un texte français.

Supérieur : Au niveau supérieur, on est capable de s'exprimer clairement qu'il s'agisse de rédiger un texte à caractère officiel ou non sur des sujets d'ordre pratique, social ou professionnel. On est capable de relever une phrase maladroite ou les maladresses dans un paragraphe. Les erreurs de grammaire et d'orthographe sont anodines et rares.

Plan des ressources humaines – Partie I

Nom du service : _____

Préciser les catégories de personnel, le nombre total dans chaque catégorie et leur horaire de travail (PT = plein temps, TP = temps partiel)

	PT	TP		PT	TP		PT	TP		PT	TP

Plan des ressources humaines – Partie II

Nom du service : _____

Postes **EXIGEANT** des compétences en français. (Voir la définition des niveaux de compétence.)

Poste	Horaire de travail (PT, TP, autre)	Niveau actuel des compétences en français		Niveau exigé des compétences en français	
		Parlé	Écrit (si nécessaire)	Parlé	Écrit (si nécessaire)

Staffing and Managing Designated Positions

A Practical Guide for Managers

Office of Francophone Affairs

October, 2002

TABLE OF CONTENTS

1. Introduction
2. How to decide which positions should be designated
3. How to fill a designated position
4. How to back-fill a designated position
5. What to do when the search is unsuccessful
6. How to abolish a designated position
7. Bumping rights and designated positions
8. Reports on designated positions
9. Strategies to recruit qualified bilingual candidates
10. Strategies to retain staff in designated positions
11. Roles and responsibilities of key players
12. Conclusion
13. Qs and As

1. INTRODUCTION

Under the *French Language Services Act (FLSA)*, French-speaking Ontarians have the right to receive provincial government services in French from central and head offices as well as offices located in or serving designated areas.

The Minister Responsible for Francophone Affairs is responsible for the administration of the *FLSA*, while deputy ministers are accountable for its implementation and the quality of French-language services in their respective ministries.

Managers of program areas with obligations under the *FLSA* must ensure that their program areas have a sufficient number of designated positions filled with bilingual staff to ensure that French-speaking Ontarians have access to services of equal quality to those offered in English.

Staffing and Managing Designated Positions, A Practical Guide for Managers was developed by the Office of Francophone Affairs (OFA). It is the central agency responsible for the development of French-language services guidelines and policies. The *Practical Guide* sets out the steps to manage the main aspects of staffing designated positions effectively. It also includes useful tips, links to key web sites, references to other relevant resources as well as Qs and As. **Please note that where there are variations between this guide and the collective agreement, the relevant collective agreement provisions prevail.**

The *Practical Guide* complements:

- the OFA's *French-language Services Guideline # 4* entitled *Managing Positions Designated to Provide Services in French*;
- the *Staffing Operating Policy*, Management Board Secretariat (MBS); (*)
- *A Manager's Guide to Staffing in the OPS* (MBS),
- *French Language Training and Evaluation Guideline*, (MBS).

For more information on French-language services, contact your ministry's French-language-services Coordinator or visit the OFA's Intranet and Internet sites (*) The OFA would like to thank all those who offered their knowledge, skills, experience and time to the development of this *Practical Guide*.

2. HOW TO DECIDE WHICH POSITIONS SHOULD BE DESIGNATED

In consultation with the ministry's French-language services coordinator and the local human resources consultant, managers should ensure that positions are designated to cover all tasks related to the planning and delivery of public services in French at central offices and offices located in or serving designated areas. For instance,

- administrative (e.g., receptionists, administrative assistants);
- communications (e.g., communications advisers, media relations officers);
- human resources (e.g., human resources consultants);
- inspection, investigation and enforcement (e.g., police officers, conservation officers);
- operational (e.g., radio dispatchers);
- policy and program development, stakeholder relations and public consultations (e.g., policy analysts, program consultants);
- technical (e.g., technicians with contacts with the public);
- specialized (e.g. engineers, biologists with contacts with the public).

In addition, ministries should consider designating management and senior management positions as well as positions for which incumbents are responsible for proof-reading French-language publications, forms and documents aimed at the general public (after translation and before printing), revising correspondence written by staff in French and assisting the Webmaster with the development and updating of the government's French-language web sites.

Note: both classified and unclassified positions can be designated.

Other factors to consider when determining how many designated positions are needed include the potential volume of contact with French-speaking clients and Francophone groups, the number of hours the office is open and shift work.

New and expanded programs

When a ministry introduces a new program or expands an existing program in a central office or office located in or serving a designated area, the program area manager should consult the ministry's French-language services coordinator to determine the best way to ensure that this service is available in French.

Language of administration

English is the language of administration in the Government of Ontario – unlike the federal government where both English and French are languages of administration in some areas.

3. HOW TO FILL A DESIGNATED POSITION

When filling a vacant designated position, your goal should be to hire a candidate who is proficient in both English and French and has the other qualifications for the job. The following are seven key steps related to staffing designated positions. **Please note that these steps highlight those particular aspects of the staffing process where specific things need to be considered or attended to when staffing and filling a designated position. It does not include all necessary steps to be followed when staffing a designated position. The *Staffing Operating Policy* and the *Managers Guide to Staffing*, as well as your human resources consultant should be consulted.**

Step 1 – Determine the French-language proficiency requirements of the position

Employees in designated positions are required to be proficient in English and French at the advanced or superior levels. As explained in **A Manager’s guide to Staffing in the Ontario Public Service** (Section 1.7: *Staffing Positions Requiring Proficiency in French*), “*Only individuals who possess the required language skills can be appointed to positions that require proficiency in French*”.

Consequently, when French-language proficiency is a requirement of the position, it can be used as a criterion to screen out candidates who are not at the requisite levels. It is the responsibility of managers to determine the specific French-language proficiency level that is required for the position (advanced or superior) and to determine if written French-language skills are also required. This must be done in consultation with the ministry’s French-language services coordinator and local Human Resources consultant, and the information should be recorded in the WIN system.

Description of French-language proficiency levels

Verbal Proficiency

Advanced level: At this level, one has the ability to participate in conversations and satisfy many work requirements. One can discuss work-related matters with some ease and facility, expressing opinions and offering views. One is able to take part in a variety of verbal exchanges and to participate in meetings and discussion groups. However, one still needs help with handling complicated issues or situations. One is generally good in either grammar or vocabulary but not in both.

Superior level: At this level, one has the ability to speak the language with sufficient structural accuracy and vocabulary to participate effectively in most formal and informal conversations on practical, social and professional topics. One is able to use idioms and specific vocabulary relevant to a variety of contexts and to give verbal presentations in both formal and informal settings.

Written Proficiency

Advanced level: At this level, one is able to use a variety of sentence types to express general ideas and opinions on non-specialized topics. One can write simple letters and reports required of the position. One experiences few problems with either grammar or spelling. However, the writing style may represent literal translations. Nevertheless, a sense of organization is emerging and one is beginning to sense what is stylistically and grammatically correct in French.

Superior level: At this level, one is able to express oneself effectively in most formal and informal writing tasks/assignments on practical, social and professional topics. One is able to recognize awkwardness in sentence structure and paragraphs. Errors in grammar and spelling are minor and infrequent.

Useful tips

- If the incumbent in a designated position has to make presentations to Francophone groups in French, participate in consultations with Francophone groups on proposed or new legislation or programs, or review proposals submitted by Francophone organizations, *superior verbal* French-language proficiency is generally required.
- If the incumbent has to write correspondence and other documents in French on a regular basis (e.g., comments on proposals submitted in French by Francophone organizations, presentation material) *advanced written* French-language proficiency is generally required. However, documents written in French by advanced-level staff should be reviewed by someone who possesses the *superior written* French-language proficiency level.
- For translator and bilingual communications adviser positions as well as for positions in which the incumbents are responsible for reviewing the quality of French-language publications and web sites, the *superior written* French-language proficiency level is generally required.
- If it is anticipated that the incumbent will rarely have to prepare written documents in French, the manager may, in consultation with the ministry's French-language services coordinator, decide to use translation services rather than require the *written* French-language proficiency for the position. However, the manager must ensure that the OPS standards for responding to correspondence (15 working days) are met. **Note:** this may not be an option for certain positions that require that incumbents produce reports or documents in French "on the spot".

Step 2 – Prepare/review job ad and job description

When preparing or reviewing the job ad for a designated position, make sure it includes the phrase "proficiency in English and French". The ad must not specify the French-language proficiency level required (advanced or superior). If the ad is to be posted in *Job Mart* or external media, the English version of the ad should be sent for translation into French to an MBS-approved translation services supplier, if a French version of the ad does not already exist.

When preparing or reviewing the job description for a designated position, make sure it specifies the French-language proficiency level required (advanced or superior) and that it indicates which responsibilities the incumbent may be called upon to carry out in French (e.g., respond to inquiries in English and French).

Note: the job description is an internal document, and therefore does not need to be translated into French, even if it is given to candidates before an interview.

Step 3 - Post the job ad

The OPS is committed to broad access to employment. Ministries are encouraged to widen the area-of-search in employment advertising for designated positions. As a result, competitions for designated positions are generally *open* rather than OPS-wide *restricted*. **Please note that specific exceptions to the requirement to post are included in collective agreements, the Staffing Operating Policy, the Managers Guide to Staffing, etc.**

Job ads must be sent to the Communications Services Branch of Management Board Secretariat for review and posting. The **Staffing Operating Policy** stipulates that: “*All external paid employment advertisements must be sent for processing to Management Board Secretariat.*”

Competitions for designated positions generally appear in:

- *Jobmart* (in English and French);
- *GoJobs* (in English and French);
- English-language newspapers (in English);
- French-language newspapers (in French).

Note: job ads for non-designated positions do not have to be advertised in French-language newspapers.

LeDroit is the only daily French-language newspaper in Ontario; most French-language newspapers are weekly or bi-weekly papers. When there are no French-language newspapers in the area of search, the ad for a designated position that runs in the English-language newspapers must include a phrase in French giving candidates the name and telephone number of the person to call to get information in French about the position. For example, you can use the following: “Pour renseignements, veuillez communiquer avec...”.

Useful tips

- Consult your ministry’s French-language services coordinator or your local human resources consultant about effective ways to reach potential candidates for designated positions, or about developing coordinated ministry-wide initiatives to attract qualified bilingual candidates.
- Consider placing both the English and French ads on external job boards, such as Workopolis.
- Consider adding the phrase in French (“Pour renseignements, veuillez communiquer avec...”) in the English ad even if the French ad appears in a local French-language newspaper, again to attract the attention of French-speaking readers.
- Consider placing ads in French-language newspapers outside the province, especially for professional or specialized positions.

Outreach strategies

- Since ads in *Jobmart* and newspapers are not always sufficient to reach qualified bilingual candidates, consider using outreach strategies to increase the pool of potential candidates. Ministries have often been successful in recruiting bilingual candidates by:
 - Placing ads in the newsletters or on the bulletin/job boards of Francophone agencies and organizations;
 - Using the services of search firms/head hunters that specialize in bilingual positions;
 - Placing ads in professional French-language journals;
 - Developing links with Francophone colleges, and with bilingual universities that may be able to identify candidates and advertise the position on their bulletin boards;
 - Participating in job fairs at Francophone colleges, and bilingual universities.

Links

- *Renewing and Revitalizing the Workforce: Actions for Managers* (MBS) (http://intra.hropenweb.gov.on.ca/hrstrategy/rr_catalogue/manager/entry.htm)

Step 4 - Review applications

As outlined in the **Staffing Operating Policy** (Corporate Management Directives, 2000) there are mandatory requirements in the process of recruitment and selection. They are:

- *Recruitment activities must be based on a documented description of the duties, responsibilities and qualifications required of the work to be performed.*
- *Employee selection must be based on a thorough assessment of a candidate's ability to demonstrate the qualifications required for effective performance. For permanent work, candidates must be assessed using at least one screening method (e.g. review of resumes) and **at least three rating methods** (e.g., work samples, interviews, work-related tests, written or oral presentations, behavioral competency assessments, personnel file reviews, reference checks, etc.)*

The **Staffing Operating Policy** also points out that:

- Selection criteria form the basis on which all candidates are screened and rated and must :
 - Be developed from, and weighted in accordance with, the relative importance of the duties of the work to be performed,
 - Reflect the required qualifications for each vacancy to be staffed,
 - Be established at the outset and not changed during the selection process,
 - Reflect legal and mandatory requirements for credentials, where required.

- Selection criteria for positions requiring proficiency in French must include French-language proficiency at either the advanced or superior level and proficiency in English. It is also important to remember that French-language skills and levels must be identified as mandatory selection criteria and that the ministry French-language Services (FLS) Coordinator must be consulted before any staffing action takes place.
- Candidates applying for a designated position may choose to send their application in French. This correspondence should be treated as any other external correspondence in French. As a result, applications received in French must be responded to in French.

Useful tips

- If possible, use a standard acknowledgment response that has already been translated into French. The Human Resources Branch may have some samples.
- To ensure that applications received in English and French are given equal consideration, have résumés in French reviewed in confidence by a manager or member of the selection panel who is proficient in French and who understands the duties, responsibilities and requirements of the position being filled.
- Do not ask an applicant who has provided a résumé in French for a résumé in English; if the applicant does not have a résumé in English, the applicant may feel that his/her application in French will not be given equal consideration. In some cases, the manager may wish to have the résumé translated into English.

Step 5 – Conduct preliminary screening for French-language proficiency

When screening candidates applying for a designated position to determine who to interview, managers should first verify whether the candidate states in his/her letter of application or résumé that he/she is proficient in French or that he/she has provided French-language services in the past. If this information is not available, arrange for a bilingual employee to call the candidates and have an informal chat with them to determine if they can speak French.

Step 6 – Interview candidates (if interviews used)

If no preliminary screening for French-language proficiency has been conducted, at least one member of the selection panel, if used, should be present to ask one or two questions in French. If following the interview, candidates are given written tests in English and French, the test in French should complement – not replace – a French-language written proficiency evaluation.

Step 7 – Arrange for French-language proficiency evaluations

The selected candidate should undergo a French-language evaluation for verbal proficiency, and written proficiency if required, before being offered the job to make sure he/she is at the required level.

The OFA strongly encourages all managers to arrange for **formal evaluations** conducted by MBS-approved suppliers for the following reasons:

- suppliers are professionally trained to assess French-language skills;

- suppliers provide evaluation reports or certificates that identify the candidates' specific proficiency level (e.g., intermediate-plus, advanced, superior);
- the results of the evaluation are transferable to other OPS designated positions requiring the same French-language proficiency level.

The costs associated with the formal evaluations (approximately \$60 per evaluation) are the responsibility of the program area involved in the recruitment.

Informal evaluations of verbal and written French-language proficiency are evaluations conducted by a bilingual employee who informally talks to candidates to determine if they can perform certain tasks in French in a particular work context. These evaluations do not specify the exact level of proficiency (e.g., intermediate plus) and whether the candidates' ability in French is transferable to another work context.

Useful tips

- Consult the ministry's French-language services coordinator to find out what measures are in place to evaluate the French-language proficiency level of candidates.
- Ask candidates if they have a certificate from an MBS-approved evaluation services supplier showing that they have the required proficiency. Those who have been previously formally evaluated by an MBS-approved vendor at the required proficiency level do not need to be evaluated again.
- Ask a French-speaking employee to contact candidates by phone and discuss in French the French-language proficiency evaluations being arranged. Candidates who are not in fact bilingual and who did not know that they would be evaluated for their French-language skills may withdraw from the competition at this stage.

Links

- *French-language Training & Evaluation Guideline* (MBS), (<http://intra.cpb.gov.on.ca/pdf/Frtraing.pdf>)
- *List of French-language proficiency evaluators approved by MBS*, SSB intranet site. ()

Step 8 – Record the French-language proficiency level of candidates

When the position is filled, the manager is responsible for recording the French-language proficiency level of the selected candidate. It is expected that WIN will be able to record this information at a future date.

Useful tips

- The language proficiency results of external candidates whose French-language skills were formally evaluated but who were not hired should be kept on file for 6 months with the candidates' consent. This information can be used to identify potential candidates for other designated positions.
- All candidates who were formally evaluated for their French-language proficiency should be given copies of their evaluation report or certificate for their personal files. If

they apply again for a designated position and this information is no longer kept on file, they can provide proof that they have already been evaluated.

4. HOW TO BACK-FILL A DESIGNATED POSITION

When an employee in a designated position takes a temporary assignment or leave of absence from work, the best way to maintain the program area's level of French-language services is to back-fill the position with a person who has the French-language proficiency level and all other skills required for the job.

Consult your ministry's French-language services coordinator if you need advice and assistance to back-fill a designated position.

5. WHAT TO DO WHEN THE INITIAL SEARCH IS UNSUCCESSFUL

If after having followed all the recruitment procedures to fill a designated position, you are unable to find a qualified bilingual candidate, consider outreach strategies (see 3. *Post job ad, Useful tips, outreach strategies*).

If the outreach strategies utilized do not lead to the hiring of a qualified bilingual candidate, consult your ministry's French-language services coordinator. Together, you can explore whether alternative measures are possible, such as transferring the designation within your program area to another equivalent vacant position (e.g. administrative, technical, policy-related). These options must be weighed carefully as to not adversely affect an area's overall capacity to provide service of equal quality and accessibility in English and French.

In any situation where your best efforts are not yielding the required results, continue consulting your ministry's FLS coordinator for information and advice.

Useful tips

- Document all your efforts to fill the position (e.g., open competition, outreach efforts, formal evaluation results).

6. HOW TO ABOLISH A DESIGNATED POSITION

Restructuring exercises, program reviews and other organizational changes may lead to the abolition of designated positions. However, when such a situation occurs, it is most important to ensure that designated positions remain in sufficient numbers to ensure that any service that continues to be offered also continues to be offered in French.

Please note that relevant collective agreements, the Public Service Act, Regulation 977, the Operating Procedure for the Workforce Adjustment of Employees in the Management Compensation Plan and Excluded Category, and all other relevant legislation, policies, guidelines and procedures must be followed.

The following describes the steps to abolish a designated position:

Step 1 - Inform your ministry's French-language services coordinator of your intention to abolish a designated position as a result of restructuring. Explain rationale for the decision.

Step 2 - The coordinator will seek authorization from the deputy minister to proceed with the abolition of the designated position and the deputy minister will in turn inform the OFA.

7. STRATEGIES TO RECRUIT BILINGUAL CANDIDATES

Program areas that continue to have difficulty recruiting bilingual employees for certain designated positions may need to work in close collaboration with their ministry's French-language services coordinator to develop some medium and long-term strategies that will eventually produce the bilingual workforce that is needed.

Useful tips

- Contact Francophone colleges and work with them to develop training programs that will produce graduates who will have the technical skills that are needed for certain positions and who may be fluent in English and French.
- Work with other ministries to promote career opportunities for bilingual people within the Ontario government.
- Consider having a ministry booth at job fairs held in areas designated under the *FLSA*.
- Signal your interest to MBS in having French-speaking interns assigned to your area.
- Encourage French-speaking staff to participate in mentoring or career development programs in order to eventually access bilingual positions with a higher classification level.

8. BUMPING RIGHTS AND DESIGNATED POSITIONS

Please see applicable collective agreement provisions regarding bumping, and contact your Human Resources Branch if you have any questions.

9. REPORTS ON DESIGNATED POSITIONS

Deputy ministers are required to submit an annual report to the OFA on the status of designated positions within their ministry. This report is prepared by the ministry's French-Language services coordinator. The information pertaining to each ministry is incorporated in a report prepared by the OFA for the Minister Responsible for Francophone Affairs.

10. STRATEGIES TO RETAIN STAFF IN DESIGNATED POSITIONS

Bilingual employees are in demand. When you have staff in designated positions, do what you can to support them in offering high quality French-language services and encourage them to stay. Here are seven retention strategies:

Provide appropriate equipment and supplies

Staff in designated positions may need equipment that will help them perform their French-language services duties, such as:

- A keyboard programmed to produce French-language diacritics, such as accents;
- A French spell-check program;

- French dictionaries (e.g., *Le Robert*) and English-French and French-English dictionaries (e.g., *Robert & Collins*).

They should also know how to conduct an online terminology search using the ONTERM database, which gives the official Government of Ontario English and French terminology. If staff members in designated positions have business cards, the cards should be in a bilingual format.

Link

- *How Do I Make Accents?*, OFA's Intranet site, Communications <http://intra.ofa.gov.on.ca/Communications/communications.html>
- ONTERM, (<http://www.onterm.gov.on.ca/>)
- DICO, on-line French-English-French Dictionary (<http://www.net-dico.com/>)

Do not require staff in designated positions to perform tasks that are not part of their job descriptions

Bilingual candidates may be reluctant to apply for designated positions because they fear managers will ask them to perform tasks for which they lack the training and experience. They may also fear that their workload will be much heavier than the workload of their unilingual colleagues.

It should be noted that most people in designated positions are not hired as translators and are not trained to provide translation services. Although they may be able to prepare letters in French and review materials received in French (e.g., proposals from Francophone organizations), they should not be asked to translate documents or publications aimed at the general public (e.g., brochures, ads, forms). Managers must ensure that all publications for general distribution to the public in designated areas are translated (from English to French) by an MBS-approved translation services supplier.

Employees in designated positions should also not be asked to provide simultaneous translation services for conferences or in complex situations such as those related to legal procedures. This should be done by professional interpreters.

Useful tips

- Most ministries have an employee who is responsible for coordinating translation requests. If you do not know who this employee is, contact your ministry's French-language Services Coordinator.
- If you require the services of an interpreter, contact the Association of Translators and Interpreters of Ontario at 1-800-234-5030.

Links

- *English and French-English Translation and Proofreading Services Operating Policy*, (<http://intra.cpb.gov.on.ca/pdf/Transrvd.pdf>)

Encourage partnerships with other bilingual colleagues

An employee in a designated position may be the only employee in the program area who speaks and/or writes French, and may have few opportunities to discuss issues related to French-language services with peers. This can be a serious problem for employees who are expected to answer inquiries or write letters in French, or review materials received in French. While a letter written in English will be proof-read and checked by many employees throughout the approval process, there may be no other bilingual employee within a program area to proof-read a letter in French. Only a few ministries have bilingual staff (e.g., translators) who are responsible for proof-reading documents written in French by staff, such as correspondence and presentation material.

Useful tips

- If there is no employee responsible for proof-reading documents written in French, encourage staff in designated positions to develop partnerships with colleagues in designated positions to check each other's documents in French.
- Provide opportunities for staff in designated positions to meet (face-to-face or by teleconference) with other ministry staff in designated positions to discuss common issues and concerns about French-language services.
- Encourage all staff to contact the ministry's French-language services coordinator for information on French-language services requirements.

Provide opportunities to maintain French-language skills

Some employees in designated positions may receive very few calls or requests in French, and have few opportunities to speak or write in French. Staff in professional level positions may have few opportunities to make presentations to French-language groups or to participate in consultations involving the Francophone community.

This can make it difficult for staff in designated positions to maintain or upgrade their verbal or written French-language skills and to offer quality French-language services to the public.

Useful tips

- Offer training in French to staff in designated positions to maintain or upgrade their French-language skills (e.g., grammar refresher, business writing, presentation skills, group facilitation). *Note:* Ministry program areas generally fund French-language training out of their general budget for training.
- Offer French-language training to employees who are at least at the intermediate French-language proficiency level to allow them to reach the advanced level and be considered for some bilingual positions and broaden the pool of potential candidates for designated positions.
- Encourage staff in designated positions to attend conferences and seminars that are available in French.

- Work with other program areas to organize meetings for bilingual staff and arrange for presentations to be given in French by bilingual OPS staff on issues related to French-language services or other issues or subjects of interest.
- Consult your ministry's French-language services coordinator to obtain information on French-language training suppliers and for advice or assistance on organizing other training or events in French for bilingual staff.

Provide career development opportunities

Bilingual candidates, internal or external to the OPS, will be more willing to apply for designated positions if they feel that they will have the same career development and learning opportunities as employees in non-designated positions (e.g., acting assignments, secondments). Managers should ensure that employees in designated positions have the same career development and learning opportunities as staff in non-designated positions.

Reference: *4. How to back-fill a Designated Position*

Useful tip

- When an employee in a designated position changes positions within a unit or branch, whether temporarily or permanently, it may be possible to temporarily transfer the designation to that position. In this way, the employee has the career development opportunity and the program still meets its French-language requirements. Consult your ministry's French-language services coordinator if you wish to make such a change.

Educate all staff about French-language services procedures

Managers need to ensure that all employees know who is responsible for providing services in French within the program area. This will allow for calls from French-speaking members of the public to be transferred promptly to an employee who speaks French. All staff should also be familiar with French-language services requirements. For instance, staff answering main phone lines should answer with a bilingual greeting, such as "Ministry of Environment, Bonjour", to indicate that services are available in French.

Useful tips

- Make sure that employees answering general inquiry phone lines have a list of names and phone numbers of employees in designated positions. They should also know when these employees are away and who provides back-up French-language services. If you have bilingual employees in non-designated positions who are willing to occasionally provide services in French, include them in the list.
- Staff answering general inquiry phone lines should be encouraged to use the phrase "Un instant, s'il vous plaît" (meaning "One moment please") before promptly transferring a French-language call.

Links

- <http://intra.ofa.gov.on.ca/> and <http://www.ofa.gov.on.ca/english/indexeng.htm>

Provide formal recognition by including French-language services in job performance reviews

All staff members, from front-line to senior management staff, in central offices or offices located in or serving designated areas, are accountable for the effective planning and delivery of French-language services. Whether or not their positions are designated, all employees must follow OPS directives and guidelines related to services in French. This aspect of their work should be reflected in their performance agreement and discussed during their performance review.

Useful tips

- In the context of your own performance review, discuss your responsibilities related to French-language services with your supervisor.
- When reviewing the performance of staff, discuss responsibilities related to French-language services with each employee, as well as the resources and French-language training needed to provide high quality French-language services.

Link

- *Performance Management Operating Policy*, HR OpenWeb intranet site (<http://intra.cpb.gov.on.ca/pdf/Perfmgmtop.pdf>)

11. ROLES AND RESPONSIBILITIES OF KEY PLAYERS

Minister Responsible for Francophone Affairs

The Minister Responsible for Francophone Affairs is responsible for the administration of the *FLSA*.

Secretary of Cabinet

As the most senior public servant in the Ontario government, the Secretary of Cabinet assesses the performance of deputy ministers. Customer services, including French-language services, are an important component of the performance contract of deputy ministers.

Management Board Secretariat (MBS)

MBS sets the corporate requirements for human, financial and physical resources and the service delivery standards for ministries and agencies. Its policies, directives and guidelines must take into account legislated French-language requirements. MBS also manages the WIN system, which can produce required reports on designated positions.

Office of Francophone Affairs (OFA)

The OFA is a central agency that assists the Minister Responsible for Francophone Affairs with the administration of the *FLSA*. It sets OPS policies, procedures and guidelines with respect to the planning and delivery of provincial government services in French. It works

closely with ministry French-language Services Coordinators to monitor compliance with the *FLSA*. It reviews requests to abolish designated positions as well as ministry annual reports on designated positions. It reports to the Minister Responsible for Francophone Affairs on the status of French-language services in the Ontario public service.

Deputy ministers

Each deputy minister is accountable to the Executive Council for the implementation of the *FLSA* and the quality of French-language services in his or her ministry. Deputy ministers are required to put in place adequate resources and mechanisms to meet the needs of Ontario's Francophone community. They are also responsible for submitting to the OFA an annual report on the status of French-language services in their ministry including information on designated positions.

French-language Services Coordinators

The duties of French-language Services Coordinators consist mainly of management functions for the integration of French-language services into ministry activities and into service delivery processes. They include short-term and long-term strategy and action planning, policy development, consultation, enforcement and monitoring, facilitation, problem solving, liaison and communication, outreach and community relations. French-language Services Coordinators also provide advice regarding the management and staffing of designated positions; may assist with recruitment, interviewing and coordination of French-language proficiency evaluation. They review proposed changes to the status of designated positions and seek authorization from the Deputy Minister to abolish designated positions. They also prepare an annual report on designated positions to submit to the OFA.

Program area managers

Managers of program areas that plan and/or deliver services to the public in designated areas are responsible for ensuring that all of their staff members comply with French-language services government directives and guidelines. They must ensure that their program areas have sufficient bilingual staff in designated positions to provide high quality French-language services. They are responsible for staffing and managing designated positions.

Employees

All employees in central offices or offices located in or serving designated areas who are involved in the planning and/or delivery of services to the public are responsible for ensuring that French-speaking Ontarians have access to services in French that are equivalent in quality and accessibility to those offered in English. Employees in designated positions are responsible for the delivery of high quality French-language services.

Human resources consultants

Human resources consultants are responsible for providing advice and assistance to managers with respect to the application of legislation, policies, guidelines, and collective agreement provisions related to the staffing and management of designated positions.

Government Translation Service Unit (Management Board of Cabinet)

The Government Translation Service Unit selects suppliers of translation. It also manages large or complex translation projects. It provides standardization of French terminology specific to the Ontario government.

Shared Services Bureau (SSB) (Management Board of Cabinet)

SSB is responsible for maintaining vendors of record for both French-language training and French-language competency evaluation. SSB is also responsible for providing corporate clearance (or assigning surplus employees) prior to a manager proceeding to posting.

12. CONCLUSION

As the Ontario Public Service strives to renew and revitalize its workforce, it faces stiff competition from other employers bidding for the same human resources. Recruiting people for designated positions who have the required French-language proficiency level and the other qualifications for the job can be a challenge, especially for specialized or professional level positions.

Managers should work closely with their ministries' French-language services coordinators to make sure that all reasonable efforts are made to recruit qualified staff for designated positions and ensure that their program areas have the capacity to provide high quality French-language services to French-speaking clients.

13. Qs & As

1) How does a manager determine which position(s) to designate when his/her program area is going to be responsible for the delivery of new and expanded programs?

In consultation with the ministry's French-language services coordinator and the local human resources consultant, managers should ensure that positions are designated to cover all tasks related to the planning and delivery of services for the public in French at central offices and offices located in or serving designated areas. For instance,

- Administrative (e.g., receptionists, administrative assistants);
- Communications (e.g., communications advisers, media relations officers);
- Human resources (e.g., human resources consultants);
- Inspection, investigation and enforcement (e.g., police officers, conservation officers);

- Operational (e.g., radio dispatchers);
- Policy and program development, stakeholder relations and public consultations (e.g., policy analysts, program consultants);
- Technical (e.g., technicians with contacts with the public);
- Specialized (e.g. engineers, biologists with contacts with the public).

In addition, ministries should consider designating management and senior management positions as well as positions of individuals responsible for proof-reading French-language publications, forms and documents aimed at the general public (after translation and before printing), correspondence written by staff in French and assisting the Webmaster with the development and updating of the government's French-language web sites.

It should be noted that both classified and unclassified positions can be designated.

Other factors to consider when determining how many designated positions are needed include the potential volume of contact with French-speaking clients and Francophone groups, the number of hours the office is open and the number of shifts scheduled.

Reference: *2. How to decide which positions should be designated.*

2) Who determines the required French-language proficiency levels?

The manager, in consultation with the ministry's French-language services coordinator and the local Human Resources consultant, reviews the job description and determines if the position requires both verbal and written French-language skills at the advanced or superior levels as specified by the guidelines. Once the French-language requirements and skills levels have been established for the position, the information should be recorded in the WIN system.

Reference: *3. How to fill a designated position, Step 1*

3) What can be done to attract a good selection of qualified bilingual candidates?

Since ads in *Jobmart* and newspapers are not always sufficient to reach qualified bilingual candidates, managers should consider using outreach strategies to increase the pool of potential candidates. Ministries have often been successful at recruiting bilingual candidates by:

- Placing ads in the newsletters or on the bulletin boards of Francophone agencies and organizations;
- Developing links with Francophone colleges, and with bilingual universities that may be able to identify candidates and advertise the position on their bulletin boards;
- Participating in job fairs at Francophone colleges.

Reference: *3. How to fill a designated position, Step 3*

4) **Should formal or informal French-language services evaluations be conducted?**

The OFA strongly encourages all managers to arrange for **formal evaluations** conducted by MBS-approved suppliers for the following reasons:

- Suppliers are professionally trained to assess French-language skills;
- Suppliers provide evaluation reports or certificates that identify the candidates' specific proficiency level (e.g., intermediate-plus, advanced, superior);
- The results of the evaluation are transferable to other OPS designated positions requiring the same French-language proficiency level;

The costs associated with the formal evaluations (approximately \$60 per evaluation) are the responsibility of the program area involved in the recruitment.

Informal evaluations of verbal and written French-language proficiency are evaluations conducted by a bilingual employee who informally talks to candidates to determine if they can perform certain tasks in French in a particular work context. These evaluations do not specify the exact level of proficiency (e.g., intermediate plus) and whether the candidates' ability in French is transferable to another work context.

Reference: *3. How to fill a designated position, Step 5*

5) **Can a manager back-fill a designated position with a unilingual incumbent?**

When an employee in a designated position takes a temporary assignment or leave of absence from work, the best way to maintain the program area's level of French-language services is to back-fill the position with a person who has the French-language proficiency level and all other skills required for the job.

Managers should consult their ministry's French-language services coordinator if they need advice and assistance to back-fill a designated position.

Reference: *4. How to back-fill a designated position*

6) **What if all the recruitment procedures to fill a designated position have been followed and there is no candidate with the French-language proficiency level and the other skills required for the job?**

If after having followed all the recruitment procedures to fill a designated position, you are unable to find a qualified bilingual candidate, consider outreach strategies (see *3. Post job ad, Useful tips, outreach strategies*).

If the outreach strategies utilized do not lead to the hiring of a qualified bilingual candidate, consult your ministry's French-language services coordinator. Together, you can explore whether alternative measures are possible, such as transferring the designation within your program area to another equivalent vacant position (e.g. administrative, technical, policy-related). These options must be weighed carefully as to not adversely affect an area's overall capacity to provide service of equal quality and accessibility in English and French.

In any situation where your best efforts are not yielding the required results, continue consulting your ministry's FLS coordinator for information and advice.

Reference: *5. What to do when the initial search is unsuccessful*

7) Can a designated position be abolished?

Restructuring exercises, program reviews and other organizational changes may lead to the abolition of designated positions. However, when such a situation occurs, it is particularly important to ensure that a sufficient number of designated positions remain to ensure that any service that continues to be offered to the public is available in French.

Please note that relevant collective agreements, the Public Service Act, Regulation 977, the Operating Procedure for the Workforce Adjustment of Employees in the Management Compensation Plan and Excluded Category, and all other relevant legislation, policies, guidelines and procedures must be followed.

Reference: *6. How to abolish a designated position.*

8) How can managers retain staff in designated positions?

Employees in designated positions will be motivated to stay in designated positions and within the OPS if managers:

- Provide them with appropriate equipment and supplies to deliver services in French;
- Do not require them to perform tasks that are not part of their job descriptions, such as translation services;
- Encourage them to establish partnerships with other bilingual colleagues;
- Provide them with opportunities to maintain or upgrade their French-language skills;
- Provide them with the same career development opportunities as other staff.

Reference: *10. Strategies to retain staff in designated positions*

Section 5

Formation

Section 5

Formation

Apprentissage du français

L'apprentissage du français est une façon dont disposent les fournisseurs de services de santé pour accroître leur capacité de dispenser des services en français et d'offrir des soins de meilleure qualité. La formation peut aider à développer ou à renforcer les compétences linguistiques du personnel, lui permettant ainsi d'offrir des services directs en français.

Les fournisseurs de services de santé peuvent soutenir leurs employés de diverses façons dans l'apprentissage du français ou la consolidation de leurs compétences.

- Payer pour la totalité ou une partie des frais de scolarité.
- Rémunérer les employés pour le temps passé à l'apprentissage. Même une rémunération partielle serait appréciée par les employés qui améliorent leurs connaissances du français.
- Offrir des cours sur place.

Ces mesures pourraient encourager le personnel à apprendre le français.

Il importe aussi de reconnaître et de valoriser les compétences additionnelles des employés bilingues en donnant par exemple à ces employés l'occasion de pratiquer leurs connaissances auprès de patients et de clients qui parlent français. La recherche a montré que le personnel cache souvent sa capacité de parler français par peur que son volume de travail augmente (pas de double charge de travail). Il faut donc tenir compte de cette situation lors de l'assignation du personnel.

Options d'apprentissage du français

Les options d'apprentissage présentées ci-dessous sont offertes à tous les fournisseurs de services de santé, qu'ils soient désignés, identifiés ou non identifiés. Le coût varie d'un programme à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Programme régulier de français

Le programme de certificat en français langue seconde permet aux participants d'acquérir les connaissances et les aptitudes nécessaires pour communiquer en français de manière efficace dans un contexte professionnel ou social.

Région de Windsor : Collège Boréal, 519 948-6019
www.collegeboreal.ca

St. Clair College, 519 972-2711
www.stclaircollege.ca

Région de Chatham : St. Clair College, 519 354-9100
www.stclaircollege.ca (intro 1 seulement)

Région de Sarnia : Lambton College, 519 542-7751, poste 2400
www.lambton.on.ca

Région de London : Collège Boréal, 519 451-5194
www.collegeboreal.ca

Apprentissage en ligne : Collège Boréal
www.collegeboreal.ca
(les cours sont offerts en direct sur le Web)

Il est à noter que l'Université de Windsor offre un programme de baccalauréat en études françaises et l'Université Western offre des programmes de baccalauréat, de maîtrise et de doctorat en études françaises.

Programme de français pour le personnel des soins de santé

Le Collège Boréal offre aussi un programme de français conçu pour les personnes qui travaillent en santé. Le programme consiste en une série de dix cours de trente heures de niveaux intermédiaire et avancé. Il permet aux participants d'acquérir progressivement une bonne maîtrise du français et, ultimement, d'être en mesure de tenir une conversation avec leurs patients et leurs clients, dans le cadre de leurs tâches habituelles à titre de professionnels de la santé.

- Minimum de huit participants.
- Peut être offert sur place ou dans une salle de classe du Collège. Pour de plus amples renseignements : Collège Boréal à Windsor (519 948-6019) ou à London (519 451-5194).
- Aussi offert en enseignement à distance. Pour de plus amples renseignements : Collège Boréal à Toronto au 416 289-5130 ou au 1 800 361-6673, poste 5120.

Ma langue, ma culture, ma santé

Le Collège Boréal offre également *Ma langue, ma culture, ma santé*, un programme d'apprentissage du français adapté à la culture. Ce programme consiste en trois séries de dix modules d'une heure (niveau intermédiaire, avancé et maintien des connaissances) et quelques modules additionnels qui permettront aux participants de non seulement apprendre le français, mais aussi d'acquérir des compétences culturelles.

- Minimum de huit participants dans les locaux de l'établissement. Pour de plus amples renseignements : Collège Boréal à Windsor (519 948-6019) ou à London (519 451-5194).

Programme d'immersion française

La participation à un programme d'immersion française permet aux participants de vivre la langue et la culture dans un environnement complètement francophone. Il existe plusieurs programmes d'immersion, pour la plupart offerts au Québec, qui varient d'une semaine d'apprentissage individuel à six semaines dans un groupe et comptent différentes formules pour répondre aux besoins des adultes qui travaillent. On recherchera un programme qui inclut l'hébergement dans une famille francophone locale afin de profiter de tous les avantages de l'immersion. Le coût varie grandement d'un établissement à l'autre.

Quelques options : ¹¹

- *Centre de formation linguistique de Jonquière*, immersion de trois semaines à l'intention des adultes ou formation individuelle intensive, www.langues-jonquiere.ca/page_jonquiere.php?rubrique=servicesjonquiere;
- *Trois-Pistoles French Immersion School* de l'Université Western, immersion d'une semaine à l'intention des adultes, <http://frenchimmersion.uwo.ca/index.html>;
- Université du Québec à Trois-Rivières, École internationale de français, immersion d'une à six semaines, https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=1973;
- Université du Québec à Montréal, immersion de trois à six semaines, www.langues.immersion.uqam.ca/fr.html;
- Université du Québec à Chicoutimi, École de langue française et de culture québécoise, immersion de trois à cinq semaines, <http://elf.uqac.ca/ecole-de-langue>;
- École de langues de l'Université Laval, immersion de cinq semaines, www.elul.ulaval.ca/nos-cours/francais-langue-etrangere;
 - › Université Sainte-Anne, Nouvelle-Écosse, immersion d'une à cinq semaines, www.usainteanne.ca/5-week;
 - › Immersion en France par le biais de l'Alliance française, www.alliance-francaise.ca/fr/cours-pour-adultes/partez-en-immersion-francaise.

¹¹ La liste n'est pas complète. Pour plus d'options, faire une recherche sur Internet.

Apprentissage du français parrainé par le MSSLD

À l'heure actuelle, le bureau des services en français du MSSLD encourage l'apprentissage du français en remboursant les frais de scolarité (jusqu'à 300 \$ par cours) aux participants admissibles.

- **Offert seulement aux membres du personnel des fournisseurs de services de santé identifiés ou désignés.**
- Priorité aux professionnels qui dispensent des services directs aux patients et aux clients.
- S'applique aux cours de niveau intermédiaire ou avancé.
- Obtention de la note de passage et présence à au moins 70 % des cours exigées.

Le programme est géré par l'*Accueil francophone de Thunder Bay*, avec le soutien administratif de Jean Carrière. On peut joindre M^{me} Carrière en composant le 1 877 907-4040 ou à l'adresse jdcARRIERE@sensenbrennerhospital.on.ca.

Les lignes directrices du programme, y compris les critères d'admissibilité et de remboursement, ainsi que le *Formulaire d'admissibilité conditionnelle* se trouvent aux pages 179 à 185.

Perfectionnement professionnel en français

Les employés disposent de plusieurs options pour maintenir ou approfondir leurs compétences professionnelles en français, telles qu'un programme de formation générale, comme un cours faisant partie d'un diplôme de soins infirmiers, ou un programme ciblant la population francophone, comme le Projet TEACH sur l'arrêt du tabagisme (www.nicotinedependanceclinic.com/Francais/teach/Pages/home.aspx), lequel inclut un volet à l'intention des professionnels qui travaillent auprès des francophones et est offert en français.

Le *Consortium national de formation en santé* (CNFS) est un organisme cadre pancanadien qui réunit 11 universités et collèges offrant des programmes en français d'apprentissage de diverses disciplines de la santé, ainsi que des partenaires régionaux qui facilitent l'accès à ces programmes. Plusieurs cours sont offerts à distance. Pour de plus amples renseignements : www.cnfs.net.

Le *Programme d'excellence professionnelle* de l'Université d'Ottawa offre des dîners-causeries mensuels sur une gamme de sujets de soins de santé ainsi qu'une formation en ligne. Tous les dîners-causeries et les formations sont offerts en français par voie de vidéoconférence ou de Web en continu. Un nouveau calendrier est affiché deux fois par année, soit en août et en décembre. Pour de plus amples renseignements : www.cnfs.ca/formation/programme-dexcellence-professionnelle ou 613 746-4621, poste 6020.

Nexus Santé (www.healthnexus.ca), RIFSSSO (www.rifssso.ca), e-santé ontario (www.esante-ontario.ca) de même que d'autres organismes offrent de nombreuses options de formation en français, souvent sous forme de webinaires. Pour de plus amples renseignements, on visitera les sites Web appropriés.

Une autre excellente façon d'approfondir ses connaissances professionnelles et du français consiste à participer à des conférences en français.

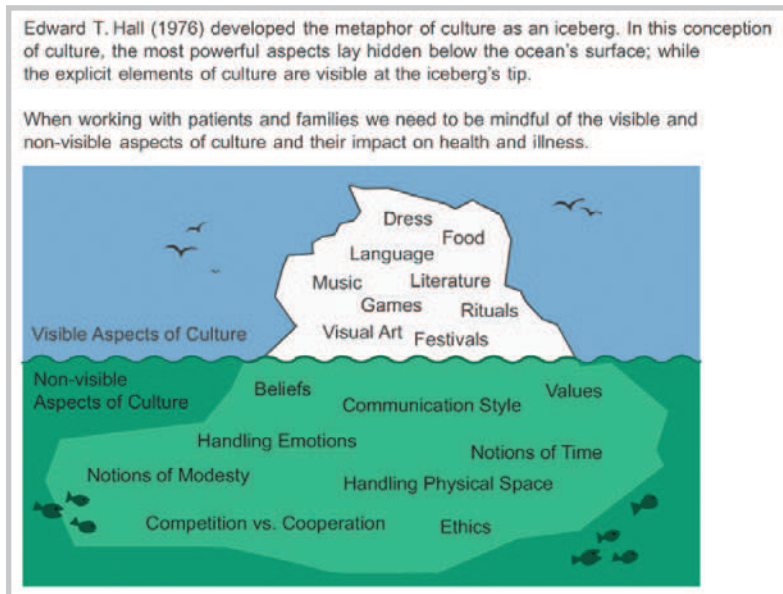
Compétence culturelle et linguistique¹²

La compétence culturelle fait partie intégrante des soins de santé de qualité, équitables et sûrs pour tous les patients et les clients.

La prestation de soins culturellement compétents est multidimensionnelle. Ainsi, il s'agit de prendre soin des familles, des patients et des clients de manière respectueuse qui tient compte de :

- la diversité de leurs croyances et antécédents sociaux, culturels et linguistiques;
- la façon dont ceux-ci influencent les croyances, les comportements et les résultats en matière de santé.

L'image suivante, tirée du site Web de l'hôpital SickKids, illustre la complexité du concept de culture.



L'hôpital SickKids est un leader canadien en matière de compétence culturelle. Il a mis au point d'excellentes ressources sur le sujet, dont des ateliers de formation des formateurs et une série de modules d'apprentissage en ligne. Ces ressources en anglais sont accessibles en ligne à l'adresse www.sickkids.ca/culturalcompetence/index.html.



Si le fournisseur de soins de santé ne tient pas compte des préférences et différences linguistiques et culturelles, la qualité des soins et la sécurité des patients peuvent être compromises. »¹²

(traduction libre)

Site Web de l'hôpital SickKids

¹² Extraits du site Web de l'hôpital SickKids, www.sickkids.ca/culturalcompetence/index.html, 30 mars 2013.

Orientation des employés sur les services en français

Il est important d'éduquer les employés à propos de l'importance de servir la population francophone, dans le cadre d'une formation annuelle en milieu de travail ou d'une séance d'orientation.

Les sujets à traiter incluent :

- Caractéristiques de la population francophone locale;
- *Loi sur les services en français*;
- Compétences culturelles et linguistiques et équité;
- Obligations à titre de fournisseurs identifiés ou désignés de services de santé;
- Plan d'action pour les prochains trois à cinq ans.



Section 5

Liste des annexes

Lettre : Programme de remboursement pour la formation linguistique

Renseignements sur le Programme de formation linguistique – Région du Sud

Programme de formation linguistique – Fiche de renseignements

Programme de formation linguistique, Formulaire d’admissibilité conditionnelle

Collège Boréal

Ma langue, ma culture, ma santé

Le 11 décembre 2013

Madame,
Monsieur,

OBJET: PROGRAMME DE REMBOURSEMENT POUR LA FORMATION LINGUISTIQUE

Par la présente nous confirmons que l'Accueil francophone de Thunder Bay coordonne le Programme de formation linguistique subventionné par le Bureau des services en français du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Dans le cadre du Programme, les employés admissibles d'organismes désignés, en voie d'être désignés, ou identifiés pour offrir des services en français en vertu de la *Loi sur les services en français*, peuvent demander un remboursement de leurs frais d'inscription à des cours de français.

À titre d'information, nous vous faisons parvenir les documents suivants :

- Renseignements sur le Programme de formation linguistique – fournit des renseignements de base sur le programme et les fournisseurs approuvés;
- Fiche de renseignements – fournit des renseignements sur l'admissibilité des employés et les exigences pour recevoir un remboursement;
- Formulaire d'admissibilité conditionnelle – doit être rempli et soumis par les employés intéressés avant l'inscription aux cours;
- Questionnaire d'évaluation – doit être rempli par les apprenants à la fin de la session.

Nous vous demandons de distribuer les renseignements ci-dessus aux employés qui :

- travaillent avec des patients, des clients, des familles et le public; et
- possèdent des compétences linguistiques en français au niveau intermédiaire ou plus.

Il est possible que, de temps à autre, nous demandions aux superviseurs immédiats des apprenants de nous fournir de la rétroaction relativement aux progrès de ces derniers.

Pour toute question, veuillez communiquer avec Madame Jean Carrière, personne-ressource du Programme de formation linguistique. Vous pouvez la joindre par téléphone au (877) 907-4040 ou (705) 337-4040 ou par courriel : jdcarriere@sensenbrennerhospital.on.ca.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

La directrice générale,



Angèle Brunelle

p.j. (4)

Renseignements sur le Programme de formation linguistique – Région du Sud

- ◆ Voulez-vous améliorer vos compétences de communication en français ?
- ◆ Vos compétences linguistiques se situent-elles au niveau intermédiaire ou à un niveau plus avancé ?
- ◆ Dans le cadre de votre travail, avez-vous des contacts directs avec des patients, des clients, des familles ou des membres du public dans un milieu de soins de santé ?

Si vous avez répondu OUI aux questions ci-dessus, ce programme est une occasion pour vous!

Le Programme de formation linguistique offre de rembourser aux employé(e)s admissibles les frais d'inscription de leurs cours de français.

N.B. : Les fonds sont limités! Veuillez voir la fiche de renseignements pour plus de détails sur les critères d'admissibilité et les exigences pour le remboursement des frais d'inscription.

Pour plus de renseignements sur les cours de français approuvés qui sont offerts dans votre région, veuillez communiquer avec le Collège Boréal.

Collège Boréal	Barrie	(705) 737-9088
	Chatham/Windsor	(519) 948-6019
	Hamilton/Niagara	(905) 544-9824
	London	(519) 451-5194
	Toronto	(416) 289-5130

Les employé(e)s intéressé(e)s peuvent également communiquer avec le collège communautaire ou l'université anglophone de leur région.

Si vous avez besoin de plus d'information, après avoir lu la Fiche de renseignements, veuillez communiquer avec Jean Carrière par téléphone au (877) 907-4040 ou (705) 337-4040 ou par courriel : jdcarriere@sensenhospital.on.ca.

Le Programme de formation linguistique est subventionné par le Bureau des services en français du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et coordonné par l'Accueil francophone de Thunder Bay.

Programme de formation linguistique – Fiche de renseignements

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Les employés sont admissibles pour participer au Programme de formation linguistique s'ils répondent aux critères suivants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

1. Être un(e) employé(e) permanent(e) d'un organisme fournisseur de services de santé désigné en vertu de la *Loi sur les services en français* ou identifié pour offrir des services en français.
2. Offrir des services directs aux patients, aux clients, aux familles ou au public.
3. Puisque le financement est limité, la priorité sera accordée aux employé(e)s qui fournissent des soins de santé directs, ensuite aux employé(e)s qui fournissent des services de soutien administratif qui améliorent la capacité de l'établissement à fournir des services en français au public.
4. Avoir atteint au moins le niveau intermédiaire en français. Les institutions d'enseignement peuvent aider à déterminer votre niveau, cependant les coûts de ces examens ne sont pas remboursables.
5. Remplir toutes les sections du Formulaire d'admissibilité conditionnelle et le soumettre pour approbation avant de vous inscrire à un cours.
6. Une fois que l'approbation est reçue, s'inscrire à un cours de niveau approprié auprès d'un organisme approuvé.

EXIGENCES POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION

Les employé(e)s sont admissibles à recevoir un remboursement de leurs frais d'inscription seulement, jusqu'à un maximum de 300 \$.

1. Soumettre le reçu original des frais d'inscription versés après avoir assisté au deuxième cours.
2. Assister à un minimum de 70 % des cours.
3. Passer le cours.
4. Immédiatement remplir et soumettre un formulaire d'évaluation dès que le cours est terminé.
5. Les employé(e)s qui abandonnent un cours dans le cadre du Programme de formation linguistique devront payer tous les coûts et les frais d'annulation.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée garantit le remboursement, par l'entremise de l'Accueil francophone de Thunder Bay, aux participants qui ont satisfait aux exigences ci-dessus. Cependant, en raison des changements à l'administration du Programme, les remboursements pourraient être retardés jusqu'à trois mois à compter de la date de la soumission du rapport final au ministère.

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC

Jean Carrière

Téléphone : (705) 337-4040 ou (877) 907-4040

Courriel : jdcARRIERE@sensnbrennerhospital.on.ca

Le Programme de formation linguistique est subventionné par le Bureau des services en français du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Programme de formation linguistique

FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ CONDITIONNELLE

Nom :			
Agence/établissement :			
Poste occupé :			
Département/Programme :			
Superviseur(e) immédiat(e) :			
Coordonnées (travail) :	Tél. :		Télec. :
Courriel :			
Adresse (travail) :			
Ville et code postal			
Adresse à domicile :			
Ville et code postal			
Téléphone à domicile :			
Courriel à domicile :			

Veuillez cocher tous les énoncés applicables :

Je participe au Programme de formation linguistique (PFL) pour la première fois.	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà participé au PFL; préciser le cours/niveau :	<input type="checkbox"/>
Je travaille directement avec des patients, des clients, des familles et le public.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Je désire m'inscrire à un cours de français langue seconde.	<input type="checkbox"/>
Je désire m'inscrire à un cours de français langue première.	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SUR LES COURS

Institution de formation/d'enseignement :	
Nom du cours/Code/Niveau :	
Début du cours :	Fin du cours :
Frais d'inscription :	Payés par : l'apprenant(e) <input type="checkbox"/> l'employeur <input type="checkbox"/>

DÉCLARATION DE L'APPRENANT(E)

- Je comprends que le fait de remplir ce formulaire ne garantit pas ma participation au Programme de formation linguistique.
- Je suis un(e) employé(e) permanent(e) (à temps plein ou à temps partiel).
- Mes compétences linguistiques en français se situent au niveau intermédiaire ou plus.
- Je dois passer le cours, assister à au moins 70 % des cours, remplir un formulaire d'évaluation et fournir le reçu original pour être admissible à recevoir le remboursement de mes frais d'inscription.
- Si j'abandonne le cours de formation linguistique, je devrai payer tous les frais d'annulation demandés par le fournisseur ou l'institution d'enseignement.
- Je consens à ce que l'institution d'enseignement divulgue à L'Accueil francophone de Thunder Bay tout renseignement de nature académique nécessaire pour traiter ma demande de remboursement.

Signature:

Date:

Veuillez envoyer à Jean Carrière par télécopieur au (705) 337-4024 ou par courriel au jcarriere@sensenhospital.on.ca.

Section 6

Traduction et interprétation

Section 6

Traduction et interprétation

Services de traduction

Le matériel écrit est une bonne façon de communiquer avec les patients et les clients. Il vient souvent appuyer l'information fournie verbalement. Cela importe particulièrement lorsqu'on n'offre pas de services directs en français; les documents écrits sont alors souvent la seule source d'information que les patients et les clients comprennent. Parmi les exemples de matériel qui devrait être offert en français figurent les formulaires de consentement et d'accueil, les feuilles de renseignements, les instructions remises au congé, les dépliants, les affiches et les sites Web. Le tableau aux pages 193 à 195, produit par le gouvernement de l'Ontario dans le document *Lignes directrices sur les communications en français, 2009*, sert de guide; il souligne les exigences pour chaque type de communication.

La traduction est un art qui consiste à prendre en considération le caractère de la langue d'origine et de lui redonner vie dans une autre langue. Les traducteurs sont des professionnels de la langue ayant reçu une formation approfondie. Les documents écrits doivent aussi être adaptés à l'auditoire cible, en tenant compte du niveau d'alphabétisation, des caractéristiques régionales, de la culture et autres.

Les coûts associés à la traduction doivent être compris dans le budget d'exploitation de l'organisme ou le budget de projets.

Comment trouver des traducteurs qualifiés

L'Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario (ATIO) maintient un répertoire de traducteurs agréés et d'autres langagiers. Le répertoire est accessible en ligne au www.atio.on.ca. On peut y effectuer des recherches par combinaisons de langues, région, spécialisation ou autres.

Les coordonnatrices des services en français des RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest peuvent aussi prêter assistance aux fournisseurs de services de santé en quête de traducteurs qualifiés.



C'est une grave erreur de penser qu'une personne ayant une bonne connaissance de deux langues puisse, de ce fait, traduire de manière invariablement compétente entre elles. »

(Traduction libre)

en.wikipedia.org/wiki/Translation

Services de traduction parrainés par le MSSLD

À l'heure actuelle, le bureau des services en français du MSSLD assure le financement d'un réseau provincial de traducteurs. Le réseau de traducteurs :

- **Est uniquement mis à la disposition des fournisseurs de services de santé identifiés ou désignés;**
- Offre gratuitement des services de traduction de l'anglais au français des documents admissibles;
- Les lignes directrices de traduction et le formulaire de demande se trouvent aux pages 197 à 215;
- Pour de plus amples renseignements : Louise Baillargeon, administratrice du service de traduction/traductrice, lbailargeon@niagarahealth.on.ca ou 905 732-6111, poste 32313.

Le réseau de traduction tient une liste principale de documents traduits sur une variété de sujets généraux liés à la santé qui peuvent être utilisés par de nombreux organismes. Il est nécessaire d'obtenir la permission de l'organisme auteur d'un document de la liste avant de l'utiliser ou de l'adapter. Pour obtenir une copie de la liste principale, on communiquera avec Louise Baillargeon à lbailargeon@niagarahealth.on.ca ou (M^{me}) Jean Carrière à jdcarriere@sensenbrennerhospital.on.ca.

Services d'interprétation

Parfois, l'interprétation constitue la seule façon de communiquer avec des patients et des clients. Bien qu'elle ne remplace jamais les services de santé directs, l'interprétation est une bonne façon de veiller à ce que la communication passe bien entre les professionnels et les patients ou les clients. Nombreux sont les organismes qui ont déjà recours à l'interprétation pour surmonter les obstacles linguistiques.

Il est déconseillé de faire appel aux membres du personnel pour des services d'interprétation, car ils devront peut être agir à l'extérieur de leur champ d'exercice. C'est le cas par exemple si l'on demande à un radiothérapeute d'aider à l'évaluation de triage à l'urgence. Les services directs en français doivent faire partie des tâches régulières des employés bilingues. Il est aussi déconseillé de faire appel aux membres de la famille du patient ou du client, car celui-ci pourrait se sentir mal à l'aise d'avoir à partager des renseignements médicaux confidentiels. Il est recommandé d'utiliser des interprètes professionnels pour assurer la qualité, la sécurité et la confidentialité des soins. Les interprètes ont reçu une formation professionnelle et sont agréés. Certains d'entre eux ont reçu une formation additionnelle en interprétation médicale ou juridique.

Pour les patients et les clients francophones, l'interprétation est perçue comme une solution provisoire, à laquelle on ne doit recourir que jusqu'à la mise sur pied de services directs en français.

Comment trouver des interprètes qualifiés

- Dans la région de Windsor-Essex : *Multicultural Council of Windsor and Essex County*, 519 255-1127, www.themcc.com (plus de 50 langues).
- Dans la région de London : *Across Languages*, 519 642-7247, www.acrosslanguages.org (plus de 74 langues).
- **Services langagiers Toronto**
Plus de 30 organismes de soins de santé, des hôpitaux aux fournisseurs de soins primaires et fournisseurs de services de soutien communautaire, dans les régions des RLISS de Toronto-Centre, Centre, Centre-Est, Centre-Ouest et Waterloo Wellington se sont récemment réunis pour acheter des services téléphoniques d'interprétation. Le programme s'appelle *Services langagiers Toronto* et est géré par le *Réseau universitaire de santé*. *Services langagiers Toronto* est appuyé par le *RIO Network*, une entreprise sociale sans but lucratif, basée à Toronto qui a établi un partenariat avec un fournisseur plus important, *Language Line*, pour donner un accès immédiat à des interprètes dans 175 langues, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Tous les interprètes sont qualifiés dans le domaine médical. Pour de plus amples renseignements, on consultera *la fiche de renseignements* aux pages 217 à 219. Les coordonnatrices des services en français des RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest peuvent aider les fournisseurs de services de santé intéressés à adhérer au partenariat.



Section 6

Liste des annexes

**Tableau sommaire des exigences en matière de communication en français
(en anglais seulement)**

Lignes directrices en matière de traduction – version révisée

Demande de service

Fiche de renseignements, Services langagiers Toronto

Interpretation Guide for Health Care Professionals

The following chart summarizes, for each type of communication, the requirements related to FLS.
 The chart is organized by format, not content of communication.
 The same document can exist in different formats (e.g. news release in printed and electronic form).

For mat	Type	Principle	Strategy	Details
P R I N T E D M A T E R I A L S	News release	Government responsibility	Both languages	For electronic news releases, post English and French versions simultaneously.
	Backgrounder	Government responsibility	Both languages	
	Speech transcript	Active offer	Important speeches: in both languages	Speeches should contain sections in French. Refer to p. 7 for more details.
			Other: Translation available upon request	
	Correspondence	Government responsibility	Language of request	Within the same turnaround time as the English.
	Form letters and surveys	Government responsibility	Bilingual format or in both languages	
	Stationery	Government responsibility	Bilingual format	
	Business cards/badges	Government responsibility	Bilingual for staff in designated positions	
	Display stands	Government responsibility	Bilingual format or in both languages	
	Signage	Government responsibility	Bilingual format	
	Forms & official documents	Government responsibility	Bilingual format or in both languages	
	Publications	Government responsibility	Bilingual format or in both languages, with exemptions for technical and scholarly documents; however, provision must be made to assist French-speaking citizens who wish to review exempted documents.	For online publications that are exempt from translation: If the English version is posted, post a fairly detailed précis in French so that the reader can grasp the content and some of the terminology.
Householders	Government responsibility	Bilingual format		

Legend « In both languages » means two separate documents—one in French and one in English. « Bilingual » means both French and English in the same document (on the same page, on either side of the page or head-to-foot).

Ad/Marketing campaign	Government responsibility	Both languages	Distribution / media placement in the Francophone media. The particularities and deadlines of French publications must be taken into account (generally not published daily).
Promotional material	Government responsibility	Bilingual format or in both languages	French version may need to be adapted to be effective in reaching Francophone target audience.

ELECTRONIC FORMAT	Intranet	Government responsibility	English Documents in French if available	FLSA does not apply; however, documents in French can be very useful for bilingual employees (e.g., for vocabulary) and should be posted in French whenever possible.
	Internet sites (info)	Government responsibility	Both languages	English and French posted simultaneously.
	Newsroom	Government responsibility	Both languages	The option of subscribing to the news service in English or in French.
	News release/ backgrounder	Government responsibility	Both languages	English and French posted simultaneously. See External Links below.
	External links	Best reference	Links to French version of sites NEVER post a link to an English site or document without a notice such as <i>Site/document en anglais seulement</i>	Whenever possible, if a reference site only exists in English: - Refer to a similar site in French - Add the link to both English and French versions (indicating in the English that the site only exists in French, if that is the case). Ensure external links open in another window, making it clear that the visitor is leaving a government site.
	E-mail from public	Government responsibility	Language of request	Within the same turnaround time as the English.
	Speech transcript	Active offer	Important speeches: in both languages	Speeches should always contain sections in French. Key elements need to be considered. For more details, refer to p. 7.
			Other: Translation available upon request	
Publications	Government responsibility	Bilingual format or in both languages, with exemptions for technical and scholarly documents with very limited target audiences.	For publications that are exempt: If the English version is posted, post a fairly detailed précis in French so that the reader can grasp the content and some of the terminology.	

Legend « In both languages » means two separate documents—one in French and one in English. « Bilingual » means both French and English in the same document (on the same page, on either side of the page or head-to-foot).

	Blogs, journals	Active offer	Both languages Responses of the public in either English or French with a notice to that effect.	
	External sites (social networking, etc)	Active offer		
	Discussion forums	Active offer	Subject, context and introduction in both languages, as well as interventions from government spokesperson/minister if applicable. Contributions of the public in either English or French with a notice to that effect.	Compile and analyze contributions in both languages. When relevant, include subjects of particular interest to the Francophone community.

ORAL	In person	Government responsibility	Service in both languages	
	Telephone call	Government responsibility	Service in both languages	
	Conference/media scrum	Government responsibility	Depending on the minister's language skills For major announcements, ensure presence of bilingual staff	List of ministers who have French skills to be provided by Cabinet Office and updated after every Cabinet appointment.
	Speech	Active offer	Language of the speaker with passages in the other language	Key elements need to be considered. For more details, refer to p. 7.
	Public event	Government responsibility	Service in both languages	Key elements need to be considered. For more details, refer to p. 7.
	Statement in the Legislature	MPP discretion	Video simultaneous translation	
	Hearings	Government responsibility	Video simultaneous translation	
	Consultations	Government responsibility	Documents in both languages Bilingual staff or interpretation services	Organize separate discussion groups or consultations for subjects of particular interest to the Francophone community. When relevant, compile and analyze the views of Francophones separately, because they may have different concerns.

Legend « In both languages » means two separate documents—one in French and one in English. « Bilingual » means both French and English in the same document (on the same page, on either side of the page or head-to-foot).

AUDIO/VIDEO	Videos	Active offer	Video recordings of events: in the language of the event. Audio/Video productions: see p. 8.	In the website menus, identify videos that are only available in English.
	Pictures, maps & graphs	Government responsibility	Depending on the medium in which they appear (websites, videos, publications)	
	Podcasts, audio recordings	Active offer	As for videos	

Legend « In both languages » means two separate documents—one in French and one in English. « Bilingual » means both French and English in the same document (on the same page, on either side of the page or head-to-foot).

Services de santé en français (SSF)

Lignes directrices en matière de traduction – version révisée

Octobre 2011

TABLE DES MATIÈRES

APERÇU	3
ADMISSIBILITÉ	3
Demandes de traduction admissibles	3
Demandes de traduction inadmissibles	7
ENVOI	8
FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE	9
NOMBRE DE MOTS	9
DOCUMENTS FRANÇAIS ÉQUIVALENTS	9
MISE EN PAGE	9
ÉCHÉANCES	9
DISTRIBUTION DE MATÉRIEL TRADUIT	10
TRADUCTION DE DOCUMENTS QUI SERONT VENDUS	10
TRADUCTION DU FRANÇAIS VERS L'ANGLAIS	10
DOCUMENTS RÉDIGÉS EN FRANÇAIS PAR LE PERSONNEL DE L'ORGANISME	11
ORGANISMES QUI FOURNISSENT DES SERVICES POUR UN CASC	11
CONFIDENTIALITÉ	11
LECTURE D'ÉPREUVE	11
FONDS PROVENANT D'UN TIERS	11
TEXTES PROTÉGÉS PAR DES DROITS D'AUTEUR	12
OUTILS DE TRADUCTION INSTANTANÉE	12
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ	12
AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ	12
CONTACT	13
ANNEXE 1	14

Lignes directrices en matière de traduction

Octobre 2011

APERÇU

Le Bureau des services de santé en français (SSF) subventionne un réseau de traduction¹, composé de bureaux de traduction gérés par des traducteurs professionnels, pour aider les organismes de paiement de transfert (OPT) identifiés et désignés à offrir du matériel écrit de qualité en français au grand public².

ADMISSIBILITÉ

Les organismes désignés et identifiés peuvent demander les services de traduction GRATUITS du Réseau de traduction, offerts de L'ANGLAIS AU FRANÇAIS (sauf indication contraire), pour les documents suivants à l'usage du grand public.

Le Réseau de traduction se réserve le droit de refuser une demande de traduction en fonction de l'échéance, des allocations budgétaires ou d'autres facteurs. Dans tous les cas, l'administratrice/traductrice, en collaboration avec l'administrateur principal, prendra la décision finale au sujet de l'admissibilité d'une demande.

Demandes de traduction admissibles

AFF Affiches (y compris les affiches temporaires) placées à des endroits qui sont accessibles aux clients et au grand public, sauf les affiches à l'intention du personnel seulement.

ANN Annonces de poste et questions d'entrevue (celles qui sont posées en français seulement) pour les postes qui indiquent que des compétences linguistiques en français sont une exigence ou un atout.

APP Documents publiés par un tiers et qui viennent appuyer les programmes ou les services de l'organisme et qui sont essentiels ou utiles à la réadaptation d'un client à la suite d'une maladie, d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical. Avant d'envoyer une demande de traduction, l'organisme doit obtenir la permission écrite du tiers d'utiliser son matériel et de le faire traduire. Ce genre de demande de traduction est sujet à l'approbation de l'administrateur principal du Réseau de traduction.

BUL Bulletins de nouvelles ou sections de bulletins de nouvelles à l'intention du grand public.

¹ Affilié au programme des Services de santé en français du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

² Le terme « grand public » s'applique aux groupes suivants, sans toutefois s'y limiter : clients/patients/pensionnaires d'un organisme; bénévoles; membres de la communauté qui reçoivent des renseignements généraux sur la santé d'un organisme; conseils scolaires, écoles, enseignants et élèves; membres d'un conseil des pensionnaires ou d'une association d'anciens patients; garderies et travailleurs de garderies; membres de la communauté qui siègent à un groupe de travail. En règle générale, les professionnels de la santé ne font pas partie de ces groupes.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

Demands de traduction admissibles (suite)

- CAF** Cartes d'affaires pour les personnes capables d'offrir des services en français.
- COM** Communiqués de presse et avis aux médias.
- CON** Formulaires de consentement, y compris ceux liés à un projet de recherche ou à un essai clinique demandant la participation de patients et de membres du grand public.
- COPT** Correspondance de l'organisme à un client ou à un membre francophone du grand public (lettres, accusés de réception, avis d'assemblées générales annuelles, etc.)
- CPU** Correspondance d'un client francophone ou d'un membre francophone du grand public à l'intention de l'organisme (traduction du français vers l'anglais) lorsque la traduction est essentielle à la prestation de soins de qualité à cette personne.
- DIR** Directives à l'intention des clients (p. ex. règlements relatifs aux incendies, règles de sécurité)
- DIS** Discours.
- DOC** Documents de consultation publique.
- DOS** Rapports de thérapeutes ou sommaires des dossiers d'un client que verra ce dernier.
- EXP** Matériel d'exposition, bannières et affiches à l'intention du grand public.
- FON** Matériel de prélèvement de fonds (correspondance, formulaires, feuillets, etc.) distribué au grand public.
- FOR** Formulaires, sondages ou questionnaires à être remplis ou signés par les clients ou les membres du grand public.
- INF** Renseignements fournis ou publiés par l'organisme (matériel éducatif, brochures, feuillets, guides) à l'intention des clients ou du grand public, s'il n'existe pas déjà de documents équivalents en français. Cette catégorie comprend aussi les énoncés de mission et de vision ainsi que les mandats des comités représentés par des membres du grand public.
- INS** Insignes d'identité.
- JOU** Avis, annonces et articles à publier en français.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

N.B.: Les avis, annonces ou articles à publier dans les journaux anglophones doivent contenir un énoncé en français indiquant où les lecteurs peuvent obtenir les renseignements en français. Les avis, annonces ou articles à publier dans les journaux francophones doivent

Demandes de traduction admissibles (suite)

contenir un énoncé en anglais indiquant où les lecteurs peuvent obtenir des renseignements en anglais.

- MAJ** Mises à jour de documents déjà traduits par le Réseau de traduction des SSF. **Veillez noter qu'il incombe aux organismes d'indiquer où sont les changements.**
- MEN** Menus pour les clients ou les pensionnaires de l'organisme.
- MES** Messages enregistrés sur un répondeur vocal automatisé.
- PLA** Plans de services en français régionaux et tout document connexe, ainsi que les plans de désignation.
- PRO** Propositions faites lors des réunions de conseils et de sous-comités (de l'anglais au français) et, exceptionnellement, les propositions faites lors des réunions des comités sur les services en français (du français à l'anglais).
- RAN** Rapports annuels des organismes qui se servent de ces documents comme outil de communication auprès du grand public, soit en les publiant dans les journaux, soit en les distribuant à la communauté.
- RAP** Rapports, sommaires, études et recommandations préparés par l'organisme et destinés au grand public.
- REC** Publicité dans le but de recruter des professionnels de la santé qui sont en mesure d'offrir des services en français de qualité.
- REU** Avis de réunion, ordres du jour et matériel distribués lors d'une réunion publique ou d'un comité de travail composé de représentants de la communauté.
- VID** Textes de vidéocassettes produites par l'organisme à l'intention de ses clients ou du grand public. Si la vidéocassette est produite par un tiers, l'organisme doit recevoir la permission de faire traduire le texte. Ce genre de demande de traduction est sujet à l'approbation de l'administrateur principal du Réseau de traduction.

Lignes directrices en matière de traduction

Octobre 2011

VOL Information, procédures, lignes directrices ou bulletins à l'intention des bénévoles de l'organisme.

WEB Toute information destinée au grand public et répondant aux critères susmentionnés, à publier sur un site web, y compris les boutons de déroulement, les menus et les barres des menus verticales.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

Les types de documents suivants ne sont pas admissibles aux services de traduction gratuits. Cependant, cela ne veut pas dire que leur traduction vers le français ne serait pas bénéfique au public ciblé si l'organisme décidait d'en assumer les frais.

Demandes de traduction inadmissibles

- ACA** Correspondance de nature administrative entre organismes.
- AFI** Affiches (permanentes ou temporaires) placées à des endroits qui ne sont pas accessibles aux clients ou au grand public.
- ANA** Annonces - postes pour lesquels les compétences linguistiques en français NE SONT PAS une exigence ou un atout.
- AUT** Documents dont nous n'avons pas les droits d'auteur ni la permission voulue pour la traduction.
- BUI** Documents à l'intention du personnel, des professionnels de la santé ou d'un autre organisme.
- COR** Révision de textes rédigés en français par le personnel de langue française.
- COS** Formulaires de consentement aux projets de recherche et essais cliniques qui ne demandent pas la participation de patients ou de membres du grand public, mais qui font seulement appel à des professionnels de la santé et à des universitaires OU qui sont parrainés par une entreprise privée.
- DEJ** Documents dont il existe déjà une traduction française ou un texte équivalent en français qui est suffisamment près du texte original pour permettre une adaptation qui suffit aux besoins de l'organisme, à la discrétion de l'administrateur principal du réseau de traduction.
- DIV** Documents pour lesquels le MSSLD ou un autre ministère/organisme a octroyé des fonds aux fins de traduction ou a demandé à l'organisme de prévoir les coûts de la traduction.
- FIN** Demandes de subventions ou de fonds.
- FTA** Documents à traduire du français à l'anglais (sauf indication contraire).
- INT** Documents et formulaires internes (à l'usage du personnel seulement), par exemple, règlements, politiques, plans stratégiques.
- JOB** Descriptions de tâches.
- LON** Documents très volumineux dont les frais de traduction seraient excessifs.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

Demandes de traduction inadmissibles (suite)

- MEM** Protocoles d'entente entre organismes, par exemple, entre un organisme de santé et un conseil scolaire.
- MOH** Documents pour des programmes qui ne sont pas subventionnés par le MSSLD.
- OND** Documents produits par un organisme qui ne figure pas à la liste régionale ou provinciale d'organismes identifiés et désignés
- PAT** Demandes de traduction dont le délai n'est pas raisonnable.
- PRV** Procès-verbaux complets des réunions de conseils, de sous-comités ou de comités des services de santé en français.
- RFP** Documents que l'organisme devrait fournir en français selon un contrat obtenu par suite d'une demande de propositions.
- SCI** Littérature universitaire, rapports commandés sur les questions techniques, mises à jour sur les développements technologiques et études de documentation dans des domaines spécialisés.
- VEN** Documents dont l'organisme ou un tiers veut vendre la traduction pour réaliser un profit.
- WID** Information qui n'est pas largement diffusée au grand public ou à la clientèle cible (sauf pour la correspondance personnelle).

D'autres types de documents ou d'autres circonstances pourraient également se présenter. En cas de doute, les bureaux de traduction consulteront l'administrateur principal du Réseau de traduction.

ENVOI

Les textes à faire traduire devraient être envoyés par courrier électronique. Les organismes sont priés de n'envoyer que les versions définitives des textes à traduire, ce qui assure un service de traduction plus rapide et efficace. Les organismes devraient communiquer avec leur AT lorsqu'ils envoient des courriels contenant des fichiers attachés volumineux, puisque les limites d'espace sur certains serveurs peuvent faire en sorte que le message ne sera pas transmis. Le volume électronique d'un fichier augmente lorsqu'on y ajoute une mise en page complexe contenant des graphiques, photos, etc.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE

Pour chaque texte à faire traduire, il faut remplir un formulaire de demande de service *NORMALISÉ*. Les organismes doivent faire parvenir le formulaire de demande rempli au bureau de traduction.

NOMBRE DE MOTS

Les organismes doivent toujours indiquer le nombre de mots à traduire sur le formulaire de demande de service. La plupart des logiciels de traitement de texte ont une fonction qui permet de compter les mots d'un document. Veuillez noter que les cases de saisie simple (text box) ne sont pas incluses dans le calcul électronique du nombre de mots et, par conséquent, ces mots doivent être comptés séparément et ajoutés au total. Si cette fonction n'est pas disponible, l'organisme doit quand même compter le nombre exact de mots.

DOCUMENTS FRANÇAIS ÉQUIVALENTS

Sur réception d'une demande de service, le bureau de traduction vérifiera si le document est déjà traduit ou s'il existe une équivalence (portant sur le même sujet) en français. Le cas échéant, le bureau de traduction pourrait informer l'organisme du document équivalent. Si l'organisme désire utiliser un document équivalent déjà disponible en français, il peut prendre les mesures nécessaires pour obtenir la permission d'utiliser le matériel.

MISE EN PAGE

Les bureaux de traduction peuvent effectuer de simples tâches de mise en page, mais ne sont pas tenus de reproduire une mise en page complexe (p. ex., tableaux, graphiques).

ÉCHÉANCES

Étant donné que les bureaux de traduction offrent des services à plus de 400 organismes, les organismes sont priés de tenir compte du processus de la traduction tôt dans la planification d'un projet, surtout les documents volumineux ou à délai critique. Dans un tel cas, ils devraient estimer le nombre de mots à faire traduire et communiquer d'avance avec le bureau de traduction pour discuter de la faisabilité du projet et de l'échéance. Nous vous demandons de n'envoyer que les versions DÉFINITIVES des documents en vue d'améliorer l'efficacité du service de traduction.

Le délai d'exécution suite à une demande de traduction dépend de la nature du document. Les documents à publier ou distribuer dans un délai très court, comme les communiqués, les annonces, les offres d'emploi, les lettres, etc., peuvent être traités avant les demandes moins urgentes. Les documents qui découlent d'une urgence en matière de santé publique seront traduits promptement sur réception. Le caractère urgent d'une demande sera déterminé par l'AT. En cas de demande urgente, nous demandons aux clients de confirmer par téléphone et de ne pas se fier entièrement sur le courrier électronique.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

Il pourrait se présenter des cas où l'échéance donnée n'est pas assez longue pour permettre la traduction d'un document. La demande de traduction pourra donc être jugée « inadmissible » et l'organisme sera encouragé à communiquer directement avec un traducteur indépendant pour faire traduire le document.

DISTRIBUTION DE MATÉRIEL TRADUIT

Selon les lignes directrices en matière de services en français de l'Office des Affaires francophones, tout instrument d'information, comme une publication, un formulaire, un communiqué, un discours, une feuille de renseignements, une trousse promotionnelle, une annonce, une affiche ou un avis, et qui sera mis à la vue ou à la disposition du grand public, devrait être diffusé simultanément en anglais et en français. Les versions françaises de ces documents doivent être d'aussi bonne qualité.

La version anglaise d'un document devrait porter la mention « *Document disponible en français* »; de même, la version française devrait porter la mention « *This document is available in English* ».

TRADUCTION DE DOCUMENTS QUI SERONT VENDUS

Les bureaux de traduction ne traduiront pas les documents dont la version française sera vendue à des fins lucratives.

TRADUCTION DU FRANÇAIS VERS L'ANGLAIS

Les bureaux de traduction ne traduiront pas de documents du français vers l'anglais, sauf pour les propositions formulées lors des réunions des comités de services en français ainsi que la correspondance de membres francophones du grand public (voir les listes de documents admissibles et inadmissibles).

Les organismes qui mettent en œuvre des services en français devraient être dotés d'employés francophones pour les aider à interpréter les documents rédigés en français (p. ex. dossiers de patients rédigés en français). Toutefois, le personnel francophone ne devrait pas avoir à produire des traductions précises de ces documents. Si les documents sont complexes et que les organismes veulent les faire traduire, ils peuvent les envoyer, à leurs propres frais, à des traducteurs indépendants spécialisés dans la traduction du français vers l'anglais. Une liste de traducteurs agréés vers l'anglais est disponible à chaque bureau de traduction.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

DOCUMENTS RÉDIGÉS EN FRANÇAIS PAR LE PERSONNEL DE L'ORGANISME

Les bureaux de traduction ne réviseront pas les documents rédigés en français par le personnel des organismes. Si les employés francophones désirent faire de la rédaction en français, il incombe à l'organisme de se procurer les ressources nécessaires en français, telles que dictionnaires et logiciels. Le coût de ces achats devrait figurer dans le budget opérationnel de l'organisme.

ORGANISMES QUI FOURNISSENT DES SERVICES POUR UN CASC

Les organismes qui concluent une entente avec un centre d'accès aux soins communautaires (CASC) pour offrir des services de soins de santé N'ONT PAS accès à une traduction gratuite des documents liés à ces services, ni des documents décrivant leurs services généraux (brochure, dépliants, etc.). [Étant donné que les CASC achètent des services par voie concurrentielle, les organismes qui répondent à un appel d'offres doivent calculer les coûts d'offrir des services en français et inclure ces sommes dans leur prix. Le Ministère ne peut accorder un avantage indu à certains fournisseurs lors de concours ultérieurs.]

Cependant, s'ils offrent des programmes pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), ces organismes ont accès à nos services de traduction pour les documents portant uniquement sur ces programmes.

CONFIDENTIALITÉ

Les bureaux de traduction assureront la confidentialité et la sécurité du contenu de tous les documents qui leur sont confiés aux fins de traduction et de lecture d'épreuve. Nous demandons que tous les renseignements signalétiques (noms, adresses, etc.) soient supprimés des textes qui nous sont envoyés.

LECTURE D'ÉPREUVE

Si une traduction est retapée ou reformatée (à l'interne ou à l'externe), l'organisme devrait demander au bureau de traduction d'en vérifier l'épreuve formatée avant l'impression et la distribution du document.

FONDS PROVENANT D'UN TIERS

Les projets jouissant de fonds de la part d'un tiers n'auront pas droit aux services de traduction des SSF, puisque nous réservons nos ressources pour les projets financés par les organismes ayant droit à nos services. Dans de tels cas où plusieurs partenaires participant à un projet, les SSF n'offriront des services de traduction que si l'organisme principal du projet est un client du Réseau de traduction des SSF.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

TEXTES PROTÉGÉS PAR DES DROITS D'AUTEUR

Pour ce qui est des textes protégés par des droits d'auteur, veuillez noter qu'il incombe au client qui en demande la traduction d'obtenir la permission écrite du détenteur des droits d'auteur de faire traduire le document. Une copie de cette autorisation doit être annexée à la demande de traduction.

OUTILS DE TRADUCTION INSTANTANÉE

Veuillez noter que les SSF déconseillent fortement l'utilisation d'outils de traduction instantanée que l'on trouve sur Internet (p., ex. Google Translate). Bien qu'à première vue ceux-ci puissent sembler être une solution rapide et gratuite à vos besoins en matière de traduction, ils sont très peu fiables, et peuvent entraîner des coûts supplémentaires et des situations gênantes pour votre organisme ainsi que ternir la relation positive que vous avez si bien acquise avec vos clients francophones. Veuillez consulter l'Annexe A, Outils de traduction instantanée, pour obtenir des exemples.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Si un organisme modifie, retape ou reformate un document traduit sans demander au Bureau de traduction des SSF d'en faire une lecture d'épreuves, le Réseau de traduction des SSF n'assumera aucune responsabilité pour les erreurs.

CONTACT

Pour obtenir des services de traduction dans votre région, veuillez communiquer avec :

Louise Baillargeon, Administratrice des services de traduction/traductrice
Services de santé en français
Emplacement de l'Hôpital de Welland
Système de santé de Niagara
Welland (Ontario) L3C 4W6
Téléphone : 905 732-6111, poste 32313 Télécopieur : 905 732-2080

Courriel : lbaillargeon@niagarahealth.on.ca

Lignes directrices en matière de traduction
Octobre 2011

Annexe 1

OUTILS DE TRADUCTION INSTANTANÉE

Le but de cette Annexe est de montrer les risques et dangers potentiels que peut entraîner l'usage d'outils de traduction instantanée pour répondre à vos besoins en matière de traduction. Tous les exemples indiqués ci-dessous ont été tirés de cas réels.

La colonne **Texte de départ** contient le texte anglais pour lequel une traduction était requise.

La colonne **Traduction automatisée** contient la traduction produite par le logiciel de traduction instantanée ou un site Internet qui offre des services de traduction instantanée.

La colonne **Contre-traduction** contient la traduction instantanée retraduite en anglais, dans le but de montrer les erreurs évidentes du logiciel de traduction.

<u>Texte de départ</u>	<u>If you require medical advice – consult your family doctor or call Telehealth Ontario at 1-866-797-0000; for emergencies call 911 or go to the nearest emergency department.</u>
<u>Traduction automatisée</u>	<u>Si vous avez besoin du conseil médical - consultez votre médecin de famille ou appel Telehealth Ontario à 1-866-797-0000; Pour l'appel d'urgence 911 ou allez au département le plus proche de secours.</u>
<u>Contre-traduction</u>	<u>If you need the medical council – call your family doctor or call Telehealth Ontario at 1-866-797-0000; for the urgent 911 call or go to the nearest department of help.</u>

Remarque: La traduction ne transmet pas le message du texte de départ. De plus, « Telehealth Ontario » est laissé en anglais alors qu'il existe une traduction officielle. Le logiciel ne réussit pas à conjuguer le verbe « appel » et n'utilise pas la bonne terminologie (emergency department).

Lignes directrices en matière de traduction
Octobre 2011

<u>Texte de départ</u>	<p><u>OVERNIGHT HOSPITAL STAYS</u> <u>As of Thursday, October 6, 2005, all in-patient services /.../ will be relocated to /.../ and to other sites across the /.../. Patients requiring overnight acute care hospital stays in the city of St. Catharines will be cared for at /.../.</u></p>
<u>Traduction automatisée</u>	<p><u>SÉJOURS DURANT LA NUIT D'HÔPITAL</u> <u>En date de jeudi, octobre 6, 2005, tous les services d'hospitalisé /.../ seront replacés à /.../ et à d'autres emplacements à travers /.../. Des patients ayant besoin des séjours aigus durant la nuit d'hôpital de soin dans la ville de la rue Catharines seront entretenus à.</u></p>
<u>Contre-traduction</u>	<p><u>HOSPITAL STAYS DURING THE HOSPITAL NIGHT</u> <u>Dated Thursday, October 6, 2005, all hospitalized services at /.../ will be placed once again /.../ and at other sites through the /.../. Patients needing acute hospital stays during the hospital night of care at the city of Catharines street will be maintained at.</u></p>

Remarque: Dans cet exemple, le format de la date est incorrect. Il y a des fautes de terminologie, de conjugaison, etc. À noter : le logiciel a traduit St. Catharines comme « rue Catharines » parce que « St. » (Saint) est perçu comme St. (rue).

<u>Texte de départ</u>	<p>When you need hospital care in /.../ and surrounding area, you need to know that your health care team will be there for you. A number of important changes are taking place across in-patient and emergency care services at /.../. To help serve you better, please take a moment to familiarize yourself with the changes.</p>
<u>Traduction automatisée</u>	<p>Quand vous avez besoin du soin d'hospitalier dans /.../ et abords, vous devez savoir que votre équipe de santé sera là pour vous. Un certain nombre de changements importants interviennent à travers l'hospitalisé et les services de soin de secours aux emplacements /.../ situés dans la /.../. Pour aider à vous servir mieux, prenez svp un moment pour se familiariser avec les changements.</p>
<u>Contre-traduction</u>	<p><u>When you need the (has no meaning) on /.../ and the area around it, you need to know that your</u></p>

Lignes directrices en matière de traduction
 Octobre 2011

	<u>health team will be there for you. A certain number of important changes intervene through the hospitalized and emergency help services at /.../ hospital sites in the city of /.../. To help serve you better, please take a moment to familiarize yourself with the changes.</u>
--	---

Encore une fois, cet exemple contient beaucoup d'erreurs. « Soins d'hospitalier » n'a aucun sens; à remarquer également que le logiciel a traduit la dernière phrase mot pour mot, lui donnant un style plutôt médiocre.

<u>Texte de départ</u>	Free Parking Lot A
<u>Traduction automatisée</u>	Libérer garant le Lot A
<u>Contre-traduction</u>	To Free warrantor the Lot A

Cette traduction donne l'impression qu'un garant est séquestré et que cette affiche demande sa liberté. Cet exemple démontre que tout texte, même s'il est court, peut être mal interprété par le logiciel.

<u>Texte de départ</u>	<u>Staff Parking No parking Tuesdays between 8:00 am and 1:30 pm.</u>
<u>Traduction automatisée</u>	<u>Équiper le parking Aucun parking le Mardi De 8 :00 am à 1 :30 pm</u>
<u>Contre-traduction</u>	Equip the parking

Équiper le parking... de quoi s'agit-il? Le logiciel n'a pas traduit le deuxième mot (parking = stationnement), conformément au contexte canadien. De plus, l'heure est rendue d'une façon particulière en français (8 h à 13 h 30). Les jours de la semaine n'ont pas une majuscule.

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

<u>Texte de départ</u>	A crisis is an acute time limited state of disequilibrium resulting from biological, situational, developmental or social sources of stress. A person in this state is temporarily unable to cope with or adapt to the stress by relying on previous methods of problem solving.
<u>Traduction automatisée</u>	une crise est un état limité par temps aigu de déséquilibre résultant des sources biologiques, situationnelles, développementales ou sociales d'effort. Une personne dans cet état ne peut pas temporairement faire face à ou s'adapter à l'effort en comptant sur des méthodes précédentes de résolution des problèmes.
<u>Contre-traduction</u>	<u>a crisis is a state limited in acute weather of imbalance resulting from the sources biological, situational, développementales or social of effort. A person in this state cannot temporarily face or adapt to the effort while counting on preceding methods of resolution of the problems .</u>

Vous remarquerez sans aucun doute que la contre-traduction n'a aucun sens. Cependant, c'est pourtant le message rendu par la version française produite par le logiciel de traduction.

Vous conviendrez sans aucun doute que ces traductions ont dû être refaites et réaffichées, entraînant des pertes de temps et de ressources. Dans certains cas, des affiches entières ont dû être enlevées, commandées à nouveau et réinstallées. Toutefois, ces dépenses inutiles sont secondaires comparativement au manque de respect qui en résulte à l'égard de la communauté francophone.

Puisque le logiciel ne peut comprendre le contexte, il ne fait qu'offrir une possibilités parmi tant d'autres lorsqu'il traduit, et la plupart du temps, il choisira le mauvais contexte. Pour traduire, il faut comprendre à fond le message de l'interlocuteur et le rendre d'une façon efficace et exacte dans une autre langue. Aucun logiciel ne peut accomplir cette tâche avec succès.

Votre administratrice/traductrice est une professionnelle compétente armée de nombreuses années d' expérience. Elle effectuera la tâche correctement la première fois, chaque fois. Si

Lignes directrices en matière de traduction Octobre 2011

vous avez des questions à ce sujet, communiquez avec votre administratrice/traductrice pour obtenir de plus amples renseignements.

DEMANDE DE SERVICE

(Version électronique)

Veillez nous fournir les renseignements demandés afin que nous puissions traiter votre demande promptement.

Titre du document :

Traduction de l'anglais au français

Nombre de mots :

Correction d'épreuves Mise à jour

Date à laquelle la traduction est requise :

(Veillez indiquer une date précise et prévoir le plus de temps possible.)

Organisme :

Service / Succursale / Programme :

Personne-ressource (*questions générales administratives*) :

Tél. :

Poste :

Courriel :

Personne-ressource (*questions sur le contenu*) :

Tél. :

Poste :

Courriel :

A qui ce document s'adresse-t-il?

Veillez indiquer, au moyen du menu déroulant ci-dessous, comment la traduction sera diffusée?

Veillez indiquer, au moyen du menu déroulant ci-dessous, la source du texte ?

Marche à suivre :

- Fournir l'équivalence française des titres propres à votre organisme (ou indiquer s'il n'existe pas de traduction).
- Expliquer les abréviations ou acronymes.
- Envoyer la version finale du document à faire traduire.
- Si la traduction est retapée ou reformatée, demander à notre service de vérifier l'épreuve (voir *Lignes directrices*).

Conditions des services de traduction :

- Les documents traduits par l'entremise de nos services ne peuvent être vendus à des fins lucratives.
- Seuls les programmes financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui sont désignés ou identifiés pour offrir des services en français ont droit à nos services de traduction.
- Les organismes qui ont établi une entente contractuelle avec un CASC pour offrir des services de soins de santé ne peuvent accéder à nos services de traduction gratuits pour les documents liés à ces programmes (voir *Lignes directrices*).
- Le document traduit doit être comparable à la version anglaise sur le plan de la qualité et de la disponibilité.
- Les textes protégés par des droits d'auteurs ne peuvent être traduits sans la permission écrite du détenteur des droits d'auteur.

J'ai lu et j'accepte les conditions susmentionnées.

Nom :

Date :

VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE ET LE TEXTE À TRADUIRE À L'ADRESSE COURRIEL SUIVANTE :

Louise Baillargeon, Administratrice des services de traduction/traductrice
Services de santé en français
Emplacement de l'Hôpital de Welland
Système de santé de Niagara
Welland (Ontario) L3C 4W6
Téléphone : 905 732-6111, poste 32313 Télécopieur : 905 732-2080

Courriel : lbailargeon@niagarahealth.on.ca

Les services de traduction sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Révisé en 2013

Fiche de renseignements

Services langagiers Toronto

- Un programme clé du RLISS du Centre-Toronto qui permettra d'augmenter de façon importante l'accès aux services de soins de santé pour les immigrants, les personnes âgées et les autres personnes dont les capacités langagières en anglais sont limitées.
- Répond à la nécessité d'offrir des services d'interprétation médicale de grande qualité, un des principaux enjeux liés à l'équité en matière de santé ciblés par le RLISS C-T.
- Dix-neuf hôpitaux, treize organismes communautaires, une équipe de services de santé à la famille et les CASC des RLISS du Centre-Toronto, du Centre, du Centre-Est, du Centre-Ouest et de Waterloo Wellington offriront ce service.
- Le RLISS C-T a constaté qu'il y avait un grand écart dans les taux que payaient les hôpitaux qui achetaient leurs propres services d'interprétation (entre 1,70 \$ et 8 \$ la minute).
 - Le RLISS a vu qu'il existait une possibilité idéale pour les hôpitaux et d'autres organismes d'acheter des services d'interprétation par téléphone et de réduire leurs frais tout en offrant un soutien langagier à un plus grand nombre de patients.
 - Le RLISS a aussi constaté le besoin d'offrir un soutien aux patients non anglophones recevant des soins à domicile et des soins de santé communautaires. Avec ces tarifs peu élevés, le RLISS C-T fournit des fonds aux organismes communautaires et aux centres de soins de santé de Toronto pour leur permettre d'offrir ce service.

Portée de Services langagiers Toronto

Pour les patients

- On estime qu'entre 400 000 et 500 000 personnes dans la région du Grand Toronto ont un niveau limité d'anglais et exigent un soutien en matière d'interprétation dans un contexte médical.
- Services langagiers Toronto offrira un meilleur accès à des services d'interprétation par téléphone dans un beaucoup plus grand nombre d'hôpitaux et d'organismes communautaires dans toute la région du Grand Toronto.
- Les immigrants et les autres personnes ayant des défis langagiers ont de meilleurs résultats sur la santé et ont moins de problèmes de santé lorsqu'ils reçoivent des soins dans leur propre langue.

- Les preuves démontrent que les personnes âgées ont un plus grand besoin de services d'interprétation que les autres membres de la population.
 - Surtout les personnes âgées souffrant de démence, car leur capacité de parler une langue seconde diminue au fur et à mesure qu'elles vieillissent.

Pour le système de santé

- Lorsque les patients qui ne parlent pas l'anglais ne sont pas en mesure de comprendre les instructions relatives à leur traitement ou lorsqu'un manque de communication se traduit par des erreurs, non seulement cela nuit aux patients, mais cela représente aussi des frais inutiles pour le système de soins de santé.
- En achetant des services d'interprétation en vrac, les hôpitaux et les organismes de soins de santé communautaires obtiendront un tarif réduit pour ces services; pour certains hôpitaux, cela représentera une réduction de jusqu'à 80 pour cent de leurs frais.

Où accéder aux services d'interprétation de Services langagiers Toronto

(Liste des hôpitaux et des organismes)

Hôpitaux

- Centre Baycrest
- Bridgepoint Health
- Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
- Hospital for Sick Children
- Hôpital régional de la rivière Humber
- Lakeridge Health Care
- Hôpital Mount Sinai
- Hôpital général de North York
- Providence Healthcare
- Rouge Valley Health System
- Centre de santé St. Joseph's
- Centre des sciences de la santé Sunnybrook
- Toronto East General Hospital
- Réseau universitaire de santé
- West Park Healthcare Centre
- William Osler Health System
- Women's College Hospital
- Hôpital général de Guelph

Organismes communautaires

- Alzheimer Society of Toronto
- Access Alliance Multicultural Health and Community Services
- Association canadienne pour la santé mentale – filiale de Toronto
- Centre de soins de santé communautaires Four Villages
- Humber Community Seniors Services Inc.
- Centre Jean Tweed
- Centre de soins de santé communautaires de Parkdale
- St. Stephen's Community House
- Centre de soins de santé communautaires Stonegate
- Storefront Humber Inc.
- Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Toronto
- Équipe de soins de santé à la famille Taddle Creek
- Services de soins de santé et de services communautaires Unison
- Services communautaires WoodGreen
- Women's Health in Women's Hands

Les dix premières langues parlées à Toronto, autres que l'anglais et le français*

Services langagiers Toronto offrira des services d'interprétation pour les plus de 170 langues et dialectes sont parlés dans la région du RLISS du Centre-Toronto.

1. L'italien
2. Les langues chinoises
3. Le cantonais
4. Le punjabi
5. Le portugais
6. L'espagnol
7. Le tagalog
8. L'urdu
9. Le tamoul
10. Le polonais

* Selon le Recensement de la population, 2006 de Statistiques Canada.

Section 7

Législation en matière
de services en français

Section 7

Législation en matière de services en français

Nos deux langues officielles, l'anglais et le français, forment la base de notre identité canadienne. C'est pourquoi, au cours de son histoire, notre pays a adopté des lois et des politiques pour protéger et promouvoir ses langues officielles. En Ontario, la *Loi sur les services en français* (LSF) garantit les droits des Franco-Ontariens.

Loi sur les services en français

La *Loi sur les services en français, L.R.O. 1990* garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans 25 régions désignées (voir les pages 259 et 260).

Le préambule de la LSF reconnaît l'apport du patrimoine culturel de la population francophone et désire le sauvegarder pour les générations à venir.¹³

*Dans l'affaire Lalonde (connue aussi sous l'affaire Montfort), la Cour d'appel de l'Ontario a confirmé que... La LSF doit être interprétée à la lumière du principe constitutionnel fondamental du respect et de la protection des minorités. Elle doit donc recevoir une interprétation large et libérale, en conformité de ses objectifs de promouvoir et de protéger la communauté francophone de l'Ontario. La Cour d'appel de l'Ontario a aussi reconnu le caractère quasi constitutionnel de la LSF.*¹⁴

En vertu de la LSF, tous les services dispensés au public par un ministère ou un organisme du gouvernement de l'Ontario doivent être disponibles en français dans les bureaux gouvernementaux situés dans une région désignée ou desservant une région désignée. Dans le RLISS d'Érié St. Clair, les régions désignées sont la cité de Windsor, les villes de Belle River et Tecumseh, les cantons d'Anderdon, de Colchester North, de Maidstone, de Sandwich South, de Sandwich West, de Tilbury North, de Tilbury West et de Rochester ainsi que la ville de Tilbury et les cantons de Dover et de Tilbury East. Dans le RLISS du Sud-Ouest, les régions désignées sont la ville de London. À titre d'organismes de la Couronne du gouvernement de l'Ontario, les Réseaux locaux d'intégration de services de santé (RLISS) sont assujettis à la LSF. Ils doivent s'assurer que leurs services et les services qu'ils financent sont offerts en français à la population francophone.

¹³ Extraits de la *Loi sur les services en français*, R.S.O. 1990.

¹⁴ *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*, p. 13.

Les organismes financés en partie par la province (hôpitaux, garderies, foyers de groupe etc.) ne sont pas automatiquement assujettis à la LSF mais ils peuvent demander leur désignation. Le Conseil des ministres passe alors un règlement et les organismes deviennent des fournisseurs officiels de services en français.¹⁵

Comme on le mentionne ci-dessus, les fournisseurs de services de santé ne sont pas automatiquement assujettis à la LSF. Le RLISS a l'autorité d'identifier un ou tous ses fournisseurs, en tant qu'organismes recevant du financement public, afin de planifier et de dispenser des services en français et de soumettre un rapport sur leurs progrès au RLISS. L'objectif à long terme consiste à amener ces fournisseurs « identifiés » à demander la désignation en vertu de la LSF.

Pour de plus amples renseignements, on consultera la LSF et ses règlements aux pages 229 à 238.

Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

Dans son préambule, la *Loi sur l'intégration du système de santé local* déclare que : « La population de l'Ontario et son gouvernement croient que le système de santé devrait être guidé par un engagement à l'égard de l'équité et un respect de la diversité des collectivités lorsqu'il dessert la population de l'Ontario et respectent les exigences de la *Loi sur les services en français* lorsqu'il dessert les collectivités francophones. » Les RLISS d'Érié St Clair et du Sud-Ouest, à l'instar de tous les RLISS de l'Ontario, respectent la *Loi sur l'intégration du système de santé local* et la LSF.

Pour de plus amples renseignements, on consultera la *Loi sur l'intégration du système de santé local* et le règlement 284/11 aux pages 261 à 285.

Entités de planification des services de santé en français

En vertu de la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, les RLISS ont l'obligation d'engager l'entité de planification des services de santé en français dans la région géographique. Il existe six entités dans la province. Localement, une entité couvre les régions d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest.

Les entités ont pour mandat de conseiller les RLISS sur ce qui suit :

- *les façons d'engager la collectivité francophone de la zone;*
- *les besoins et priorités de la collectivité francophone de la zone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;*

¹⁵ Office des Affaires francophones,
www.ofa.gov.on.ca/fr/loi.html.

- les services de santé dont dispose la collectivité francophone de la zone;
- l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans la zone;
- les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- la planification et l'intégration des services de santé dans la zone.¹⁶

Pour de plus amples renseignements sur l'Entité de planification des services de santé Érié St. Clair/Sud-Ouest, on consultera les pages 289 et 290 ou www.entite1.ca.

Office des affaires francophones

L'Office des affaires francophones (OAF) collabore avec les ministères pour veiller à l'application de la LSF. Il veille à ce que le public ait accès à des services en français dans les 25 régions désignées et informe les autres niveaux de gouvernement et le public au sujet de la population francophone de la province.

Concrètement, l'OAF :

- Appuie la ministre déléguée aux Affaires francophones dans le développement des services en français et l'élaboration des politiques et programmes qui répondent aux besoins des francophones de l'Ontario;
- Offre des conseils d'experts sur les questions qui touchent les francophones et la prestation des services en français;
- Recueille et fournit des renseignements sur la communauté francophone de l'Ontario;
- Agit comme lien entre la communauté francophone, les ministères et les organismes gouvernementaux.¹⁷

Pour en savoir plus sur l'OAF, on consultera www.ofa.gov.on.ca/fr/oaf.html.

Commissaire aux services en français

Le Commissariat aux services en français est un organisme du gouvernement de l'Ontario. Son mandat premier consiste à veiller à l'application de la LSF lors de la prestation des services gouvernementaux. *À ce titre, le commissaire aux services en français est chargé de mener des enquêtes indépendantes selon la Loi sur les services en français, par suite de plaintes ou de sa propre initiative, de préparer des rapports sur les enquêtes et de surveiller les progrès accomplis par les organismes gouvernementaux en ce qui concerne la prestation des services en français en Ontario.*

¹⁶ Règlement de l'Ontario 515/09, paragraphe 3 (1).

¹⁷ Office des affaires francophones, www.ofa.gov.on.ca/fr/oaf.html.

Le commissaire relève directement de l'Assemblée législative de l'Ontario. À ce titre, il conseille les parlementaires et leur propose des recommandations liées à l'application de la Loi. À l'écoute de la communauté francophone ainsi que de tous ceux qui appuient son développement, le Commissariat cumule les rôles suivants :

- recevoir, traiter les plaintes et assurer leur suivi;
- sensibiliser la fonction publique sur les attentes des citoyens;
- exercer ses pouvoirs d'enquête et de recommandation en matière de prestation des services en français;
- conseiller les parlementaires et leur proposer des recommandations.¹⁸

Pour en savoir plus sur le commissaire aux services en français et pour lire son rapport annuel et ses rapports spéciaux, on consultera www.csf.gouv.on.ca/fr.

Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) considère que l'équité est l'un des facteurs clés de la prestation de soins de qualité. Le MSSLD a créé l'outil d'EIES pour favoriser l'équité en matière de santé et réduire les disparités qui peuvent être évitées entre les groupes de population. L'EIES permet également de mieux cibler le capital investi dans les soins de santé – et d'offrir les bons soins, au bon endroit et au bon moment.

L'EIES est un outil de prise de décisions qui guide les utilisateurs, étape par étape, tout au long du processus permettant de déterminer l'impact d'un programme, d'une politique ou d'une initiative sur les groupes de population. L'EIES couvre les impacts potentiels involontaires. L'objectif ultime consiste à maximiser les impacts positifs et à réduire les impacts négatifs qui pourraient éventuellement approfondir les disparités en matière de santé entre les groupes de population – autrement dit, assurer une meilleure équité à l'application d'un programme, d'un service ou d'une politique. L'utilisation efficace de l'EIES repose sur de bons éléments de preuve.

L'EIES, un outil mis au point par le MSSLD, a quatre objectifs principaux :

1. Permettre de déterminer les impacts potentiels involontaires (positifs et négatifs) de la prise de décisions liées à l'équité en matière de santé sur certains groupes de la population
2. Soutenir les améliorations basées sur l'équité lors de l'élaboration d'une politique, d'une planification, d'un programme ou d'un service
3. Intégrer l'équité dans les modèles de prise de décisions d'une organisation
4. Sensibiliser davantage les gens au sein de l'organisation à l'équité en matière de santé.¹⁹

¹⁸ Commissaire aux services en français, www.csf.gouv.on.ca/mandat.

¹⁹ MSSLD, www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/heaia/tool.aspx.

Pour de plus amples renseignements, on consultera l'outil EIES aux pages 291 à 348 ou www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/tool.aspx.

Impact des barrières linguistiques

Les barrières linguistiques posent un risque non seulement pour le patient, mais aussi pour le fournisseur de soins de santé, et elles mettent en péril la sécurité du patient. Les problèmes de communication entraînent :

- *observance réduite du traitement par le patient;*
- *accès réduit aux soins et aux services de prévention;*
- *erreurs de diagnostic ou médicales;*
- *nombre accru de tests et de consultations médicales;*
- *répercussions négatives sur la santé;*
- *incidents critiques;*
- *satisfaction réduite du patient et du fournisseur;*
- *coûts élevés de soins de santé.*²⁰

En éliminant les barrières linguistiques, les fournisseurs de services de santé ne feront pas qu'améliorer la santé des patients et des clients francophones, mais ils contribueront aussi à l'amélioration de l'état de santé de la communauté dans son ensemble.



Il a été démontré que les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, la qualité des soins, les droits des patients, la satisfaction des patients et des intervenants et, surtout, sur les résultats des traitements des patients. ((...)) Il existe aussi des preuves que les barrières linguistiques constituent un facteur d'inefficacité du système de santé. »

Sarah Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, 2001

²⁰ Bowen, S. et J. Roy. *Intégration des services d'interprétation dans la gestion des risques*, p. 6.



Section 7

Liste des annexes

Loi sur les services en français

Règlement de l'Ontario 407/94

Règlement de l'Ontario 398/93

Règlement de l'Ontario 671/92

Règlement de l'Ontario 284/11

Carte des régions désignées

Loi sur l'intégration du système de santé local

Règlement de l'Ontario 515/09

Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest

Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé

Supplément concernant les services en français

Grille d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé

Loi sur les services en français

L.R.O. 1990, CHAPITRE F.32

Période de codification : du 1^{er} janvier 2014 à la [date à laquelle Lois-en-ligne est à jour](#).

Dernière modification : 2013, chap. 16.

Préambule

Attendu que la langue française a joué en Ontario un rôle historique et honorable, et que la Constitution lui reconnaît le statut de langue officielle au Canada; attendu que cette langue jouit, en Ontario, du statut de langue officielle devant les tribunaux et dans l'éducation; attendu que l'Assemblée législative reconnaît l'apport du patrimoine culturel de la population francophone et désire le sauvegarder pour les générations à venir; et attendu qu'il est souhaitable de garantir l'emploi de la langue française dans les institutions de la Législature et du gouvernement de l'Ontario, comme le prévoit la présente loi;

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement de l'Assemblée législative de la province de l'Ontario, décrète ce qui suit :

DÉFINITIONS

Définitions

1. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

«commissaire» Le commissaire aux services en français nommé en vertu de l'article 12.1. («Commissioner»)

«Commission de régie interne» La Commission de régie interne établie par l'article 87 de la *Loi sur l'Assemblée législative*. («Board of Internal Economy»)

«ministre» Le ministre délégué aux Affaires francophones. («Minister»)

«organisme gouvernemental» S'entend des organismes suivants :

- a) un ministère du gouvernement de l'Ontario, sauf que les établissements psychiatriques, les foyers et les collèges d'arts appliqués et de technologie administrés par un ministère ne sont pas inclus, à moins d'être désignés par les règlements en tant qu'organismes offrant des services publics;
- b) un conseil, une commission ou une personne morale dont la majorité des membres ou des administrateurs sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil;
- c) une personne morale à but non lucratif ou une organisation semblable, qui fournit un service au public, reçoit des subventions qui sont prélevées en tout ou en partie sur les deniers publics, et est désignée par les règlements en tant qu'organisme offrant des services publics;
- d) un foyer de soins de longue durée au sens de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* qui est désigné par les règlements en tant qu'organisme offrant des services publics, autre qu'un foyer municipal ou un foyer commun ouvert aux termes de la partie VIII de cette loi, ou un foyer de soins spéciaux au sens de la *Loi sur les foyers de soins spéciaux* qui est désigné par les règlements en tant qu'organisme offrant des services publics;
- e) un fournisseur de services au sens de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* ou un conseil d'administration au sens de la *Loi sur les conseils d'administration de district des services sociaux* qui sont désignés par les règlements en tant qu'organismes offrant des services publics.

Sont exclus les municipalités, de même que les conseils locaux au sens de la *Loi sur les affaires municipales*, à l'exception des conseils locaux qui sont désignés aux termes de l'alinéa e). («government agency»)

«service» Service ou procédure qu'un organisme gouvernemental ou une institution de la Législature fournit au public. S'entend en outre des communications faites en vue de fournir le service ou la procédure. («service») L.R.O. 1990, chap. F.32, art. 1; 1997, chap. 25, annexe E, art. 3; 2007, chap. 7, annexe 16, art. 1; 2007, chap. 8, art. 204; 2013, chap. 16, art. 1.

DROITS ET OBLIGATIONS

Prestation des services en français

2. Le gouvernement de l'Ontario assure la prestation des services en français conformément à la présente loi. L.R.O. 1990, chap. F.32, art. 2.

Droit d'employer le français ou l'anglais à l'Assemblée

3. (1) Chacun a le droit d'employer le français ou l'anglais dans les débats et les autres travaux de l'Assemblée législative. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 3 (1).

Projets de loi et lois de l'Assemblée

(2) Les projets de loi de caractère public de l'Assemblée qui sont présentés après le 1^{er} janvier 1991 sont présentés et adoptés en français et en anglais. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 3 (2).

Traduction des lois

4. (1) Le procureur général fait traduire en français, avant le 31 décembre 1991, un recueil, mis à jour, des lois de caractère public et général qui ont été adoptées de nouveau au moyen des Lois refondues de l'Ontario de 1980 ou qui ont été adoptées en anglais seulement après l'entrée en vigueur des Lois refondues de l'Ontario de 1980, et qui demeurent en vigueur le 31 décembre 1990. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 4 (1).

Adoption

(2) Le procureur général présente à l'Assemblée législative les traductions visées au paragraphe (1) afin qu'elle les adopte. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 4 (2).

Traduction des règlements

(3) Le procureur général fait traduire en français les règlements dont il estime la traduction appropriée et recommande les traductions au Conseil exécutif ou à l'autorité compétente afin que le Conseil ou l'autorité les adopte. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 4 (3).

Droit aux services en français

5. (1) Chacun a droit à l'emploi du français, conformément à la présente loi, pour communiquer avec le siège ou l'administration centrale d'un organisme gouvernemental ou d'une institution de la Législature et pour en recevoir les services. Chacun jouit du même droit à l'égard de tout autre bureau de l'organisme ou de l'institution qui se trouve dans une région désignée à l'annexe ou qui sert une telle région. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 5 (1).

Duplication des services

(2) Lorsque le même service est fourni par plus d'un bureau dans une région désignée, le lieutenant-gouverneur en conseil peut désigner un ou plusieurs des bureaux afin qu'ils fournissent le service en français, s'il est d'avis que le public de la région désignée bénéficiera ainsi d'un accès raisonnable au service en français. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 5 (2).

Idem

(3) Si un ou plusieurs bureaux sont désignés en vertu du paragraphe (2), le paragraphe (1) ne s'applique pas à l'égard du service offert par les autres bureaux de la région désignée. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 5 (3).

Pratique existante

6. La présente loi n'a pour effet de porter atteinte à l'utilisation ni de la langue française ni de la langue anglaise hors du champ d'application de la présente loi. L.R.O. 1990, chap. F.32, art. 6.

Limitation des obligations

7. Si toutes les mesures raisonnables ont été prises et que tous les projets raisonnables ont été élaborés afin de faire respecter la présente loi, les obligations qu'elle impose aux organismes gouvernementaux et aux institutions de la Législature sont assujetties aux limitations raisonnables et nécessaires qu'exigent les circonstances. L.R.O. 1990, chap. F.32, art. 7.

Règlements

8. Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement :

- a) désigner des organismes offrant des services publics, aux fins de la définition du terme «organisme gouvernemental»;
- b) modifier l'annexe en y ajoutant des régions;
- c) exempter des services de l'application des articles 2 et 5 si, de l'avis du lieutenant-gouverneur en conseil, cette mesure s'avère raisonnable et nécessaire et si elle ne porte pas atteinte à l'objet général de la présente loi. L.R.O. 1990, chap. F.32, art. 8.

Désignation restreinte de l'organisme offrant des services publics

9. (1) Le règlement qui désigne un organisme offrant des services publics peut restreindre le champ d'application de la désignation de sorte que celle-ci ne porte que sur des services précis que fournit l'organisme, ou préciser les services qui sont exclus de la désignation. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 9 (1).

Consentement de l'université

(2) Le règlement pris en application de la présente loi et qui s'applique à une université n'entre pas en vigueur sans le consentement de l'université. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 9 (2).

Avis et observations touchant le règlement d'exemption

10. (1) Le présent article s'applique au règlement :

- a) visant à exempter un service aux termes de l'alinéa 8 (1) c);
- b) visant à révoquer la désignation d'un organisme offrant des services publics;
- c) visant à modifier un règlement qui désigne un organisme offrant des services publics de manière à exclure ou à soustraire un service de la portée de la désignation. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 10 (1).

Idem

(2) Le règlement visé au présent article ne peut être pris qu'après l'écoulement d'un délai d'au moins quarante-cinq jours suivant la publication, dans la *Gazette de l'Ontario* et dans un journal généralement lu en Ontario, d'un avis énonçant la substance du règlement proposé et invitant le public à adresser ses observations au ministre. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 10 (2); 2013, chap. 16, art. 3.

Idem

(3) Après l'expiration du délai de quarante-cinq jours, le lieutenant-gouverneur en conseil peut prendre sans avis additionnel le règlement qui comporte, le cas échéant, les changements jugés souhaitables. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 10 (3).

MINISTRE ET EMPLOYÉS

Ministre

11. (1) Le ministre est chargé de l'application de la présente loi. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 11 (1); 2013, chap. 16, par. 4 (2).

Fonctions

(2) Le ministre élabore et coordonne la politique et les programmes du gouvernement en ce qui concerne les affaires francophones et la prestation des services en français. À ces fins, il peut :

- a) préparer et recommander les projets, les politiques et les priorités du gouvernement en ce qui concerne la prestation des services en français;
- b) coordonner, contrôler et surveiller la mise sur pied des programmes du gouvernement visant à la prestation des services en français par les organismes gouvernementaux et des programmes concernant l'emploi de la langue française;
- c) formuler des recommandations relativement au financement des programmes du gouvernement visant à la prestation des services en français;
- d) ABROGÉ : 2007, chap. 7, annexe 16, par. 2 (1).
- e) exiger que des projets gouvernementaux visant à la mise en oeuvre de la présente loi soient élaborés et présentés et impartir des délais relatifs à leur élaboration et à leur présentation.

Le ministre remplit également les fonctions qui lui sont assignées par décret ou par une autre loi. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 11 (2); 1993, chap. 27, annexe; 2007, chap. 7, annexe 16, par. 2 (1).

Rapport annuel

(3) À la fin de chaque exercice, le ministre présente au lieutenant-gouverneur en conseil un rapport sur les affaires de l'Office des affaires francophones. Il dépose ensuite le rapport devant l'Assemblée si elle siège, sinon, à la prochaine session. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 11 (3).

Règlements

(4) Sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, le ministre peut de façon générale, par règlement, assurer une meilleure application de la présente loi et, notamment :

- a) régir la publication de documents du gouvernement en français;
- b) régir la prestation des services en français aux termes d'un contrat conclu avec une personne qui a convenu de fournir des services pour le compte d'un organisme gouvernemental, y compris les circonstances dans lesquelles ce dernier peut conclure un tel contrat. 2007, chap. 7, annexe 16, par. 2 (2); 2013, chap. 16, par. 4 (2).

Office des affaires francophones

12. (1) Les employés qui sont jugés nécessaires pour remplir les fonctions du ministre sont nommés aux termes de la partie III de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario*. L'ensemble de ces employés constitue l'Office des affaires francophones. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 12 (1); 2006, chap. 35, annexe C, art. 48; 2013, chap. 16, par. 5 (1).

Fonctions de l'Office des affaires francophones

(2) L'Office des affaires francophones peut :

- a) examiner la disponibilité et la qualité des services en français et faire des recommandations en vue de leur amélioration;
- b) recommander la désignation des organismes offrant des services publics et l'ajout à l'annexe de régions désignées;
- c) exiger que des personnes morales à but non lucratif et des organisations semblables ainsi que des établissements, des foyers, des maisons et des collèges visés à la définition du terme «organisme gouvernemental» lui fournissent des renseignements qui peuvent être pertinents en ce qui concerne la formulation de recommandations au sujet de leur désignation en tant qu'organismes offrant des services publics;
- d) recommander des modifications aux projets des organismes gouvernementaux en ce qui concerne la prestation des services en français;
- e) faire des recommandations en ce qui concerne l'exemption ou l'exemption proposée d'un service aux termes de l'alinéa 8 (1) c).

L'Office remplit également les fonctions qui lui sont assignées par le ministre, le Conseil exécutif ou l'Assemblée législative. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 12 (2); 1993, chap. 27, annexe; 2013, chap. 16, par. 5 (2).

COMMISSAIRE AUX SERVICES EN FRANÇAIS

Commissaire aux services en français

12.1 (1) Est créé un poste appelé en français commissaire aux services en français et, en anglais, French Language Services Commissioner, dont le titulaire est un fonctionnaire de l'Assemblée. 2013, chap. 16, art. 6.

Définition

(2) La définition qui suit s'applique au présent article.

«parti reconnu» S'entend au sens du paragraphe 62 (5) de la *Loi sur l'Assemblée législative*. 2013, chap. 16, art. 6.

Nomination

(3) Le lieutenant-gouverneur en conseil nomme le commissaire sur adresse de l'Assemblée, mais seulement si la personne qu'il nomme a été choisie par un groupe spécial composé d'un député de chaque parti reconnu et présidé par le président de l'Assemblée, qui est un membre sans voix délibérative. 2013, chap. 16, art. 6.

Disposition transitoire

(4) Le commissaire en poste immédiatement avant l'entrée en vigueur de la *Loi de 2013 modifiant la Loi sur les services en français (commissaire aux services en français)* demeure en poste jusqu'à ce qu'il soit confirmé dans celui-ci en application du paragraphe (3) ou jusqu'à la nomination de son successeur. 2013, chap. 16, art. 6.

Mandat

(5) Le commissaire occupe son poste pour un mandat de cinq ans renouvelable une fois. 2013, chap. 16, art. 6.

Idem

(6) Le commissaire continue d'occuper son poste après l'expiration de son mandat jusqu'à ce qu'il y soit nommé de nouveau ou jusqu'à la nomination de son successeur. 2013, chap. 16, art. 6.

Révocation

(7) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, sur adresse de l'Assemblée, révoquer le commissaire pour un motif valable. 2013, chap. 16, art. 6.

Délégation

(8) Le commissaire peut déléguer par écrit le pouvoir d'exercer ses fonctions ou pouvoirs à toute personne employée au Commissariat aux services en français, sous réserve des conditions prévues dans l'acte de délégation. 2013, chap. 16, art. 6.

Commissaire temporaire

(9) Si, pendant que l'Assemblée ne siège pas, le commissaire ne peut pas exercer les fonctions de son poste pour une raison quelconque ou que celui-ci devient vacant, le lieutenant-gouverneur en conseil nomme un commissaire temporaire dont les fonctions se terminent lorsque le commissaire est de nouveau capable d'exercer ses fonctions ou lorsqu'un nouveau commissaire est nommé en application du paragraphe (3), selon le cas. 2013, chap. 16, art. 6.

Choix effectué par un groupe spécial

(10) Le lieutenant-gouverneur en conseil ne peut nommer un commissaire temporaire en application du paragraphe (9) que si la personne qu'il nomme a été choisie par un groupe spécial composé d'un député de chaque parti reconnu et présidé par le président de l'Assemblée, qui est un membre sans voix délibérative. 2013, chap. 16, art. 6.

Pouvoirs et fonctions

(11) Le commissaire temporaire exerce les pouvoirs et les fonctions du commissaire. 2013, chap. 16, art. 6.

Nature de l'emploi

12.1.1 (1) Le commissaire se consacre exclusivement à ses fonctions. Il ne peut occuper aucun autre poste pour la Couronne ni accepter aucun autre emploi. 2013, chap. 16, art. 6.

Non un fonctionnaire

(2) Le commissaire n'est pas un fonctionnaire au sens de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario*. 2013, chap. 16, art. 6.

Traitement et avantages sociaux

12.1.2 (1) Le commissaire et un commissaire temporaire nommé en application du paragraphe 12.1 (9) reçoivent le traitement que fixe la Commission de régie interne et qui est comparable à celui versé aux autres fonctionnaires de l'Assemblée. 2013, chap. 16, art. 6.

Idem

(2) Le traitement du commissaire ne peut être diminué que sur adresse de l'Assemblée. 2013, chap. 16, art. 6.

Indemnités

(3) Le commissaire a droit à des indemnités de déplacement et de subsistance raisonnables lorsqu'il exerce les fonctions que lui attribue la présente loi ailleurs qu'à son lieu de résidence ordinaire. 2013, chap. 16, art. 6.

Régime de retraite

(4) Le commissaire participe au Régime de retraite des fonctionnaires. 2013, chap. 16, art. 6.

Commissariat

12.1.3 (1) Est prorogé le bureau appelé en français Commissariat aux services en français et, en anglais, Office of the French Language Services Commissioner. 2013, chap. 16, art. 6.

Budget

(2) Les sommes nécessaires à l'administration du Commissariat aux services en français sont prélevées sur les crédits affectés à ces fins par la Législature. 2013, chap. 16, art. 6.

Directives

(3) La Commission de régie interne peut donner au commissaire des directives en ce qui concerne les dépenses et ce dernier doit s'y conformer. 2013, chap. 16, art. 6.

Prévisions budgétaires

(4) Le commissaire présente chaque année à la Commission de régie interne les prévisions des sommes d'argent dont il aura besoin pour exercer les fonctions que lui attribue la présente loi. 2013, chap. 16, art. 6.

Examen par la Commission

(5) La Commission de régie interne examine les prévisions et peut les modifier selon ce qu'elle estime approprié. 2013, chap. 16, art. 6.

Vérification

(6) Les comptes et les opérations financières du Commissariat aux services en français sont vérifiés annuellement par le vérificateur général. 2013, chap. 16, art. 6.

Employés

12.1.4 (1) Sous réserve de l'approbation de la Commission de régie interne, le commissaire peut employer les personnes qu'il juge nécessaires au bon fonctionnement du Commissariat aux services en français. Il peut fixer leurs salaires ou leurs traitements ainsi que leurs conditions d'emploi. 2013, chap. 16, art. 6.

Disposition transitoire

(2) Les employés du Commissariat aux services en français en poste immédiatement avant le jour de l'entrée en vigueur de la *Loi de 2013 modifiant la Loi sur les services en français (commissaire aux services en français)* conservent leur qualité d'employés du Commissariat. 2013, chap. 16, art. 6.

Salaires et traitements

(3) Les salaires ou les traitements fixés en vertu du paragraphe (1) doivent être comparables à ceux fixés aux termes de la partie III de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario* pour les fonctionnaires employés aux termes de cette partie pour travailler dans un ministère, à l'exclusion du cabinet d'un ministre, qui occupent des postes semblables. 2013, chap. 16, art. 6.

Avantages sociaux

(4) Les employés du Commissariat aux services en français bénéficient des avantages sociaux fixés aux termes de la partie III de la *Loi de 2006 sur la fonction publique de l'Ontario*, en ce qui concerne les questions suivantes, pour les fonctionnaires employés aux termes de cette partie pour travailler dans un ministère, à l'exclusion du cabinet d'un ministre, qui ne font pas partie d'une unité de négociation :

1. Les crédits de vacances et de congés de maladie pour assiduité cumulatifs, ainsi que les paiements s'y rapportant.
2. Les régimes d'assurance-vie collective, d'assurance de frais médicaux et chirurgicaux ou de protection du revenu à long terme.
3. L'octroi de congés. 2013, chap. 16, art. 6.

Idem

(5) Pour l'application du paragraphe (4), si des avantages sociaux dont bénéficie un employé du Commissariat aux services en français sont subordonnés à l'exercice d'un pouvoir ou d'une fonction discrétionnaire, ce pouvoir ou cette fonction peut être exercé par le commissaire ou par toute personne qu'il autorise par écrit. 2013, chap. 16, art. 6.

Locaux et fournitures

12.1.5 Le commissaire peut louer à bail les locaux et acquérir le matériel et les fournitures nécessaires au bon fonctionnement du Commissariat aux services en français. 2013, chap. 16, art. 6.

Immunité

12.1.6 (1) Sont irrecevables les instances introduites contre le commissaire ou un employé du Commissariat aux services en français pour un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice effectif ou censé tel des fonctions que lui attribue la présente loi. 2013, chap. 16, art. 6.

Témoignage

(2) Ni le commissaire ni un employé du Commissariat aux services en français n'est un témoin contraignable dans une instance civile qui se déroule hors de l'Assemblée en ce qui concerne un acte accompli en vertu de la présente loi ou d'une autre loi. 2013, chap. 16, art. 6.

Fonctions du commissaire

12.2 Le commissaire fait ce qui suit pour favoriser l'observation de la présente loi :

- a) il mène des enquêtes sur la mesure dans laquelle la présente loi est observée ainsi que sur la qualité de l'observation par suite de plaintes concernant les services en français portées par quiconque, ou encore de sa propre initiative;
- b) il prépare des rapports sur les enquêtes, notamment des recommandations pour améliorer la prestation des services en français;
- c) il surveille les progrès accomplis par les organismes gouvernementaux en ce qui concerne la prestation des services en français;
- d) il conseille le ministre sur des questions liées à l'application de la présente loi;
- e) il exerce les autres fonctions que lui attribue le lieutenant-gouverneur en conseil. 2007, chap. 7, annexe 16, art. 3.

Enquêtes sur les plaintes à la discrétion du commissaire

12.3 (1) Le commissaire peut, à sa discrétion, décider de ne prendre aucune mesure par suite d'une plainte concernant les services en français, y compris refuser ou cesser d'enquêter sur une plainte s'il est d'avis que, selon le cas :

- a) l'objet de la plainte est futile;
- b) la plainte est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- c) il a déjà été fait enquête sur l'objet de la plainte et celui-ci a été réglé;
- d) l'objet de la plainte ne porte ni sur une contravention ni sur un défaut de se conformer à la présente loi ou, pour tout autre motif, il ne relève pas de la compétence du commissaire en vertu de la présente loi. 2007, chap. 7, annexe 16, art. 3.

Avis donné à l'auteur de la plainte

(2) S'il décide de ne prendre aucune mesure par suite d'une plainte ou de ne prendre aucune autre mesure à son égard, le commissaire donne un avis écrit de sa décision à l'auteur de la plainte et en précise les motifs. 2007, chap. 7, annexe 16, art. 3.

Enquêtes

12.4 (1) Sous réserve de la présente loi, le commissaire peut déterminer la procédure à suivre pour mener une enquête. 2007, chap. 7, annexe 16, art. 3.

Obligation de donner un avis à l'administrateur général

(2) Avant d'entreprendre une enquête, le commissaire avise l'administrateur général ou un autre administrateur en chef de l'organisme gouvernemental visé de son intention de mener une enquête. 2007, chap. 7, annexe 16, art. 3.

Application de la Loi de 2009 sur les enquêtes publiques

(3) L'article 33 de la *Loi de 2009 sur les enquêtes publiques* s'applique à une enquête menée par le commissaire. 2009, chap. 33, annexe 6, art. 60.

Confidentialité

(3.1) Les renseignements divulgués au commissaire aux termes de la présente loi sont confidentiels et ne peuvent être divulgués à personne sauf, selon le cas :

- a) par la personne concernée par les renseignements ou avec son consentement;
- b) dans le cadre d'une instance criminelle selon les règles de droit;
- c) conformément à la présente loi. 2013, chap. 16, par. 7 (1).

Rapport sur le résultat d'une enquête

(4) Le commissaire fait rapport du résultat d'une enquête :

- a) dans le cas d'une enquête qui découle d'une plainte, à l'auteur de la plainte, à l'administrateur général ou à un autre administrateur en chef de l'organisme gouvernemental visé et au président de l'Assemblée;
- b) dans le cas d'une enquête faite de sa propre initiative, à l'administrateur général ou à un autre administrateur en chef de l'organisme gouvernemental visé et au président de l'Assemblée. 2007, chap. 7, annexe 16, art. 3; 2013, chap. 16, par. 7 (2).

Rapport annuel

12.5 (1) Au plus tard le 31 juillet de chaque année, le commissaire prépare et présente au président de l'Assemblée un rapport annuel sur ses activités qui peut comprendre des recommandations pour améliorer la prestation des services en français. 2013, chap. 16, art. 8.

Copie du rapport

(2) Lorsqu'il présente un rapport annuel, le commissaire en remet une copie au ministre. 2013, chap. 16, art. 8.

Dépôt du rapport

(3) Lorsqu'il reçoit un rapport annuel, le président de l'Assemblée le dépose devant celle-ci dès que raisonnablement possible. 2013, chap. 16, art. 8.

Autres rapports

12.6 (1) Le commissaire peut, à n'importe quel moment, préparer et présenter au président de l'Assemblée tout autre rapport qu'il estime approprié sur toute question liée à la présente loi. 2013, chap. 16, art. 8.

Remise d'une copie du rapport avant sa présentation

(2) Avant de présenter un rapport en vertu du paragraphe (1), le commissaire en remet une copie à tout membre du Conseil exécutif qui dirige un ministère concerné et en a la responsabilité ou au chef de toute entité publique concernée. 2013, chap. 16, art. 8.

Interprétation : chef d'une entité publique

(3) La mention au paragraphe (2) du chef d'une entité publique vaut mention du chef de sa direction ou d'une personne qui occupe un poste semblable à l'égard de l'entité. 2013, chap. 16, art. 8.

Copie du rapport

(4) Lorsqu'il présente un rapport en vertu du paragraphe (1), le commissaire en remet une copie au ministre et peut en remettre une copie à toute personne qu'il estime appropriée. 2013, chap. 16, art. 8.

Dépôt du rapport

(5) Lorsqu'il reçoit un rapport présenté en vertu du paragraphe (1), le président de l'Assemblée le dépose devant celle-ci dès que raisonnablement possible. 2013, chap. 16, art. 8.

Publication du rapport

12.7 Le commissaire peut, de la manière qu'il estime appropriée, publier ses rapports mentionnés dans la présente loi 30 jours après leur présentation, à moins que le président de l'Assemblée ne consente à ce qu'ils soient publiés à une date antérieure. 2013, chap. 16, art. 8.

COORDONNATEURS DES SERVICES EN FRANÇAIS

Coordonnateurs des services en français

13. (1) Un coordonnateur des services en français est nommé au sein de chaque ministère du gouvernement. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 13 (1).

Comité

(2) Les coordonnateurs des services en français constituent un comité que préside le fonctionnaire principal de l'Office des affaires francophones. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 13 (2).

Communication

(3) Chaque coordonnateur des services en français peut communiquer directement avec son sous-ministre. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 13 (3).

Sous-ministre

(4) Chaque sous-ministre rend compte au Conseil exécutif de la mise en oeuvre de la présente loi et de la qualité des services en français dans le ministère. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 13 (4).

MUNICIPALITÉS

Règlements municipaux portant sur les langues officielles

14. (1) Le conseil d'une municipalité située dans une région désignée à l'annexe peut adopter un règlement municipal prévoyant que l'administration de la municipalité se fera en français et en anglais et que les services municipaux au public, ou une partie précisée de ces services, seront fournis dans ces deux langues. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 14 (1).

Droit aux services en français et en anglais

(2) Lorsqu'un règlement municipal visé au paragraphe (1) est en vigueur, chacun a droit à l'emploi du français ou de l'anglais pour communiquer avec tout bureau de la municipalité et pour recevoir les services visés par le règlement municipal. L.R.O. 1990, chap. F.32, par. 14 (2).

Conseils régionaux

(3) Si une région désignée à l'annexe fait partie d'une municipalité régionale et que le conseil d'une municipalité de la région adopte un règlement municipal en vertu du paragraphe (1), le conseil de la municipalité régionale peut également adopter un règlement municipal en vertu de ce paragraphe en ce qui concerne son administration et ses services. 2002, chap. 17, annexe F, tableau.

ANNEXE

MUNICIPALITÉ OU DISTRICT	RÉGION
Ville du Grand Sudbury	La totalité
Cité de Hamilton	La totalité de la cité de Hamilton telle qu'elle existe le 31 décembre 2000
Ville d'Ottawa	La totalité
Cité de Toronto	La totalité
Municipalité régionale de Niagara	Les cités suivantes : Port Colborne et Welland
Municipalité régionale de Peel	La cité de Brampton
Municipalité régionale de Peel	La cité de Mississauga
Comté de Dundas	Le canton de Winchester
Comté d'Essex	La cité de Windsor
	Les villes suivantes : Belle River et Tecumseh
	Les cantons suivants : Anderdon, Colchester North, Maidstone, Sandwich South, Sandwich West, Tilbury North, Tilbury West et Rochester
Comté de Frontenac	La cité de Kingston
Comté de Glengarry	La totalité
Comté de Kent	La ville de Tilbury
	Les cantons suivants : Dover et Tilbury East
Comté de Middlesex	La cité de London

Comté de Prescott	La totalité
Comté de Renfrew	La cité de Pembroke
	Les cantons suivants : Stafford et Westmeath
Comté de Russell	La totalité
Comté de Simcoe	La ville de Penetanguishene
	Les cantons suivants : Tiny et Essa
Comté de Stormont	La totalité
District d'Algoma	La totalité
District de Cochrane	La totalité
District de Kenora	Le canton d'Ignace
District de Nipissing	La totalité
District de Parry Sound	La municipalité de Callander
District de Sudbury	La totalité
District de Thunder Bay	Les villes suivantes : Geraldton, Longlac et Marathon
	Les cantons suivants : Manitowadge, Beardmore, Nakina et Terrace Bay
District de Timiskaming	La totalité

L.R.O. 1990, chap. F.32, annexe; Règl. de l'Ont. 407/94, art. 1; 1997, chap. 26, annexe; 1999, chap. 14, annexe F, art. 4; 2000, chap. 5, art. 12; Règl. de l'Ont. 407/94, art. 2 (tel qu'il est pris de nouveau par le Règl. de l'Ont. 405/04, art. 1); Règl. de l'Ont. 407/94, art. 3 (tel qu'il est pris par le Règl. de l'Ont. 184/06, art. 1).

Loi sur les services en français

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 407/94 DÉSIGNATION DE RÉGIONS ADDITIONNELLES

Période de codification : Du 1^{er} mai 2009 à la [date à laquelle Lois-en-ligne est à jour](#).

Dernière modification : Règl. de l'Ont. 184/06.

Le texte suivant est la version française d'un règlement bilingue.

1. La région suivante est ajoutée à l'annexe de la Loi :

Comté de Middlesex	La cité de London
--------------------	-------------------

Règl. de l'Ont. 407/94, art. 1.

2. Les régions suivantes sont ajoutées à l'annexe de la Loi :

Municipalité régionale de Peel	La cité de Brampton
District de Parry Sound	La municipalité de Callander

Règl. de l'Ont. 405/04, art. 1.

3. La région suivante est ajoutée à l'annexe de la Loi :

Comté de Frontenac	La cité de Kingston
--------------------	---------------------

Règl. de l'Ont. 184/06, art. 1.

Loi sur les services en français

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 398/93

DÉSIGNATION D'ORGANISMES OFFRANT DES SERVICES PUBLICS

Période de codification : du 1^{er} janvier 2014 à la [date à laquelle Lois-en-ligne est à jour](#).

Dernière modification : Règl. de l'Ont. 346/13.

Le texte suivant est la version française d'un règlement bilingue.

1. Les organismes suivants sont désignés comme des organismes offrant des services publics, aux fins de la définition de «organisme gouvernemental» figurant à l'article 1 de la Loi :

1. Access (Aids Committee of Sudbury) à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
2. L'Accueil Francophone de Thunder Bay à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
3. ACFO Rive-Nord Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires par la Garderie Petit Trésor à Elliot Lake.
- 3.1 Addiction Services of Eastern Ontario/Services de toxicomanie de l'Est de l'Ontario à l'égard des programmes suivants exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, soit Services administratifs et Programme de traitement en milieu communautaire.
4. Algoma District Social Services à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
5. Algonquin Nursing Home Limited à Mattawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
6. Alzheimer Society of Cornwall and District/Société Alzheimer de Cornwall et Région mais seulement à l'égard des programmes de séances communautaires d'information, des groupes d'entraide, de soutien individuel et des groupes de soutien pour la famille exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
7. Andrew Fleck Child Care Services à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
8. L'Arche-Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 8.1 Assisted Living Southwestern Ontario mais seulement à l'égard du programme de logement avec services de soutien du Central Y exécuté pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
9. Association canadienne-française de l'Ontario — Conseil régional des Mille-Îles (ACFO — Mille-Îles) mais seulement à l'égard des programmes d'emploi exécutés par Services d'employabilité ACFOMI Employment Services pour le compte du ministère de la Formation et des Collèges et Universités.
10. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 346/13, par. 1 (2).
11. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 402/12, par. 1 (1).
12. Association pour l'intégration communautaire de Nipissing Ouest/West Nipissing Association for Community Living à Sturgeon Falls à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
13. Association pour l'intégration communautaire d'Iroquois Falls/Iroquois Falls Association for Community Living à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
14. L'Association pour l'intégration sociale d'Ottawa-Carleton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
15. «Au Ballon Rouge» (Garderie des Petits) à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
16. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 285/11, par. 1 (2).
17. La Boîte à soleil co-opérative Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.

18. Les Bouts d'Choux à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
19. Cambrian College à Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires par l'Arc-en-ciel et le Carrousel.
20. Canadian Mental Health Association/L'Association canadienne pour la santé mentale - Champlain East/Champlain Est à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
21. Canadian Mental Health Association, Sudbury Branch à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
22. Canadian Mental Health Association Timmins Branch à l'égard du programme des services à la famille et du programme d'intervention communautaire exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires et à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
23. Canadian Mothercraft of Ottawa-Carleton mais seulement à l'égard des programmes exécutés par Ontario Early Years Centre/Centre de la petite enfance de l'Ontario pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
- 23.1 Carlington Community Health Centre/Centre de santé communautaire Carlington à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
24. Carrefour des Femmes du Sud-Ouest de l'Ontario à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
25. The Catholic Family Service of Ottawa-Carleton/Service familial catholique d'Ottawa-Carleton à l'égard du programme d'intégration communautaire et du programme de violence familiale, excluant New Directions, exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
26. Central Care Corporation : Centre de soins de longue durée Montfort/Montfort Long-Term Care Centre mais seulement à l'égard des programmes exécutés au Centre pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
27. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 285/11, par. 1 (4).
28. Centre d'accueil Roger-Séguin à Clarence Creek à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
29. Centre d'activités françaises de Penetanguishene à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 29.1 Centre de counselling de Sudbury/Sudbury Counselling Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général et du ministère des Services sociaux et communautaires.
30. Centre de counselling familial de Timmins/Timmins Family Counselling Centre Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
31. Centre de jour des Petits Poucets à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
32. Le Centre de jour polyvalent des aînés francophones d'Ottawa-Carleton à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
33. Centre de jour Séraphin-Marion d'Orléans à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
34. Centre de la Jeunesse de Toronto/La maison Montessori à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
35. La personne morale désignée dans ses lettres patentes sous le nom de "Centre de reeducation Cor Jesu de Timmins Incorporee" et menant des activités sous le nom de Centre Jubilee Centre, mais seulement à l'égard des services d'évaluation initiale et de planification des traitements, des services de gestion des cas, des services d'accueil ainsi que des services individualisés du Programme de traitement en établissement exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- 35.0.1 Centre de ressources familiales de Sturgeon Falls Sturgeon Falls Family Resource Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 35.1 Centre de santé communautaire de Kapuskasing et région à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
36. Centre de santé communautaire de l'Estrie Ontario à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.

- 36.1 Centre de santé communautaire de Nipissing Ouest/West Nipissing Community Health Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- 36.2 Centre de santé communautaire du Grand Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
37. Centre de santé communautaire du Niagara à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 37.1 Le centre de santé communautaire du Témiskaming à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
38. Centre de santé communautaire Hamilton-Wentworth-Niagara Inc. de Welland et Hamilton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- 38.1 Centre de santé communautaire de Sudbury-Est/Sudbury East Community Health Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
39. Centre de santé et services communautaires, Hamilton Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
40. Centre de services à l'emploi de Prescott-Russell Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
41. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 177/13, par. 1 (2).
42. Centre des Femmes Francophones du Nord-Ouest de l'Ontario à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
43. Centre des petits d'Ottawa Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
44. Centre des services communautaires de Vanier — Vanier Community Service Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
45. Centre des services de développement pour Stormont, Dundas et Glengarry à Cornwall à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
46. Centre Éducatif Soleil des Petits à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
47. Centre francophone d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel d'Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
48. Centre francophone de Sault-Ste-Marie à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
49. Centre francophone de Toronto à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général, du ministère des Services sociaux et communautaires, du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, du ministère de la Formation et des Collèges et Universités et du ministère des Affaires civiles et de l'Immigration.
50. Centre Lajoie des Aînés(es) francophones de Pembroke à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
51. Centre médical Ste-Anne Inc. à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
52. Centre Novas - CALACS francophone de Prescott-Russell à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
53. Centre parascolaire des Pionniers à Orléans à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
54. Centre parascolaire «La Clémentine» d'Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
55. Le Centre parascolaire l'Hirondelle d'Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
56. Centre Passage Parallèle des ressources familiales du Nipissing Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
57. Centre Passerelle pour femmes du Nord de l'Ontario à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général et du ministère des Services sociaux et communautaires.

58. Centre Pivot du Triangle magique de Rayside-Balfour à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
59. Centre pour enfants Timiskaming Child Care à l'égard du programme de garde d'enfants en milieu familial exécuté pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
60. Centre préscolaire Coccinelle d'Orléans à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
61. Centre psychosocial pour enfants et familles Ottawa-Carleton à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
62. Le Centre Victoria pour femmes (Sudbury) à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général et du ministère des Services sociaux et communautaires.
63. Les Centres d'Accueil Héritage à Toronto mais seulement à l'égard du Centre des Pionniers et du programme de logement avec services de soutien pour personnes âgées et personnes atteintes du SIDA de la Place Saint-Laurent exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
64. Château Gardens (Lancaster) Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé par Château Gardens Lancaster Nursing Home.
65. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 402/12, par. 1 (3).
66. Child Care Resources/Ressources sur la garde d'enfants à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires et à l'égard des programmes suivants exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse :
 - i. Services cliniques en autisme.
 - ii. Carrefours Meilleur départ.
 - iii. Services intégrés pour les enfants du Nord.
 - iv. Programme de financement des services de relève hors domicile.
 - v. Programme régional d'intervention en autisme.
 - vi. Programmes résidentiels.
 - vii. Programme de soutien en milieu scolaire - troubles du spectre autistique.
67. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 285/11, par. 1 (6).
68. The Children's Aid Society of Ottawa-Carleton/La société de l'aide à l'enfance d'Ottawa-Carleton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
69. The Children's Aid Society of the District of Sudbury and Manitoulin à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
70. The Children's Aid Society of the United Counties of Stormont, Dundas and Glengarry/La société de l'aide à l'enfance des comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
71. Children's Hospital of Eastern Ontario/L'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario, mais seulement à l'égard des programmes d'audiologie, d'ergothérapie, du milieu de l'enfant, d'orthophonie, de pharmacie clinique, de psychologie, de clinique de nutrition, de travail social et de planification des sorties exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
72. Children's Mental Health Services (Sudbury)/Services en santé mentale à l'enfance (Sudbury) mais seulement à l'égard des programmes du comité consultatif pour les placements en résidence, des services de counseling et du programme de traitement de jour exécutés pour le compte du ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance.
73. City View Centre for Child & Family Services mais seulement à l'égard des programmes exécutés par Early Years Centre Nepean-Carleton/Centre de la petite enfance Nepean-Carleton pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
74. La Clef du Bonheur de Verner à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
75. Clinique juridique bilingue Windsor-Essex/Windsor-Essex Bilingual Legal Clinic à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
76. Clinique juridique communautaire Grand-Nord Community Legal Clinic à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.

77. Clinique juridique populaire de Prescott et Russell Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
78. Clinique juridique Stormont, Dundas and Glengarry Legal Clinic à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
79. Club Accueil/âge d'or d'Azilda à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
80. Club d'âge d'or de la Vallée Inc./Golden Age Club of the Valley à Hanmer à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
81. Club d'âge d'or River Valley/Golden Age Club à River Valley à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
82. Colibri - Centre des femmes francophones du comté de Simcoe à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général et du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 82.1 Le Collège d'arts appliqués et de technologie La Cité collégiale à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Formation et des Collèges et Universités.
83. Collège Boréal d'arts appliqués et de technologie (Collège Boréal) à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Formation et des Collèges et Universités.
- 83.1 Le Collège de Hearst à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Formation et des Collèges et Universités.
84. Community Counselling Centre of Nipissing à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires et à l'égard du programme de Services de toxicomanie de Nipissing exécuté pour le compte du ministère de la Santé.
85. Community Lifecare Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé par Community Nursing Home à Alexandria.
- 85.1 Community Living Kirkland Lake à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
86. Community Living-Stormont County, mais seulement à l'égard de la résidence de la rue Adolphus et les programmes de relations communautaires et d'enseignants ressources exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
87. Community Living Timmins Intégration Communautaire à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
88. Community Service Order Program of Ottawa-Carleton/Programme d'ordonnance de service communautaire d'Ottawa-Carleton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
- 88.1 Community Support Centre of Essex County à l'égard des programmes de la Popote roulante de la Rive Nord et des Visites amicales de la Rive Nord et des services de standardiste, de réception et d'administration exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
89. Les Compagnons des Francs-Loisirs à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires par la Garderie Soleil à North Bay.
90. Conseil de planification des services communautaires de Prescott-Russell Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
91. Coopérative Brin d'herbe Inc. à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
92. Coopérative Carrousel pour parents et enfants francophones Inc. à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 92.1 Cornwall Community Hospital - Hôpital Communautaire de Cornwall, mais seulement à l'égard des programmes suivants exécutés par l'Hôpital pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :
 - i. Administration/Services généraux.
 - ii. Services de prévention à l'admission.
 - iii. Service de counseling et de traitement pour les adultes.
 - iv. Cliniques de soins ambulatoires.
 - v. Équipe communautaire de traitement intensif (ÉCTI).
 - vi. Services des finances.

- vii. Tomodensitométrie.
 - viii. Unité des soins aux patients en phase critique.
 - ix. Centre d'éducation et d'apprentissage sur le diabète.
 - x. Soutien administratif aux services de diagnostic.
 - xi. Services de diététique.
 - xii. Planification des congés.
 - xiii. Services des urgences.
 - xiv. Services d'information sur la santé.
 - xv. Services des ressources humaines.
 - xvi. Unité de psychiatrie pour malades hospitalisés.
 - xvii. Unité des services sociaux pour malades hospitalisés.
 - xviii. Chirurgie avec hospitalisation.
 - xix. Mammographie.
 - xx. Équipe d'intervention en santé mentale.
 - xxi. Médecine nucléaire.
 - xxii. Obstétrique.
 - xxiii. Ergothérapie.
 - xxiv. Salle d'opération.
 - xxv. Services de consultation externe en santé mentale.
 - xxvi. Pédiatrie.
 - xxvii. Service d'inscription des patients.
 - xxviii. Pharmacie.
 - xxix. Physiothérapie.
 - xxx. Préadmission.
 - xxxi. Orthophonie.
 - xxxii. Soins spirituels.
 - xxxiii. Réception.
 - xxxiv. Échographie.
 - xxxv. Rayons X.
93. Cornwall Home Assistance Services to Seniors Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
 94. Corporation de garde d'enfants du Nipissing Ouest/West Nipissing Child Care Corporation à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
 95. The Council on Aging/Le Conseil sur le vieillissement — Ottawa-Carleton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
 96. Conseil d'administration des services sociaux du district de Cochrane à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
 97. Early Years Centre North Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
 98. East Ferris Golden Age Club à Corbeil à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
 - 98.1 Centre des ressources de l'Est d'Ottawa/Eastern Ottawa Resource Centre à l'égard du programme de prévention de la violence familiale et du programme de soutien à domicile exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
 99. Elliott Lake and North Shore Community Legal Clinic à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.

100. Employment and Education Resource Centre of Cornwall and District Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Formation et des Collèges et Universités et du ministère des Services sociaux et communautaires.
101. L'Équipe d'hygiène mentale pour francophones de Stormont, Dundas et Glengarry Inc. à Cornwall à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
102. Extendicare Northeastern Ontario Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé par Extendicare/Tri-Town Nursing Home à Haileybury, Extendicare/Cochrane et Extendicare/Kapuskasing.
103. Extendicare Northwestern Ontario Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé par Extendicare/Hearst et Extendicare/Timmins.
104. Family Services Centre of Sault Ste. Marie and District à l'égard du programme des Services de protection des adultes et du programme de counseling communautaire exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
105. Foyer Richelieu Welland à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
106. La Fraternité — The Fraternity à Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
107. Garderie Arc-en-ciel des Mousses Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
108. Garderie Brin de Soleil d'Ottawa Est Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
109. La Garderie des Petits Poussins de Port Colborne Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
110. La Garderie Française de Hamilton Co-opérative Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
111. Garderie Francophone de St-Catharines Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
112. Garderie La Farandole de Toronto à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
113. Garderie La Joie de North York Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
114. Garderie Le Cerf-volant de Gaston Vincent à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
115. La Garderie Le Petit Navire de Hamilton Co-opérative Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
116. Garderie Rayon de Soleil de North York Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
117. Garderie «Sur un nuage» d'Ottawa-Carleton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
118. La Garderie Touche-à-tout de Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 118.1 Geriatric Psychiatry Community Services of Ottawa/Services communautaires de géronto-psychiatrie d'Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
119. Glengarry Association for Community Living à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
120. The Glengarry Inter-Agency Group Inc. à Alexandria à l'égard des programmes suivants :
 - i. Programme de protection des adultes, exécuté pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
 - ii. Service de jour pour adultes, exécuté pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
 - iii. Centre de développement de la petite enfance de l'Ontario, exécuté pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
121. Glengarry Memorial Hospital à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

122. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 346/13, par. 1 (4).
123. Golden Age «Club» d'âge d'or de Field à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
124. Golden Age «Club» d'âge d'or de Sturgeon Falls à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
125. Groupe Action pour l'Enfant, la Famille et la Communauté de Prescott-Russell à Hawkesbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
126. Habitat Interlude à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 126.0.1 Hamilton Community Legal Clinic/Clinique juridique communautaire de Hamilton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
- 126.1 Health Nexus, personne morale également connue sous la dénomination sociale de Nexus Santé, à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
127. Hearst, Kapuskasing, Smooth Rock Falls Counselling Services/Services de counselling de Hearst, Kapuskasing, Smooth Rock Falls à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
128. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 285/11, par. 1 (11).
129. Hôpital général de Hawkesbury and District General Hospital Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
130. Hôpital général d'Ottawa/Ottawa General Hospital à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
131. Hôpital Montfort à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
132. Hôpital Notre-Dame Hospital à Hearst à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
133. Hôpital privé Beechwood Private Hospital à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
134. Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital, exerçant ses activités sous le nom de Health Sciences North/Horizon Santé-Nord, à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 134.1 Horizons Renaissance Inc. à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
135. ICAN Independence Centre and Network à Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
136. Intégration Communautaire Cochrane Community Living à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 136.0.1 Intégration communautaire Hearst Community Living à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 136.1 Iris Addiction Recovery for Women à Sudbury à l'égard des services individualisés de counseling dans le cadre des programmes de traitement et de postcure ainsi que des services d'accueil exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
137. Kapuskasing & District Association for Community Living à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
138. The King's Daughters Dinner Wagon à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
139. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 402/12, par. 1 (5).
140. The Lady Minto Hospital à Cochrane à l'égard des services d'ambulance exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
- 140.1 ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 346/13, par. 1 (4).
141. Laurentian Hospital à Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
142. Maison Arc-en-ciel Centre de réhabilitation du nord de l'Ontario Inc. à Opatatika à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
143. Maison d'amitié à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.

144. Maison Décision House à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
145. Maison Fraternité — Fraternity House à Vanier à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et du ministère des Services sociaux et communautaires.
146. Maison Interlude House Inc. à Hawkesbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
147. Maison Renaissance de la Réhabilitation à Hearst à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
148. Maryfarm Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
149. Minto Counselling Centre à Cochrane à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
150. La Montée d'Elle Centre de ressource pour violence familiale S. D. et G. Inc. à Alexandria à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
151. Nipissing Children's Mental Health Services à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
152. Nipissing District Social Services Board à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
153. Nipissing District Youth Employment Service Inc. à l'égard du programme d'ordonnance de services communautaires exécuté pour le compte du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
- 153.1 Nipissing Mental Health Housing and Support Services à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
154. North Algoma Health Organization à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé par le Centre Médical à Dubreuilville.
155. North Bay and District Association for Community Living à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
156. North Eastern Ontario Family and Children's Services/Services à la famille et à l'enfance du Nord-Est de l'Ontario à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
157. Oasis Centre des femmes Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général et du ministère des Services sociaux et communautaires.
158. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 285/11, par. 1 (14).
159. Options Bytown Non-Profit Housing Corporation d'Ottawa-Carleton mais seulement à l'égard du programme de logement avec services de soutien exécuté pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 159.1 Orléans-Cumberland Community Resource Centre/Centre de ressources communautaires Orléans-Cumberland à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
160. Ottawa-Carleton Association for Persons with Developmental Disabilities mais seulement à l'égard du Centre de transition communautaire et des services de soutien à l'emploi et de support communautaire et du service résidentiel aux adultes Maryland exécutés pour le compte du ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance.
161. Ottawa-Carleton Regional Residential Treatment Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
162. Ottawa Children's Treatment Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministère des Services sociaux et communautaires.
163. Ottawa Civic Hospital Corporation à l'égard des cliniques de soins dentaires et des cliniques de fécondation in vitro exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
164. L'Hôpital d'Ottawa/The Ottawa Hospital mais seulement à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au site principal.
165. Ottawa Salus Corporation mais seulement à l'égard des programmes de soutien communautaire, de réadaptation en établissement (emplacements Fisher et Crichton), de développement communautaire (emplacements Athlone, Gladstone et MacLaren) et de services administratifs exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
166. Pavilion Family Resource Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.

167. Penetanguishene General Hospital Inc. mais seulement à l'égard des programmes d'admission et de renvoi et des services de téléphoniste, de réception, de soins ambulatoires, de ressources humaines et de comptabilité exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
168. Personal Choice Independent Living/Choix personnel Vie autonome à Ottawa, mais seulement à l'égard des programmes de logement avec services de soutien, de soins de convalescence et de coordination des cas exécutés à l'emplacement de l'avenue Bronson pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
169. Le Petit Chaperon Rouge : Garderie Francophone à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
170. La Petite Étoile de Niagara Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
171. Physically Handicapped Adults' Rehabilitation Association-Nipissing-Parry Sound à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
172. Pincrest-Queensway Health and Community Services/Services de santé et services communautaires Pincrest-Queensway mais seulement à l'égard des programmes exécutés par Ontario Early Years Centre Ottawa West-Nepean/Centre de la petite enfance d'Ottawa-Ouest-Nepean pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
173. Pleasant Rest Nursing Home Limited à L'Orignal à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
174. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 177/13, par. 1 (4).
175. La Présence, Ottawa, à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
176. Programme parascolaire La Vérendrye à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
177. Recon Association à Timmins à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
178. The Religious Hospitalers of St. Joseph of Cornwall, Ontario à Kingston mais seulement à l'égard des programmes de comptabilité, d'administration, de services cardio-respiratoires, de soins aux malades chroniques, de services de soins intensifs, de services aux diabétiques, de diététique, de ressources humaines, de lifeline, de médecine, du bloc opératoire, de physiothérapie, de chirurgie, de services sociaux, de standardiste et de services de bénévoles exécutés par l'Hôtel Dieu Hospital à Cornwall et seulement à l'égard des programmes d'administration, de standardiste, de diététique et de services sociaux exécutés par St. Joseph Villa à Cornwall pour le compte du ministère de la Santé.
- 178.1 Réseau des femmes du Sud de l'Ontario - Sarnia/Lambton à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 178.2 Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
179. La ribambelle, centre préscolaire francophone de London à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
180. Royal Ottawa Health Care Group/Services de Santé Royal Ottawa, mais seulement à l'égard du Centre de réhabilitation, des services de psychiatrie gériatriques et du programme de réadaptation psychiatrique exécutés pour le compte du ministère de la Santé et du programme de traitement de jour pour les jeunes St-Bonaventure exécuté pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 180.1 St. Gabriel's Villa of Sudbury/Villa St-Gabriel de Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
181. Sandy Hill Community Health Centre, Inc./Centre de santé communautaire Côte-de-Sable, Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
182. Sensenbrenner Hospital à Kapuskasing à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
183. Service Coordination for Persons with Coordination des services pour personnes ayant des besoins spéciaux à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à la collectivité, à la famille et à l'enfance.
184. Service d'entraide communautaire à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
185. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 139/12, par. 1 (7).

186. Services à la Jeunesse de Hearst Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 186.1 ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 402/12, par. 1 (7).
187. Les Services à l'enfance Grandir ensemble à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
- 187.1 Services aux victimes Prescott Russell Victim Services à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général.
188. Services communautaires de Prescott-Russell à Hawkesbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
189. Services communautaires et de santé Carlington Community and Health Services Corporation mais seulement à l'égard des programmes de violence familiale exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
190. Les Services correctionnels communautaires de Prescott-Russell et Glengarry à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
191. Services de garde de Rayside-Balfour à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
192. Services de santé de Chapleau Health Services à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
193. Services de toxicomanie Cochrane Nord Inc. — North Cochrane Addiction Services Inc. à Kapuskasing, Cochrane, Hearst et Smooth Rock Falls à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
194. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 402/12, par. 1 (9).
195. Services psychiatriques francophones de l'est de l'Ontario à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
196. The Sisters of St. Joseph of Sault Ste. Marie, mais seulement à l'égard des programmes de comptabilité, d'administration, de la chirurgie de jour, de la clinique pour diabétiques, de services d'alimentation, de nettoyage, de ressources humaines, d'entretien, de pastorale, de renseignements aux patients, de radiologie, de services sociaux et de soutien à domicile à l'intention des personnes âgées exécutés pour le compte du ministère de la Santé par le St. Joseph's Health Centre à Blind River.
197. Smooth Rock Falls Hospital Corporation à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
198. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 177/13, par. 1 (4).
199. Société Alzheimer Society Sudbury-Manitoulin à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
200. Les Soeurs de la charité d'Ottawa/Sisters of Charity at Ottawa à l'égard des entreprises suivantes :
 - i. Centre de santé Élisabeth-Bruyère/Élisabeth-Bruyère Health Centre à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et du programme Lifeline exécuté pour le compte du ministère de la Santé.
 - ii. Hôpital général de Mattawa/Mattawa General Hospital à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
 - iii. La Résidence Saint-Louis à Ottawa à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
 - iv. Saint-Vincent Hospital/Hôpital Saint-Vincent à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
201. Soins palliatifs Horizon-Timmins Inc./Horizon-Timmins Palliative Care Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
202. South Cochrane Addictions Services Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
203. The Sudbury and District Association for Community Living/Association pour l'intégration communautaire de Sudbury et district à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
204. Sudbury Community Service Centre à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
205. Sudbury Young Women's Christian Association à l'égard des programmes de coordination et d'administration des services exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.

206. Sudbury Youth Services Inc., Services à la Jeunesse de Sudbury Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
207. Sudbury Y.W.C.A. Brookwood Apartments à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
208. Sudbury Y.W.C.A. Genevra House à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
209. Timmins and District Hospital/L'Hôpital de Timmins et du district à l'égard des services administratifs offerts au Timmins and District Hospital Corporation, des soins primaires, secondaires et extrêmes offerts au St. Mary's General Hospital et soins de longue durée offerts au Porcupine General Hospital exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
210. Union Culturelle des Franco-Ontariennes à Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
- 210.1 University of Ottawa Heart Institute - Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, mais seulement à l'égard des programmes suivants exécutés par l'Institut pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :
 - i. Service d'admission.
 - ii. Centre de soins ambulatoires.
 - iii. Clinique d'arythmie.
 - iv. Services des auxiliaires.
 - v. Anesthésiologie cardiaque.
 - vi. Associés en cardiologie/Chirurgie.
 - vii. Laboratoire de cathétérisme cardiaque.
 - viii. Imagerie cardiaque.
 - ix. Salle d'opération cardiaque.
 - x. Chirurgie cardiaque et Clinique de chirurgie valvulaire.
 - xi. Unité de soins intensifs en chirurgie cardiaque.
 - xii. Centre de communication.
 - xiii. Unité de soins coronariens.
 - xiv. Services en français.
 - xv. Clinique de fonction cardiaque.
 - xvi. Service de télésanté cardiaque HI/Pratique infirmière avancée.
 - xvii. Services des ressources humaines.
 - xviii. Bibliothèque.
 - xix. Unité de soins infirmiers H3.
 - xx. Unité de soins infirmiers H4.
 - xxi. Nutrition.
 - xxii. Clinique des stimulateurs cardiaques et défibrillateurs.
 - xxiii. Service de la pastorale.
 - xxiv. Pharmacie pour les patients externes.
 - xxv. Unité de préadmission.
 - xxvi. Centre de prévention et de réadaptation.
 - xxvii. Télésanté/Pratique infirmière avancée.
 - xxviii. Gestion des listes d'attente (triage).
- 210.2 Valoris pour enfants et adultes de Prescott-Russell/Valoris for children and adults of Prescott-Russell à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires et du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

211. Victorian Order of Nurses, Sudbury Branch mais seulement à l'égard des programmes de soutien à domicile, des soins des pieds, de logement avec services de soutien, de service de coordination des placements et des soins infirmiers exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
212. Volunteer Organization in Community Correctional Services (V.O.I.C.S.S.) à Sudbury à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Solliciteur général et des Services correctionnels.
213. Western Ottawa Community Resource Centre mais seulement à l'égard du Program Against Woman Abuse/Programme contre la violence faite aux femmes, excluant les services de refuge fournis par Chrysalis House, et à l'égard des programmes exécutés par le Carleton-Ontario Early Years Centre/Centre de la petite enfance de l'Ontario-Carleton pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et du ministère des Services sociaux et communautaires.
214. The West Nipissing General Hospital/Hôpital général de l'ouest Nipissing à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
215. Youth Services Bureau of Ottawa, Bureau des Services de la Jeunesse d'Ottawa à l'égard du Programme de services communautaires des unités de l'est, du centre-ville et d'Ottawa et du programme du centre d'observation et de détention Sherwood exécutés pour le compte du ministère des Services sociaux et communautaires.
216. 519179 Ontario Inc. à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé par St. Joseph Nursing Home à Rockland.
217. 656955 Ontario Limited à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé par Pinecrest Nursing Home à Plantagenet.

Règl. de l'Ont. 398/93, art. 1; Règl. de l'Ont. 406/94, art. 1; Règl. de l'Ont. 62/96, art. 1; Règl. de l'Ont. 486/96, art. 1; Règl. de l'Ont. 100/98, art. 1; Règl. de l'Ont. 109/99, art. 1; Règl. de l'Ont. 166/02, art. 1; Règl. de l'Ont. 77/04, art. 1; Règl. de l'Ont. 299/07, art. 1; Règl. de l'Ont. 148/08, art. 1; Règl. de l'Ont. 211/09, art. 1; Règl. de l'Ont. 144/10, art. 1; Règl. de l'Ont. 1/11, art. 1; Règl. de l'Ont. 285/11, art. 1; Règl. de l'Ont. 139/12, art. 1; Règl. de l'Ont. 402/12, art. 1; Règl. de l'Ont. 177/13, art. 1; Règl. de l'Ont. 346/13, art. 1.

2. OMIS (ABROGE D'AUTRES RÈGLEMENTS). Règl. de l'Ont. 398/93, art. 2.

Loi sur les services en français

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 671/92 EXEMPTIONS

Période de codification : Du 19 novembre 1997 à la [date à laquelle Lois-en-ligne est à jour](#).

Dernière modification : Règl. de l'Ont. 411/97.

Le texte suivant est la version française d'un règlement bilingue.

1. Les articles 2 et 5 de la Loi ne s'appliquent pas à ce qui suit :
 1. Les publications ou les annexes de celles-ci rédigées par des organismes gouvernementaux ou des institutions de la Législature qui sont de nature scientifique, technique ou savante, ou ont un but de consultation ou de recherche et :
 - i. soit qui, bien que leur circulation ne se limite pas au gouvernement de l'Ontario, ne sont pas normalement mises à la disposition du public en général,
 - ii. soit qui sont normalement consultées par le public avec l'aide de fonctionnaires. Règl. de l'Ont. 671/92, art. 1.
2. ABROGÉE : Règl. de l'Ont. 411/97, art. 1.

Loi sur les services en français

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 284/11

PRESTATION DE SERVICES EN FRANÇAIS POUR LE COMPTE D'ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX

Période de codification : Du 1^{er} juillet 2011 à la [date à laquelle Lois-en-ligne est à jour](#).

Aucune modification.

Le texte suivant est la version française d'un règlement bilingue.

Définition

1. La définition qui suit s'applique au présent règlement.

«tiers» Personne ou entité qui a convenu avec un organisme gouvernemental de fournir un service pour le compte de celui-ci.
Règl. de l'Ont. 284/11, art. 1.

Prestation de services en français

2. (1) Au plus tard le jour précisé au paragraphe (3), chaque organisme gouvernemental veille à ce que tous les services qu'un tiers fournit au public pour son compte aux termes d'une entente conclue entre eux soient fournis conformément à la Loi. Règl. de l'Ont. 284/11, par. 2 (1).

(2) Au plus tard le jour précisé au paragraphe (3), chaque organisme gouvernemental veille à ce que tout tiers qui fournit un service en français au public pour son compte prenne des mesures appropriées pour informer ce dernier, notamment par entrée en communication avec lui ou encore par signalisation, avis ou documentation sur les services, que le service est offert en français, au choix. Règl. de l'Ont. 284/11, par. 2 (2).

(3) Sous réserve de l'article 7 de la Loi, le jour visé au paragraphe (1) ou (2) est :

- a) soit celui du troisième anniversaire du jour de l'entrée en vigueur du présent règlement, si l'entente que l'organisme gouvernemental a conclue avec le tiers entre en vigueur avant ce jour-là;
- b) soit celui où l'entente que l'organisme gouvernemental a conclue avec le tiers entre en vigueur, si celle-ci entre en vigueur le jour de l'entrée en vigueur du présent règlement ou après ce jour. Règl. de l'Ont. 284/11, par. 2 (3).

Rapport

3. (1) Au plus tard 30 jours après le jour précisé au paragraphe 2 (3), chaque organisme gouvernemental qui engage un tiers afin qu'il fournisse un service au public pour son compte dépose, conformément au paragraphe (2), un rapport indiquant ce qui suit :

- a) le nom de l'organisme ainsi que le nom et les coordonnées d'une personne-ressource au sein de l'organisme aux fins du rapport;
- b) une déclaration indiquant si la Loi exige que l'organisme fournisse le service au public en français;
- c) si la Loi exige que l'organisme fournisse le service au public en français, une description du service et une déclaration indiquant si l'organisme s'est conformé à l'article 2. Règl. de l'Ont. 284/11, par. 3 (1).

(2) L'organisme gouvernemental dépose le rapport :

- a) soit auprès du ministre délégué aux Affaires francophones, si l'organisme est un ministère ou s'il n'est pas un ministère et qu'aucun ministre n'en est responsable;
- b) soit auprès du ministre responsable de l'organisme, si ce dernier n'est pas un ministère et qu'un ministre en est responsable. Règl. de l'Ont. 284/11, par. 3 (2).

(3) Le ministre qui reçoit un rapport d'un organisme gouvernemental dont il est responsable le transmet promptement au ministre délégué aux Affaires francophones. Règl. de l'Ont. 284/11, par. 3 (3).

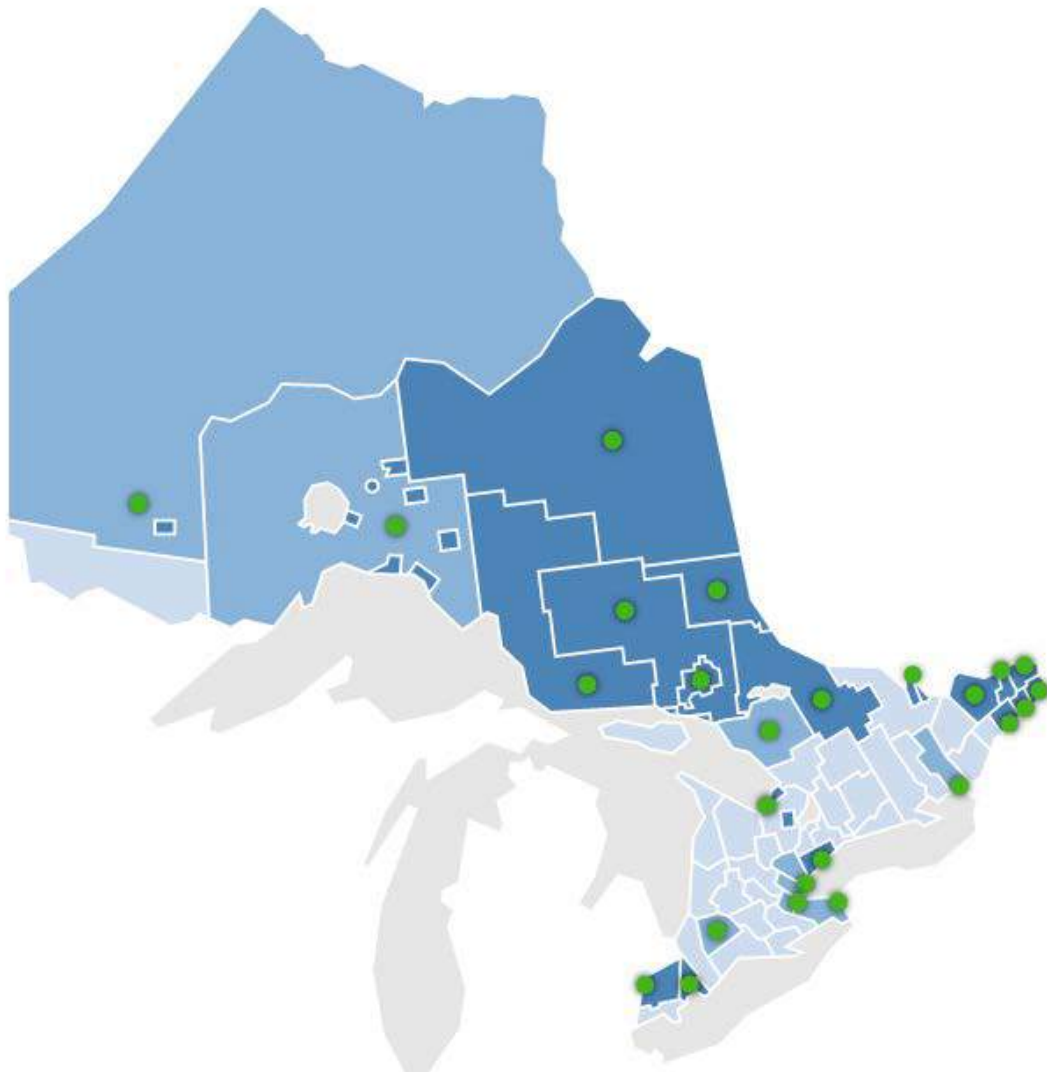
4. OMIS (ENTRÉE EN VIGUEUR DES DISPOSITIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT). Règl. de l'Ont. 284/11, art. 4.

Carte des régions désignées

La *Loi sur les services en français* garantit le droit de recevoir des services en français du gouvernement provincial dans les bureaux gouvernementaux situés dans les régions désignées de la province.

Il y a actuellement 25 régions désignées sous la LSF. Pour obtenir sa désignation, une région doit en principe compter au moins 10 % de francophones ou dans les centres urbains, 5000 francophones.

- Les régions désignées en totalité conformément à la LSF.
- Seule une partie de la région est désignée.
- Les régions non désignées.



1. **Cité de Toronto** : la totalité
2. **Cité de Hamilton** : la totalité de la cité de Hamilton telle qu'elle existe le 31 décembre 2000
3. **Municipalité régionale de Niagara** : les cités de Port Colborne et Welland
4. **Ville d'Ottawa** : la totalité
5. **Municipalité régionale de Peel** : la cité de Mississauga, la cité de Brampton
6. **Ville du Grand Sudbury** : la totalité
7. **Comté de Dundas** : le canton de Winchester
8. **Comté d'Essex** : la cité de Windsor; les villes de : Belle River et Tecumseh : les cantons de :Anderdon, Colchester North, Maidstone, Sandwich South, Sandwich West, Tilbury North, Tilbury West et Rochester
9. **Comté de Glengarry** : la totalité
10. **Comté de Kent** : la ville de Tilbury; les cantons de : Dover et Tilbury East
11. **Comté de Prescott** : la totalité
12. **Comté de Renfrew** : la cité de Pembroke; les cantons de : Stafford et Westmeath
13. **Comté de Russell** : la totalité
14. **Comté de Simcoe** : la ville de Penetanguishene; les cantons de Tiny et Essa
15. **Comté de Stormont** : la totalité
16. **District d'Algoma** : la totalité
17. **District de Cochrane** : la totalité
18. **District de Kenora** : le canton d'Ignace
19. **District de Nipissing** : la totalité
20. **District de Sudbury** : la totalité
21. **District de Thunder Bay** : les villes de Geraldton, Longlac et Marathon; les cantons de Manitouwadge, Beardmore, Nakina et Terrace Bay
22. **District de Timiskaming** : la totalité
23. **Comté de Middlesex** : la ville de London
24. **District de Parry Sound** : municipalité de Callander
25. **Comté de Frontenac** : la cité de Kingston

Source: <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi-cartedesig.html>

Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

L.O. 2006, CHAPITRE 4

Période de codification : Du 1^{er} janvier 2011 à la [date à laquelle Lois-en-ligne est à jour](#).

Dernière modification : 2010, chap. 25, art. 26.

[Sauter le sommaire](#)

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

[PARTIE I](#)

INTERPRÉTATION

- [1.](#) Objet de la Loi
- [2.](#) Définitions

[PARTIE II](#)

RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

- [3.](#) Prorogation et création
- [4.](#) Statut d'organisme de la Couronne
- [5.](#) Mission
- [6.](#) Pouvoirs
- [7.](#) Conseil d'administration
- [8.](#) Pouvoirs et fonctions du conseil d'administration
- [9.](#) Réunions
- [10.](#) Chef de la direction
- [11.](#) Autres employés
- [12.](#) Vérification
- [13.](#) Rapports

[PARTIE III](#)

PLANIFICATION ET ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ

- [14.](#) Plan stratégique provincial
- [15.](#) Plan de services de santé intégrés
- [16.](#) Engagement de la collectivité

[PARTIE IV](#)

FINANCEMENT ET RESPONSABILISATION

- [17.](#) Financement des réseaux
- [18.](#) Responsabilisation des réseaux
- [19.](#) Financement des fournisseurs de services de santé
- [20.](#) Responsabilisation des fournisseurs de services de santé
- [21.](#) Vérification
- [22.](#) Renseignements et rapports

[PARTIE V](#)

INTÉGRATION ET DÉVOLUTION

- [23.](#) Définition
- [24.](#) Identification d'occasions d'intégration
- [25.](#) Intégration par les réseaux
- [26.](#) Intégration exigée
- [27.](#) Intégration par les fournisseurs de services de santé
- [28.](#) Intégration par le ministre
- [29.](#) Conformité
- [30.](#) Transfert de biens détenus à des fins de bienfaisance
- [31.](#) Aucune indemnité
- [32.](#) Transfert : application d'une autre loi
- [33.](#) Intégration par voie de règlement
- [34.](#) Dévolution

PARTIE VI DISPOSITIONS GÉNÉRALES

35.	Immunité
36.	Renseignements accessibles au public
37.	Règlements
38.	Consultation du public préalable à la prise de règlements
39.	Examen de la Loi et des règlements

Préambule

La population de l'Ontario et son gouvernement :

- a) réaffirment leur fidélité aux principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité, d'accessibilité et de responsabilisation que prévoient la *Loi canadienne sur la santé* (Canada) et la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*;
- b) s'engagent à favoriser la prestation des services de santé publics par des organismes sans but lucratif;
- c) reconnaissent que ce sont la collectivité, les fournisseurs de soins de santé et la population qu'ils desservent qui sont le mieux en mesure d'établir les besoins et les priorités sanitaires de la collectivité;
- d) créent des réseaux locaux d'intégration des services de santé dans le but de réaliser un système de santé intégré et de permettre aux collectivités locales de prendre des décisions au sujet de leur système de santé local;
- e) reconnaissent le besoin qu'ont les collectivités, les fournisseurs de services de santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et le gouvernement de travailler ensemble dans le but de réduire le double emploi et de mieux coordonner la prestation des services de santé de sorte qu'il soit plus facile pour la population d'accéder aux soins;
- f) croient que le système de santé devrait être guidé par un engagement à l'égard de l'équité et un respect de la diversité des collectivités lorsqu'il dessert la population de l'Ontario et respectent les exigences de la *Loi sur les services en français* lorsqu'il dessert les collectivités francophones;
- g) reconnaissent le rôle des Premières Nations et des peuples autochtones dans la planification et la prestation de services de santé au sein de leurs collectivités;
- h) croient en la responsabilisation et la transparence des pouvoirs publics comme moyen de démontrer que la gouvernance et la gestion du système de santé permettent de favoriser l'intérêt public et de promouvoir une amélioration constante de la qualité des services de santé de grande qualité pour tous les Ontariens et Ontariennes et une prestation efficiente de ces services;
- i) confirment que l'accès aux services de santé ne sera pas limité à la zone géographique que sert le réseau local d'intégration des services de santé dans laquelle réside une personne;
- j) conçoivent un système de santé intégré qui réponde aux besoins actuels et futurs de la population en matière de services de santé.

Pour ces motifs, Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement de l'Assemblée législative de la province de l'Ontario, édicte :

PARTIE I INTERPRÉTATION

Objet de la Loi

1. La présente loi a pour objet de prévoir un système de santé intégré afin d'améliorer la santé de la population ontarienne grâce à un meilleur accès à des services de santé de grande qualité, à des soins de santé coordonnés entre les systèmes de santé locaux et à l'échelle de la province et à une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local par le biais de réseaux locaux d'intégration des services de santé. 2006, chap. 4, art. 1.

Définitions

2. (1) Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

«décision d'intégration» Décision prise aux termes du paragraphe 25 (2). («integration decision»)

«entente de responsabilisation» L'entente que le ministre et un réseau local d'intégration des services de santé sont tenus de conclure aux termes du paragraphe 18 (1) à l'égard du système de santé local. («accountability agreement»)

«entente de responsabilisation en matière de services» L'entente qu'un réseau local d'intégration des services de santé et un fournisseur de services de santé sont tenus de conclure aux termes du paragraphe 20 (1). («service accountability agreement»)

«fournisseur de services de santé» S'entend au sens du paragraphe (2). («health service provider»)

«intégrer» S'entend notamment du fait, selon le cas :

- a) de coordonner les services et les interactions entre diverses personnes et entités;
- b) de s'associer à une autre personne ou entité pour fournir des services ou exercer des activités;
- c) de transférer ou de fusionner des services, des activités, des personnes ou des entités;
- d) de commencer à fournir des services ou de cesser de le faire;
- e) de cesser ses activités ou de dissoudre ou liquider les activités d'une personne ou entité.

Le terme «intégration» a un sens correspondant. («integrate», «integration»)

«ministère» Le ministère du ministre. («Ministry»)

«ministre» Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée ou l'autre membre du Conseil exécutif chargé de l'application de la présente loi en vertu de la *Loi sur le Conseil exécutif*. («Minister»)

«plan de services de santé intégrés» Le plan qu'un réseau local d'intégration des services de santé élabore aux termes de l'article 15 pour le système de santé local. («integrated health service plan»)

«plan stratégique provincial» Le plan que le ministre élabore aux termes de l'article 14 pour le système de santé. («provincial strategic plan»)

«prescrit» Prescrit par les règlements pris en application de la présente loi. («prescribed»)

«réseau local d'intégration des services de santé» Personne morale prorogée aux termes du paragraphe 3 (1) ou constituée par règlement pris en application du paragraphe 3 (3). («local health integration network»)

«système de santé local» La partie du système de santé qui fournit des services dans la zone géographique que sert un réseau local d'intégration des services de santé, que ces services soient ou non fournis aux résidents de cette zone. («local health system»)

«zone géographique» Relativement à un réseau local d'intégration des services de santé, s'entend de ce qui suit :

- a) si le réseau est prorogé aux termes du paragraphe 3 (1) et qu'aucune zone géographique n'est prescrite pour celui-ci, la zone délimitée sur les cartes 1 à 14 des réseaux locaux d'intégration des services de santé datées du mois d'août 2005, qui sont mises à la disposition du public aux bureaux du ministère et publiées sur le site Web d'Internet de ce dernier;
- b) si l'alinéa a) ne s'applique pas au réseau, la zone géographique qui est prescrite pour lui. («geographic area») 2006, chap. 4, par. 2 (1).

Fournisseur de services de santé

(2) La définition qui suit s'applique à la présente loi.

«fournisseur de services de santé» Sous réserve du paragraphe (3), s'entend des personnes et entités suivantes :

1. Une personne ou entité qui exploite un hôpital au sens de la *Loi sur les hôpitaux publics* ou un hôpital privé au sens de la *Loi sur les hôpitaux privés*.
2. Une personne ou entité qui exploite un établissement psychiatrique au sens de la *Loi sur la santé mentale*, à l'exclusion des établissements suivants :
 - i. ABROGÉE : 2009, chap. 33, annexe 18, art. 14.
 - ii. un établissement correctionnel que fait fonctionner un membre du Conseil exécutif, autre que le ministre,
 - iii. une prison ou un pénitencier que fait fonctionner le gouvernement du Canada.
3. L'University of Ottawa Heart Institute/Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.
4. Un titulaire de permis au sens de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, autre qu'une municipalité ou un conseil de gestion visé à la disposition 5.
5. Une municipalité ou un conseil de gestion qui entretient un foyer de soins de longue durée aux termes de la partie VIII de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.
6. ABROGÉE : 2007, chap. 8, par. 214 (1).
7. Une société d'accès aux soins communautaires au sens de la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*.
8. Une personne ou entité agréée en vertu de la *Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires* pour fournir des services.
9. Une personne morale sans but lucratif et sans capital-actions constituée en vertu de la partie III de la *Loi sur les personnes morales* qui exploite un centre de santé communautaire.

Remarque : Le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation, la disposition 9 est modifiée par substitution de «qui exploite un centre de santé communautaire et qui est constituée en vertu de la *Loi de 2010 sur les organisations sans but lucratif* ou d'une loi qu'elle remplace» à

«constituée en vertu de la partie III de la *Loi sur les personnes morales qui exploite un centre de santé communautaire*». Voir : 2010, chap. 15, par. 231 (1) et art. 249.

10. Une entité sans but lucratif qui fournit des services communautaires de santé mentale et de toxicomanie.
11. Toute autre personne ou entité prescrite ou toute catégorie prescrite de personnes ou d'entités. 2006, chap. 4, par. 2 (2); 2009, chap. 33, annexe 18, art. 14; 2007, chap. 8, par. 214 (1) et (2).

Idem, exclusions

- (3) Les personnes et entités suivantes ne sont pas des fournisseurs de services de santé :
 1. L'un ou l'autre des particuliers suivants lorsqu'ils fournissent ou offrent de fournir des services de santé à d'autres particuliers dans l'exercice de leur profession :
 - i. Un membre de l'Ordre des podologues de l'Ontario qui appartient à la catégorie des podiatres visée à la *Loi de 1991 sur les podologues*.
 - ii. Un membre de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario visé à la *Loi de 1991 sur les dentistes*.
 - iii. Un membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario visé à la *Loi de 1991 sur les médecins*.
 - iv. Un membre de l'Ordre des optométristes de l'Ontario visé à la *Loi de 1991 sur les optométristes*.
 2. Une société professionnelle de la santé qui détient un certificat d'autorisation délivré par l'Ordre des podologues de l'Ontario, par l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ou par l'Ordre des optométristes de l'Ontario en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* ou en vertu de l'annexe 2 de cette loi. 2006, chap. 4, par. 2 (3).

**PARTIE II
RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ**

Prorogation et création

3. (1) Chaque personne morale qui était constituée en vertu de la *Loi sur les personnes morales* sous la dénomination sociale anglaise indiquée à la colonne 1 du tableau suivant et la dénomination sociale française indiquée en regard à la colonne 2 à la date indiquée en regard à la colonne 3 est prorogée en tant que personne morale sans capital-actions sous la dénomination sociale anglaise indiquée en regard à la colonne 4 et la dénomination sociale française indiquée en regard à la colonne 5. La personne morale ainsi prorogée est un réseau local d'intégration des services de santé.

TABLE/TABLEAU
CORPORATIONS CONTINUED AS LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORKS/PERSONNES MORALES
PROROGÉES EN TANT QUE RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ

	Column/Colonne 1	Column/Colonne 2	Column/Colonne 3	Column/Colonne 4	Column/Colonne 5
Item Point	Name of corporation in English Dénomination sociale anglaise de la personne morale	Name of corporation in French Dénomination sociale française de la personne morale	Date of incorporation Date de constitution	Name of continued corporation in English Dénomination sociale anglaise de la personne morale prorogée	Name of continued corporation in French Dénomination sociale française de la personne morale prorogée
1.	Central Health Integration Network	Réseau d'intégration des services de santé du Centre	June 2, 2005 2 juin 2005	Central Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Centre
2.	Central East Health Integration Network	Réseau d'intégration des services de santé du Centre-Est	June 2, 2005 2 juin 2005	Central East Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est
3.	Central West Health Integration Network	Réseau d'intégration des services de santé du Centre-Ouest	June 9, 2005 9 juin 2005	Central West Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Ouest
4.	Health Integration Network of Champlain	Réseau d'intégration des services de santé de Champlain	June 2, 2005 2 juin 2005	Champlain Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain
5.	Health Integration Network of Erie St. Clair	Réseau d'intégration des services de santé d'Érié St-Clair	June 2, 2005 2 juin 2005	Erie St. Clair Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé d'Érié St-Clair
6.	Health Integration Network of Hamilton Niagara Haldimand Brant	Réseau d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant	June 2, 2005 2 juin 2005	Hamilton Niagara Haldimand Brant Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant
7.	Health Integration Network of Mississauga Halton	Réseau d'intégration des services de santé de Mississauga Halton	June 9, 2005 9 juin 2005	Mississauga Halton Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton

	Column/Colonne 1	Column/Colonne 2	Column/Colonne 3	Column/Colonne 4	Column/Colonne 5
Item Point	Name of corporation in English Dénomination sociale anglaise de la personne morale	Name of corporation in French Dénomination sociale française de la personne morale	Date of incorporation Date de constitution	Name of continued corporation in English Dénomination sociale anglaise de la personne morale prorogée	Name of continued corporation in French Dénomination sociale française de la personne morale prorogée
8.	North East Health Integration Network	Réseau d'intégration des services de santé du Nord-Est	June 9, 2005 9 juin 2005	North East Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est
9.	Health Integration Network of North Simcoe Muskoka	Réseau d'intégration des services de santé de Simcoe Nord Muskoka	June 9, 2005 9 juin 2005	North Simcoe Muskoka Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé de Simcoe Nord Muskoka
10.	Local Health Integration Network (North West Ontario)	Réseau d'intégration des services de santé (Nord-Ouest de l'Ontario)	June 16, 2005 16 juin 2005	North West Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest
11.	South East Health Integration Network	Réseau d'intégration des services de santé du Sud-Est	June 9, 2005 9 juin 2005	South East Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est
12.	South West Health Integration Network	Réseau d'intégration des services de santé du Sud-Ouest	June 2, 2005 2 juin 2005	South West Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest
13.	Health Integration Network of Toronto Central	Réseau d'intégration des services de santé du Centre-Toronto	June 2, 2005 2 juin 2005	Toronto Central Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto
14.	Health Integration Network of Waterloo Wellington	Réseau d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington	June 2, 2005 2 juin 2005	Waterloo Wellington Local Health Integration Network	Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

2006, chap. 4, par. 3 (1).

Révocation des lettres patentes

(2) Sont révoquées les lettres patentes constituant une personne morale prorogée aux termes du paragraphe (1). 2006, chap. 4, par. 3 (2).

Constitution de personnes morales

(3) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement, constituer une ou plusieurs personnes morales sans capital-actions. Toute personne morale ainsi constituée en vertu du présent paragraphe est un réseau local d'intégration des services de santé. 2006, chap. 4, par. 3 (3).

Règlements

(4) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement :

- a) fusionner ou dissoudre un ou plusieurs réseaux locaux d'intégration des services de santé;
- b) diviser un réseau local d'intégration des services de santé en deux réseaux ou plus;
- c) changer la dénomination sociale d'un réseau local d'intégration des services de santé;
- d) prendre les mesures nécessaires à la fusion, à la dissolution ou à la division d'un ou de plusieurs réseaux locaux d'intégration des services de santé à laquelle il est procédé par règlement pris en application de l'alinéa a) ou b) et, notamment :
 - (i) s'occuper des éléments d'actif et de passif de n'importe quel réseau de la façon précisée dans le règlement, y compris :
 - (A) en liquidant ou en vendant les éléments d'actif et en versant le produit au Trésor,
 - (B) en transférant les éléments d'actif ou de passif à la Couronne, à un organisme de celle-ci ou à un autre réseau,
 - (ii) muter les employés à la Couronne, à un organisme de celle-ci ou à un autre réseau. 2006, chap. 4, par. 3 (4).

Statut d'organisme de la Couronne

4. (1) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé sont des mandataires de la Couronne et ils ne peuvent exercer leurs pouvoirs qu'à ce titre. 2006, chap. 4, par. 4 (1).

Autres lois

(2) La *Loi sur les personnes morales* et la *Loi sur les renseignements exigés des personnes morales* ne s'appliquent pas aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, sauf selon ce qui est prescrit. 2006, chap. 4, par. 4 (2).

Remarque : Le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation, le paragraphe (2) est abrogé et remplacé par ce qui suit :

Non-application de la *Loi sur les renseignements exigés des personnes morales*

(2) La *Loi sur les renseignements exigés des personnes morales* ne s'applique pas aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, sauf selon ce qui est prescrit. 2010, chap. 15, par. 231 (2).

Voir : 2010, chap. 15, par. 231 (2) et art. 249.

Idem

(3) Les lois suivantes ne s'appliquent pas aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, ni aux membres de leur conseil d'administration, ni à leurs dirigeants, employés ou mandataires :

1. ABROGÉE : 2009, chap. 33, annexe 2, art. 45.
2. La *Loi sur la comptabilité des oeuvres de bienfaisance*. 2006, chap. 4, par. 4 (3); 2009, chap. 33, annexe 2, art. 45.

Non un bien destiné à des fins de bienfaisance

(4) Les biens des réseaux locaux d'intégration des services de santé ne sont pas des biens destinés à des fins de bienfaisance. 2006, chap. 4, par. 4 (4).

Mission

5. La mission de chaque réseau local d'intégration des services de santé consiste à planifier, à financer et à intégrer le système de santé local de façon à réaliser l'objet de la présente loi et, notamment, à faire ce qui suit :

- a) promouvoir l'intégration du système de santé local afin de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients;
- b) déterminer les besoins du système de santé local en matière de services de santé et prendre des dispositions à leur égard conformément aux plans et priorités provinciaux et faire des recommandations au ministre au sujet du système, y compris ses besoins en matière de financement d'immobilisations;
- c) engager la collectivité de personnes et d'entités qui oeuvrent au sein du système de santé local dans la planification du système et l'établissement des priorités de celui-ci, y compris l'établissement de mécanismes formels pour la participation et la consultation de la collectivité;
- d) veiller à ce que le système de santé local soit doté de processus appropriés pour répondre aux préoccupations de la population au sujet des services qu'elle reçoit;
- e) évaluer et surveiller le rendement du système de santé local et de ses services de santé, y compris l'accès à ces services et leur utilisation, leur coordination, leur intégration et leur rentabilité, et faire rapport à ce sujet au ministre et en assumer la responsabilité devant lui;
- f) participer et collaborer à l'élaboration, par le ministre, du plan stratégique provincial ainsi qu'à l'établissement et à la mise en oeuvre de la planification à l'échelle provinciale, de la gestion de systèmes et des priorités, des programmes et des services en matière de soins de santé à l'échelle provinciale;
- g) élaborer des stratégies et collaborer avec les fournisseurs de services de santé, y compris les centres universitaires des sciences de la santé, les autres réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services à l'échelle provinciale, entre autres, afin d'améliorer l'intégration des systèmes de santé provincial et locaux et la coordination des services de santé;
- h) mettre en oeuvre des stratégies mixtes avec d'autres réseaux locaux d'intégration des services de santé afin d'améliorer les soins aux malades et l'accès à des services de santé de grande qualité et de promouvoir la continuité des soins de santé entre les systèmes de santé locaux et partout dans la province, et participer à ces stratégies;
- i) diffuser de l'information sur les meilleures pratiques et favoriser le transfert des connaissances entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services de santé;
- j) rehausser l'efficacité économique de la prestation de services de santé et la durabilité du système de santé;
- k) accorder un financement aux fournisseurs de services de santé, conformément aux priorités provinciales, de sorte qu'ils puissent fournir des services de santé et du matériel sanitaire;
- l) conclure des ententes visant l'établissement de normes de rendement et faire en sorte que les fournisseurs de services de santé qui reçoivent un financement du réseau se conforment à ces normes;
- m) faire en sorte que les ressources humaines, matérielles et financières du réseau soient gérées de façon efficace et efficiente et répondre de leur utilisation devant le ministre;

- n) réaliser les autres objets que précise le ministre par règlement pris en application de la présente loi. 2006, chap. 4, art. 5.

Pouvoirs

6. (1) Sous réserve des restrictions qu'impose la présente loi, les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont la capacité ainsi que les droits et pouvoirs d'une personne physique pour réaliser leur mission. 2006, chap. 4, par. 6 (1).

Utilisation des recettes

(2) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé exercent leurs activités sans but lucratif et ne doivent utiliser leurs recettes, y compris les sommes ou les biens qu'ils reçoivent par voie de subvention, de contribution ou autrement, à aucune autre fin que la réalisation de leur mission. 2006, chap. 4, par. 6 (2).

Approbation du Conseil des ministres

(3) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ne doivent pas exercer les pouvoirs suivants sans l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil :

1. Transférer ou grever, notamment en les acquérant, en en disposant, en les louant à bail ou en les nantissant, ou encore par hypothèque ou charge, un intérêt sur des biens immeubles, si ce n'est louer à bail les locaux raisonnablement nécessaires à leurs fins.
2. Contracter des emprunts ou accorder des prêts.
3. Placer leur argent.
4. Nantir ou grever, notamment par charge, leurs biens meubles.
5. Créer des filiales.
6. Indemniser qui que ce soit ou garantir le versement de sommes ou la prestation de services par une autre personne, sauf si l'indemnité est accordée aux termes du paragraphe 8 (6).
7. Fournir, directement par l'entremise de leurs administrateurs, dirigeants, employés ou mandataires, des services de santé à la population. 2006, chap. 4, par. 6 (3).

Approbation de deux ministres

(4) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ne doivent pas exercer les pouvoirs suivants sans l'approbation et du ministre et du ministre des Finances :

1. Recevoir des sommes ou des biens de toute personne ou entité, sauf de la Couronne du chef de l'Ontario.
2. Agir en association avec toute personne ou entité qui exerce des activités ou dirige des programmes de financement, directement ou indirectement, pour eux. 2006, chap. 4, par. 6 (4).

Approbation du ministre

(5) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ne doivent pas exercer les pouvoirs suivants sans l'approbation du ministre :

1. Faire des dons de bienfaisance, sauf selon ce que permet la présente loi.
2. Demander ou obtenir leur enregistrement à titre d'organismes de bienfaisance aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).
3. Conclure des ententes avec toute personne ou entité ou avec tout gouvernement en vue de la prestation de services à l'extérieur de l'Ontario.
4. Conclure des ententes avec tout gouvernement ou organisme gouvernemental de l'extérieur de l'Ontario, notamment avec le gouvernement du Canada ou celui d'une province ou d'un territoire du Canada. 2006, chap. 4, par. 6 (5).

Contributions politiques interdites

(6) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ne doivent pas faire de contributions politiques. 2006, chap. 4, par. 6 (6).

Conseil d'administration

7. (1) Sous réserve du paragraphe (10), chaque réseau local d'intégration des services de santé se compose d'au plus neuf membres que nomme le lieutenant-gouverneur en conseil et qui en constituent le conseil d'administration. 2006, chap. 4, par. 7 (1).

Mandat

(2) Sous réserve des paragraphes (3) et (4), les membres du conseil d'administration d'un réseau local d'intégration des services de santé occupent leur poste à titre amovible pour un mandat d'au plus trois ans, à la discrétion du lieutenant-gouverneur en conseil. Leur mandat est renouvelable une seule fois. 2006, chap. 4, par. 7 (2).

Fin du mandat

(3) Un membre cesse d'être membre du conseil d'administration d'un réseau local d'intégration des services de santé si, avant la fin de son mandat :

- a) soit le lieutenant-gouverneur en conseil révoque sa nomination en tant que membre du réseau;
- b) soit il décède, démissionne ou devient un failli. 2006, chap. 4, par. 7 (3).

Mandat du successeur

(4) Si une personne cesse d'être membre du conseil d'administration avant la fin de son mandat, le premier mandat de son successeur correspond au reste du mandat de la première personne ou à 13 mois, selon la plus longue de ces périodes. 2006, chap. 4, par. 7 (4).

Rémunération

(5) Les membres du conseil d'administration reçoivent la rémunération et les indemnités raisonnables que fixe le lieutenant-gouverneur en conseil. 2006, chap. 4, par. 7 (5).

Présidence et vice-présidence

(6) Sous réserve du paragraphe (10), le lieutenant-gouverneur en conseil désigne le président et au moins un vice-président parmi les membres du conseil d'administration. 2006, chap. 4, par. 7 (6).

Rôle du président

(7) Le président dirige les réunions du conseil d'administration. 2006, chap. 4, par. 7 (7).

Vice-présidence

(8) Un vice-président assume les pouvoirs et fonctions du président en cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci ou de vacance de son poste. 2006, chap. 4, par. 7 (8).

Absence du président et des vice-présidents

(9) En cas d'absence du président et des vice-présidents, un administrateur que désigne le conseil d'administration assume la présidence. 2006, chap. 4, par. 7 (9).

Disposition transitoire

(10) L'administrateur, le président ou le vice-président d'une personne morale prorogée aux termes du paragraphe 3 (1) en tant que réseau local d'intégration des services de santé qui est en fonction le jour de l'entrée en vigueur du présent article est réputé être un premier administrateur, président ou vice-président du réseau nommé aux termes de cet article et occupe son poste jusqu'à ce que le lieutenant-gouverneur en conseil nomme ou désigne un successeur conformément à ce même article. 2006, chap. 4, par. 7 (10).

Pouvoirs et fonctions du conseil d'administration

8. (1) Le conseil d'administration de chaque réseau local d'intégration des services de santé assure la gestion et le contrôle des affaires du réseau. 2006, chap. 4, par. 8 (1).

Règlements administratifs

(2) Sous réserve des paragraphes (3) et (4), le conseil d'administration peut, par règlement administratif ou résolution, traiter de la conduite et de la gestion des affaires du réseau local d'intégration des services de santé, y compris créer des comités. 2006, chap. 4, par. 8 (2).

Approbation du ministre

(3) Le ministre peut exiger que le conseil d'administration soumette tout projet de règlement administratif à son approbation avant de l'adopter, auquel cas le conseil ne doit pas l'adopter tant que le ministre ne l'a pas approuvé. 2006, chap. 4, par. 8 (3).

Idem, après l'adoption du règlement

(4) Le ministre peut exiger que le conseil d'administration soumette tout règlement administratif à son approbation, auquel cas les règles suivantes s'appliquent :

- a) le règlement administratif concerné n'a plus d'effet à compter du moment où le ministre impose cette exigence, et ce tant qu'il ne l'a pas approuvé;
- b) tout acte qu'a accompli le conseil conformément au règlement administratif concerné avant que le ministre n'impose cette exigence est valide;
- c) le conseil peut accomplir tout acte dont il avait convenu avant que le ministre n'impose cette exigence. 2006, chap. 4, par. 8 (4).

Comités

- (5) Le conseil d'administration d'un réseau local d'intégration des services de santé fait ce qui suit :
- a) il crée, par règlement administratif, les comités du conseil que précise le ministre par règlement pris en application de la présente loi;
 - b) il nomme membres des comités les personnes qui ont les qualités requises que précise le ministre, le cas échéant, dans le règlement;
 - c) il fait en sorte que les comités fonctionnent conformément aux autres exigences que précise le ministre, le cas échéant, dans le règlement. 2006, chap. 4, par. 8 (5).

Devoir de diligence et indemnisation

(6) Sous réserve du paragraphe (7), le paragraphe 134 (1) et l'article 136 de la *Loi sur les sociétés par actions* s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à chaque réseau local d'intégration des services de santé ainsi qu'à son conseil d'administration et à ses dirigeants. 2006, chap. 4, par. 8 (6).

Approbation de l'indemnité

(7) Un réseau local d'intégration des services de santé ne doit pas accorder à quelqu'un, en vertu de l'article 136 de la *Loi sur les sociétés par actions*, une indemnité qui n'a pas été approuvée conformément à l'article 28 de la *Loi sur l'administration financière*. 2006, chap. 4, par. 8 (7).

Conflits d'intérêts

(8) Le conseil d'administration d'un réseau local d'intégration des services de santé élabore, en consultation avec le ministre, une politique en matière de conflits d'intérêts à l'intention des membres et des employés du réseau. 2006, chap. 4, par. 8 (8).

Réunions

9. (1) Le conseil d'administration d'un réseau local d'intégration des services de santé se réunit régulièrement au cours de l'année. Dans tous les cas, il tient au moins quatre réunions par année civile. 2006, chap. 4, par. 9 (1).

Quorum

(2) La majorité des administrateurs constitue le quorum pour la conduite des affaires du conseil d'administration. 2006, chap. 4, par. 9 (2).

Préavis

(3) Un réseau local d'intégration des services de santé donne un préavis raisonnable au public des réunions de son conseil d'administration et de ses comités. 2006, chap. 4, par. 9 (3).

Réunions publiques

(4) Toutes les réunions du conseil d'administration d'un réseau local d'intégration des services de santé et de ses comités sont ouvertes au public. 2006, chap. 4, par. 9 (4).

Exceptions

(5) Malgré le paragraphe (4), un réseau local d'intégration des services de santé peut exclure le public d'une partie d'une réunion si, selon le cas :

- a) risquent d'être divulguées des questions financières, personnelles ou autres de nature telle qu'il vaut mieux éviter leur divulgation dans l'intérêt de toute personne concernée ou dans l'intérêt public qu'adhérer au principe selon lequel les réunions doivent être publiques;
- b) des questions de sécurité publique feront l'objet de discussions;
- c) la sécurité des membres ou des biens du réseau feront l'objet de discussions;
- d) des renseignements personnels sur la santé, au sens de l'article 4 de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, feront l'objet de discussions;
- e) une personne engagée dans une instance civile ou criminelle pourrait être lésée;
- f) la sécurité de quiconque risque d'être compromise;
- g) des questions de personnel concernant un particulier identifiable, notamment un employé du réseau, feront l'objet de discussions;
- h) des négociations ou des négociations prévues entre le réseau et une personne, un agent négociateur ou une partie à une instance ou à une instance prévue ayant trait aux relations de travail ou à l'emploi de quiconque par le réseau feront l'objet de discussions;
- i) des litiges ou des litiges envisagés touchant le réseau, des avis juridiques donnés au réseau ou toute autre question protégée par le secret professionnel de l'avocat feront l'objet de discussions;

- j) des questions prescrites pour l'application du présent alinéa feront l'objet de discussions;
- k) le réseau délibérera de la question de savoir s'il doit exclure le public d'une réunion, et notamment si un ou plusieurs des alinéas a) à j) s'appliquent à la réunion ou à la partie de la réunion. 2006, chap. 4, par. 9 (5).

Motion indiquant les motifs

(6) Un réseau local d'intégration des services de santé ne doit pas exclure le public d'une réunion avant la tenue d'un vote sur une motion présentée à cette fin, laquelle doit indiquer clairement la nature de la question qui sera examinée à la réunion ainsi que les motifs généraux qui justifient l'exclusion du public. 2006, chap. 4, par. 9 (6).

Tenue du vote

(7) Le public ne doit pas être exclu de la réunion pendant la tenue du vote sur la motion visée au paragraphe (6). 2006, chap. 4, par. 9 (7).

Chef de la direction

10. (1) Chaque réseau local d'intégration des services de santé nomme et emploie un chef de la direction. 2006, chap. 4, par. 10 (1).

Restriction

(2) Le chef de la direction du réseau local d'intégration des services de santé ne doit être membre du conseil d'administration d'aucun réseau local d'intégration des services de santé. 2006, chap. 35, annexe C, par. 63 (1).

Rôle

(3) Le chef de la direction du réseau local d'intégration des services de santé est chargé de la gestion et de l'administration des affaires du réseau, sous la supervision et la direction de son conseil d'administration. 2006, chap. 4, par. 10 (3).

Rémunération

(4) Le ministre peut fixer des fourchettes en ce qui concerne le salaire ou l'autre rémunération et les avantages d'un chef de la direction. Ceux que chaque réseau local d'intégration des services de santé accorde au sien se situent dans les fourchettes que fixe le ministre, le cas échéant. 2006, chap. 4, par. 10 (4).

Autres employés

11. (1) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé peuvent employer les employés, autre que le chef de la direction, qu'ils estiment nécessaires à leur bon fonctionnement. 2006, chap. 4, par. 11 (1).

(2) ABROGÉ : 2006, chap. 35, annexe C, par. 63 (2).

Vérification

12. (1) Le conseil d'administration d'un réseau local d'intégration des services de santé nomme un vérificateur titulaire d'un permis délivré en vertu de la *Loi de 2004 sur l'expertise comptable* pour vérifier chaque année les comptes et les opérations financières du réseau. 2006, chap. 4, par. 12 (1).

Autres vérifications

(2) Outre l'obligation de vérification annuelle :

- a) d'une part, le ministre peut, en tout temps, examiner ou vérifier tout aspect des activités d'un réseau local d'intégration des services de santé;
- b) d'autre part, le vérificateur général peut, en tout temps, vérifier tout aspect des activités d'un réseau local d'intégration des services de santé. 2006, chap. 4, par. 12 (2); 2010, chap. 25, art. 26.

Rapports

13. (1) Chaque réseau local d'intégration des services de santé présente au ministre, dans le délai que précise celui-ci, un rapport annuel sur ses affaires et activités au cours de son exercice précédent. 2006, chap. 4, par. 13 (1).

Exercice

(2) L'exercice du réseau local d'intégration des services de santé va du 1^{er} avril au 31 mars. 2006, chap. 4, par. 13 (2).

Contenu

(3) Le rapport annuel comprend ce qui suit :

- a) les états financiers vérifiés de l'exercice du réseau local d'intégration des services de santé visé par le rapport;
- b) des données se rapportant expressément aux questions de santé autochtones dont le réseau local d'intégration des services de santé a traité. 2006, chap. 4, par. 13 (3).

Forme du rapport

(4) Le rapport annuel est signé par le président et un autre membre du conseil d'administration du réseau local d'intégration des services de santé et est rédigé sous la forme que précise le ministre. 2006, chap. 4, par. 13 (4).

Dépôt

(5) Le ministre :

- a) présente le rapport annuel au lieutenant-gouverneur en conseil;
- b) le dépose devant l'Assemblée si celle-ci siège;
- c) le dépose auprès du greffier de l'Assemblée si celle-ci ne siège pas. 2006, chap. 4, par. 13 (5).

Rapports au Conseil ontarien de la qualité des services de santé

(6) Chaque réseau local d'intégration des services de santé fournit au Conseil ontarien de la qualité des services de santé les renseignements qu'il demande au sujet du système de santé local. 2006, chap. 4, par. 13 (6).

PARTIE III PLANIFICATION ET ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ

Plan stratégique provincial

14. (1) Le ministre élabore pour le système de santé un plan stratégique provincial qui comprend une vision, un ensemble de priorités et une orientation stratégique, et il en met des copies à la disposition du public aux bureaux du ministère. 2006, chap. 4, par. 14 (1).

Conseils

(2) Le ministre crée les conseils suivants :

1. Un conseil des services de santé aux Autochtones et aux Premières Nations pour le conseiller sur les questions relatives à la santé et à la prestation de services qui concernent les Autochtones et les Premières Nations et sur les priorités et stratégies à intégrer au plan stratégique provincial à l'égard de ces peuples.
2. Un conseil consultatif des services de santé en français pour le conseiller sur les questions relatives à la santé et à la prestation de services qui concernent les collectivités francophones et sur les priorités et stratégies à intégrer au plan stratégique provincial à l'égard de ces collectivités. 2006, chap. 4, par. 14 (2).

Membres

(3) Le ministre nomme les membres de chacun des conseils créés aux termes du paragraphe (2), lesquels doivent être des représentants des organismes prescrits. 2006, chap. 4, par. 14 (3).

Consultation

(4) Lorsqu'il élabore un ensemble de priorités et une orientation stratégique pour le système de santé et les systèmes de santé locaux dans le cadre du plan stratégique provincial, le ministre consulte les organismes de planification des services de santé de la province qui tirent leur mandat du gouvernement de l'Ontario. 2006, chap. 4, par. 14 (4).

Plan de services de santé intégrés

15. (1) Sous réserve du paragraphe 16 (1), chaque réseau local d'intégration des services de santé, dans le délai et sous la forme que précise le ministre, élabore un plan de services de santé intégrés pour le système de santé local et en met des copies à la disposition du public aux bureaux du réseau. 2006, chap. 4, par. 15 (1).

Contenu

(2) Le plan de services de santé intégrés comprend une vision, un ensemble de priorités et une orientation stratégique pour le système de santé local et énonce des stratégies sur les moyens d'intégrer celui-ci de façon à réaliser l'objet de la présente loi. 2006, chap. 4, par. 15 (2).

Restrictions

(3) Le plan de services de santé intégrés est compatible avec tout plan stratégique provincial, le financement que reçoit le réseau en vertu de l'article 17 et les exigences que prescrivent, le cas échéant, les règlements pris en application de la présente loi. 2006, chap. 4, par. 15 (3).

Engagement de la collectivité

16. (1) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé engagent de façon soutenue la collectivité des diverses personnes et entités qui oeuvrent au sein du système de santé local au sujet du système, notamment le plan de services de santé intégrés, et lors de l'établissement des priorités. 2006, chap. 4, par. 16 (1).

Définition

(2) La définition qui suit s'applique au présent article.

«collectivité» Relativement à un réseau local d'intégration des services de santé qui engage la collectivité, s'entend des personnes et entités suivantes :

- a) les malades et autres personnes de la zone géographique que sert le réseau;
- b) les fournisseurs de services de santé et toute autre personne ou entité qui fournit des services au sein du système de santé local ou pour lui;
- c) les employés qui oeuvrent au sein du système de santé local. 2006, chap. 4, par. 16 (2).

Méthodes d'engagement

(3) Les méthodes utilisées pour engager la collectivité comme le prévoit le paragraphe (1) peuvent comprendre la tenue de réunions communautaires ou de réunions de groupes de discussion, ou encore la création de comités consultatifs. 2006, chap. 4, par. 16 (3).

Fonctions

(4) Lorsqu'il engage la collectivité comme le prévoit le paragraphe (1), le réseau local d'intégration des services de santé engage :

- a) d'une part, l'entité de planification des services de santé aux Autochtones et aux Premières Nations de la zone géographique du réseau qui est prescrite;
- b) d'autre part, l'entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau qui est prescrite. 2006, chap. 4, par. 16 (4).

Comité consultatif de professionnels de la santé

(5) Chaque réseau local d'intégration des services de santé crée un comité consultatif de professionnels de la santé composé des personnes qu'il nomme parmi les membres des professions de la santé réglementées qu'il indique ou qui sont prescrites. 2006, chap. 4, par. 16 (5).

Engagement de la part des fournisseurs de services de santé

(6) Chaque fournisseur de services de santé engage la collectivité des diverses personnes et entités de sa région lorsqu'il élabore des plans et établit des priorités en ce qui concerne la prestation des services de santé. 2006, chap. 4, par. 16 (6).

PARTIE IV FINANCEMENT ET RESPONSABILISATION

Financement des réseaux

17. (1) Le ministre peut accorder un financement aux réseaux locaux d'intégration des services de santé aux conditions qu'il estime appropriées. 2006, chap. 4, par. 17 (1).

Économies réalisées par le réseau

(2) Lorsqu'il détermine le montant du financement à accorder à un réseau local d'intégration des services de santé en vertu du paragraphe (1) pour un exercice donné, le ministre examine s'il y a lieu de rajuster le montant en fonction d'une partie des économies d'efficacité que le système local de santé a produites au cours de l'exercice précédent et que le réseau a l'intention d'affecter aux soins aux malades au cours d'exercices subséquents conformément à l'entente de responsabilisation. 2006, chap. 4, par. 17 (2).

Responsabilisation des réseaux

18. (1) Le ministre et chaque réseau local d'intégration des services de santé concluent une entente de responsabilisation à l'égard du système de santé local. 2006, chap. 4, par. 18 (1).

Entente de responsabilisation

(2) L'entente de responsabilisation couvre plus d'un exercice et comprend les éléments suivants :

- a) des objectifs de rendement à l'intention du réseau et du système de santé local;
- b) des normes de rendement, des buts et des critères d'évaluation à l'intention du réseau et du système de santé local;
- c) l'obligation pour le réseau de rendre compte de son rendement et de celui du système de santé local;
- d) un plan d'affectation du financement que reçoit le réseau en vertu de l'article 17, lequel doit être conforme à l'affectation de crédits sur laquelle le ministre a prélevé le financement qu'il a accordé au réseau;
- e) des mesures progressives de gestion du rendement à l'intention du réseau;
- f) les autres questions prescrites, le cas échéant. 2006, chap. 4, par. 18 (2).

Absence d'entente

(3) Si le ministre et un réseau local d'intégration des services de santé n'arrivent pas à conclure une entente de responsabilisation par le biais de négociations, le ministre peut fixer les modalités de l'entente, qui doit comprendre les questions énoncées aux alinéas (2) a) à f). 2006, chap. 4, par. 18 (3).

Rapports au ministre

(4) Le réseau local d'intégration des services de santé fournit au ministre, dans le délai et sous la forme que précise celui-ci, les plans, rapports, états financiers, y compris les états financiers vérifiés, et renseignements, sauf les renseignements personnels sur la santé au sens du paragraphe 31 (5) de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, qu'exige le ministre aux fins de l'application de la présente loi. 2006, chap. 4, par. 18 (4).

Mise à la disposition du public

(5) Le ministre et chaque réseau local d'intégration des services de santé mettent des copies de l'entente de responsabilisation du réseau à la disposition du public aux bureaux du ministère et à ceux du réseau respectivement. 2006, chap. 4, par. 18 (5).

Financement des fournisseurs de services de santé

19. (1) Un réseau local d'intégration des services de santé peut accorder un financement à un fournisseur de services de santé à l'égard des services qu'il fournit dans la zone géographique que sert le réseau ou pour cette zone. 2006, chap. 4, par. 19 (1).

Conditions

(2) Le financement qu'accordent les réseaux locaux d'intégration des services de santé en vertu du paragraphe (1) est assujéti aux conditions qu'ils estiment appropriées et est conforme au financement qu'ils reçoivent en vertu de l'article 17, à l'entente de responsabilisation qu'ils ont conclue et aux exigences prescrites, le cas échéant. 2006, chap. 4, par. 19 (2).

Cession des ententes

(3) Le ministre peut céder à un réseau local d'intégration des services de santé les droits et obligations que lui attribue tout ou partie d'une entente qu'il a conclue avec un fournisseur de services de santé, y compris une entente à laquelle est également partie une personne ou entité qui n'est pas un fournisseur de services de santé. 2006, chap. 4, par. 19 (3).

Exception

(4) Malgré le paragraphe (3), le ministre ne doit pas céder à un réseau local d'intégration des services de santé une entente qui accorde un financement pour la prestation de services par une personne visée au paragraphe 2 (3) et que le ministre a conclue en vertu de la disposition 4 du paragraphe 6 (1) de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée* ou du paragraphe 2 (2) de la *Loi sur l'assurance-santé*. 2006, chap. 4, par. 19 (4).

Date d'expiration

(5) Dans le cadre d'une cession visée au paragraphe (3), le ministre peut prévoir que l'entente, ou la partie de celle-ci qui a été cédée, prend fin à celle des dates suivantes qui est antérieure aux autres :

- a) la date indiquée dans l'entente;
- b) la date à laquelle le réseau et le fournisseur de services de santé concluent une entente de responsabilisation en matière de services;
- c) la date à laquelle, selon ce que précise le ministre, le réseau et le fournisseur de services de santé doivent conclure une entente de responsabilisation en matière de services. 2006, chap. 4, par. 19 (5).

Responsabilisation des fournisseurs de services de santé

20. (1) Un réseau local d'intégration des services de santé et le fournisseur de services de santé qui reçoit un financement de lui en vertu du paragraphe 19 (1) concluent une entente de responsabilisation en matière de services, au sens de la partie III de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. 2006, chap. 4, par. 20 (1).

Aucune restriction à l'égard de la mobilité des malades

(2) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ne doivent conclure aucune entente ni aucun autre arrangement qui empêche un particulier de recevoir des services en fonction de la zone géographique où il réside, ou qui le restreint à cet égard. 2006, chap. 4, par. 20 (2).

Sociétés d'accès aux soins communautaires

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique à aucune entente conclue entre un réseau local d'intégration des services de santé et une société d'accès aux soins communautaires qui exige que la société fournisse des services dans la zone dans laquelle elle a reçu l'approbation de fournir des services. 2006, chap. 4, par. 20 (3).

Vérification

21. Un réseau local d'intégration des services de santé peut en tout temps enjoindre à un fournisseur de services de santé qui reçoit un financement de lui en vertu du paragraphe 19 (1) d'engager un ou plusieurs vérificateurs titulaires d'un permis délivré en vertu de la *Loi de 2004 sur l'expertise comptable* pour vérifier ses comptes et ses opérations financières ou de les y autoriser. 2006, chap. 4, art. 21.

Renseignements et rapports

22. (1) Un réseau local d'intégration des services de santé peut exiger que n'importe lequel des fournisseurs de services de santé auxquels il accorde ou se propose d'accorder un financement en vertu du paragraphe 19 (1) lui fournisse les plans, rapports, états financiers et autres renseignements, sauf les renseignements personnels sur la santé au sens du paragraphe 31 (5) de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, dont il a besoin aux fins de l'exercice des pouvoirs et fonctions que lui attribue la présente loi ou aux fins prescrites. 2006, chap. 4, par. 22 (1).

Idem, autres personnes

(2) Un réseau local d'intégration des services de santé peut exiger qu'une personne ou entité prescrite lui fournisse les plans, rapports et autres renseignements, sauf les renseignements personnels sur la santé au sens du paragraphe 31 (5) de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, qui sont prescrits et dont il a besoin aux fins de l'exercice des pouvoirs et fonctions que lui attribue la partie III de cette loi ou la présente loi ou aux fins prescrites. 2006, chap. 4, par. 22 (2).

Forme des rapports

(3) La personne ou entité qui est tenue de fournir des plans, rapports, états financiers ou renseignements aux termes du paragraphe (1) ou (2) le fait dans le délai et sous la forme que précise le réseau local d'intégration des services de santé. 2006, chap. 4, par. 22 (3).

Divulgence de renseignements

(4) Un réseau local d'intégration des services de santé peut divulguer les renseignements qu'il recueille en vertu du présent article :

- a) soit au ministre ou à un autre réseau local d'intégration des services de santé s'ils en ont besoin aux fins de l'exercice des pouvoirs et fonctions que leur attribue la présente loi ou la partie III de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*;
- b) soit au Conseil ontarien de la qualité des services de santé, s'il les demande aux fins de l'exercice des pouvoirs et fonctions que lui attribue la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. 2006, chap. 4, par. 22 (4); 2010, chap. 14, art. 19.

PARTIE V INTÉGRATION ET DÉVOLUTION

Définition

23. La définition qui suit s'applique à la présente partie.

«service» S'entend notamment, selon le cas :

- a) d'un service fourni ou d'un programme offert directement à la population;
- b) d'un service ou d'un programme, autre qu'un service ou un programme visé à l'alinéa a), qui appuie un tel service ou programme;
- c) d'une fonction qui appuie les activités d'une personne ou entité qui fournit un service ou offre un programme visé à l'alinéa a) ou b). 2006, chap. 4, art. 23.

Identification d'occasions d'intégration

24. Chaque réseau local d'intégration des services de santé et chaque fournisseur de services de santé identifient séparément et conjointement des occasions d'intégrer les services du système de santé local afin de fournir des services appropriés, coordonnés, efficaces et efficients. 2006, chap. 4, art. 24.

Intégration par les réseaux

25. (1) Un réseau local d'intégration des services de santé peut intégrer le système de santé local, selon le cas :

- a) en accordant un financement à un fournisseur de services de santé en vertu du paragraphe 19 (1), ou en modifiant un tel financement;
- b) en facilitant et en négociant l'intégration de personnes ou d'entités, si au moins une d'entre elles est un fournisseur de services de santé, ou l'intégration de services entre fournisseurs de services de santé ou entre un tel fournisseur et une autre personne ou entité;

- c) en prenant, en vertu de l'article 26, une décision qui exige qu'un fournisseur de services de santé procède à l'intégration décrite dans la décision;
- d) en prenant, en vertu de l'article 27, une décision qui ordonne à un fournisseur de services de santé de ne pas procéder à l'intégration décrite dans la décision. 2006, chap. 4, par. 25 (1).

Décision d'intégration

- (2) Un réseau local d'intégration des services de santé prend une décision d'intégration lorsque, selon le cas :
 - a) il facilite ou négocie l'intégration de personnes ou d'entités, si au moins une d'entre elles est un fournisseur de services de santé, ou l'intégration de services entre fournisseurs de services de santé ou entre un tel fournisseur et une autre personne ou entité et les parties parviennent à une entente à l'égard de l'intégration;
 - b) il exige qu'un fournisseur de services de santé procède à une intégration visée à l'article 26;
 - c) il ordonne à un fournisseur de services de santé de ne pas procéder à une intégration visée à l'article 27. 2006, chap. 4, par. 25 (2).

Interdiction

(3) Aucune décision d'intégration ne doit permettre un transfert de services qui a pour effet qu'un particulier doive payer les services en question, sauf selon ce que la loi permet par ailleurs. 2006, chap. 4, par. 25 (3).

Parties à la décision

- (4) Les personnes et entités suivantes sont parties à la décision d'intégration que prend un réseau local d'intégration des services de santé :
 - 1. Si la décision est prise aux termes de l'alinéa (2) a), les parties à l'entente que le réseau facilite ou négocie conformément à cet alinéa.
 - 2. Si la décision est prise aux termes de l'alinéa (2) b) ou c), le fournisseur de services de santé visé par la décision. 2006, chap. 4, par. 25 (4).

Forme de la décision

- (5) La décision d'intégration que prend le réseau local d'intégration des services de santé énonce ce qui suit :
 - a) le but et la nature de l'intégration, sauf dans le cas d'une décision prise en vertu de l'article 27;
 - b) les parties à la décision;
 - c) les mesures que les parties à la décision sont tenues de prendre ou de ne pas prendre, y compris le délai imparti pour ce faire;
 - d) l'obligation pour les parties à la décision d'élaborer un plan d'adaptation des ressources humaines à l'égard de l'intégration;
 - e) la date d'effet des transferts de services que concerne l'intégration, le cas échéant;
 - f) toute autre question que le réseau estime pertinente. 2006, chap. 4, par. 25 (5).

Avis de la décision

(6) Dès qu'il prend une décision d'intégration, le réseau local d'intégration des services de santé la remet aux parties à la décision et en met des copies à la disposition du public à ses bureaux. 2006, chap. 4, par. 25 (6).

Non-application

(7) La *Loi sur l'exercice des compétences légales* ne s'applique pas aux décisions d'intégration. 2006, chap. 4, par. 25 (7).

Non des règlements

(8) Les décisions d'intégration ne sont pas des règlements au sens de la partie III (Règlements) de la *Loi de 2006 sur la législation*. 2006, chap. 4, par. 25 (8) et 40 (3).

Modification

(9) Le réseau local d'intégration des services de santé qui prend une décision d'intégration aux termes de l'alinéa (2) a) ou b) peut la modifier, auquel cas les paragraphes (3) à (8) s'appliquent à la modification, avec les adaptations nécessaires, de même que l'article 26 dans le cas d'une décision d'intégration visée à l'alinéa (2) b). 2006, chap. 4, par. 25 (9).

Révocation

(10) Le réseau local d'intégration des services de santé qui prend une décision d'intégration peut la révoquer, auquel cas les paragraphes (4), (6), (7) et (8) s'appliquent à la décision qui opère la révocation. 2006, chap. 4, par. 25 (10).

Intégration exigée

26. (1) Sous réserve des paragraphes (2) à (6), le réseau local d'intégration des services de santé qui a mis des copies d'un plan de services de santé intégrés à la disposition du public peut, s'il l'estime dans l'intérêt public, prendre une décision qui

exige qu'un ou plusieurs fournisseurs de services de santé auxquels il accorde un financement en vertu du paragraphe 19 (1) prennent une ou plusieurs des mesures suivantes à la date qui y est indiquée ou par la suite :

1. Fournir ou cesser de fournir tout ou partie d'un service.
2. Fournir un service à un certain niveau, selon un certain volume ou dans une certaine mesure.
3. Transférer tout ou partie d'un service d'un endroit à un autre.
4. Transférer tout ou partie d'un service à une autre personne ou entité ou en recevoir tout ou partie d'une autre personne ou entité.
5. Procéder à un autre genre d'intégration des services prescrit.
6. Accomplir ou s'abstenir d'accomplir un acte nécessaire pour que les fournisseurs de services de santé puissent prendre les mesures visées à l'une ou l'autre des dispositions 1 à 5, notamment transférer des biens à une autre personne ou entité ou en recevoir d'une autre personne ou entité à l'égard des services visés par la décision. 2006, chap. 4, par. 26 (1).

Restrictions

(2) La décision que prend un réseau local d'intégration des services de santé en vertu du présent article satisfait aux conditions suivantes :

- a) elle ne doit pas être contraire au plan de services de santé intégrés ou à l'entente de responsabilisation du réseau;
- b) elle ne doit pas se rapporter à des services pour lesquels un réseau local d'intégration des services de santé n'accorde pas ou ne se propose pas d'accorder un financement total ou partiel au fournisseur de services de santé;
- c) elle ne doit pas exiger qu'un fournisseur de services de santé cesse ses activités, commerciales ou autres, ou qu'il les dissolve ou les liquide;
- d) elle ne doit pas exiger qu'un fournisseur de services de santé modifie la composition ou la structure de ses membres ou de son conseil d'administration;
- e) elle ne doit pas exiger que deux fournisseurs de services de santé ou plus fusionnent;
- f) elle ne doit pas exiger de façon injustifiée, selon l'article 1 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qu'un fournisseur de services de santé qui est un organisme religieux fournisse un service qui va à l'encontre de la religion à laquelle se rattache l'organisme;
- g) elle ne doit pas exiger qu'un fournisseur de services de santé transfère des biens qu'il détient à des fins de bienfaisance à une personne ou entité qui n'est pas un organisme de bienfaisance;
- h) elle ne doit pas exiger qu'un fournisseur de services de santé qui n'est pas un organisme de bienfaisance reçoive des biens d'une personne ou entité qui en est un et les détienne à des fins de bienfaisance;
- i) elle ne doit pas exiger qu'un fournisseur de services de santé accomplisse un acte qui est prescrit en plus des restrictions énoncées aux alinéas a) à h). 2006, chap. 4, par. 26 (2).

Avis du projet de décision

(3) Au moins 30 jours avant de prendre une décision en vertu du paragraphe (1), le réseau local d'intégration des services de santé prend les mesures suivantes :

- a) il avise le fournisseur de services de santé qu'il envisage de prendre une décision en vertu de ce paragraphe;
- b) il fournit une copie du projet de décision au fournisseur de services de santé;
- c) il met des copies du projet de décision à la disposition du public. 2006, chap. 4, par. 26 (3).

Observations

(4) Toute personne peut présenter des observations écrites au sujet du projet de décision au réseau local d'intégration des services de santé au plus tard 30 jours après que celui-ci en met des copies à la disposition du public. 2006, chap. 4, par. 26 (4).

Prise de la décision

(5) Si au moins 30 jours se sont écoulés depuis qu'il a donné l'avis mentionné au paragraphe (3) et après qu'il a examiné les observations écrites présentées en vertu du paragraphe (4), le cas échéant, le réseau local d'intégration des services de santé peut prendre une décision d'intégration en vertu du paragraphe (1), auquel cas les paragraphes (3) et (4) ne s'appliquent pas à la prise de la décision. 2006, chap. 4, par. 26 (5).

Changement

(6) La décision d'intégration mentionnée au paragraphe (5) peut être différente du projet de décision visé par l'avis mentionné au paragraphe (3). 2006, chap. 4, par. 26 (6).

Intégration par les fournisseurs de services de santé

27. (1) Un fournisseur de services de santé peut intégrer ses services et ceux d'une autre personne ou entité. 2006, chap. 4, par. 27 (1).

Application d'une autre loi

(2) La présente loi n'a pas pour effet d'empêcher l'application de la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public*, selon ses termes, à l'intégration mentionnée au paragraphe (1). 2006, chap. 4, par. 27 (2).

Avis au réseau

(3) Si l'intégration mentionnée au paragraphe (1) a trait à des services pour lesquels un réseau local d'intégration des services de santé accorde un financement total ou partiel, le fournisseur de services de santé :

- a) doit en aviser le réseau, à moins que les règlements pris en application de la présente loi ne prescrivent autre chose;
- b) peut procéder à l'intégration s'il n'est pas tenu de donner l'avis mentionné à l'alinéa a);
- c) ne doit pas procéder à l'intégration avant l'expiration d'un délai de 60 jours à compter du moment où il donne l'avis mentionné à l'alinéa a), s'il est tenu d'en donner un et que le réseau ne donne pas celui prévu au paragraphe (4);
- d) ne doit pas procéder à l'intégration avant l'expiration d'un délai de 60 jours à compter du moment où le réseau donne l'avis prévu au paragraphe (4) si les conditions suivantes sont réunies :
 - (i) il est tenu de donner l'avis mentionné à l'alinéa a),
 - (ii) le réseau donne l'avis prévu à ce paragraphe,
 - (iii) le réseau ne prend pas de décision en vertu du paragraphe (6);
- e) ne doit pas procéder à l'intégration visée par la décision prévue au paragraphe (6), si le réseau prend une telle décision. 2006, chap. 4, par. 27 (3).

Avis du projet de décision

(4) Le réseau local d'intégration des services de santé peut, au plus tard 60 jours après que le fournisseur de services de santé donne l'avis exigé par le paragraphe (3) :

- a) aviser le fournisseur de services de santé qu'il envisage de prendre une décision en vertu du paragraphe (6);
- b) fournir une copie du projet de décision au fournisseur de services de santé;
- c) mettre des copies du projet de décision à la disposition du public. 2006, chap. 4, par. 27 (4).

Observations

(5) Toute personne peut présenter des observations écrites au sujet du projet de décision au réseau local d'intégration des services de santé au plus tard 30 jours après que celui-ci en met des copies à la disposition du public. 2006, chap. 4, par. 27 (5).

Prise de la décision

(6) Si plus de 30 jours, mais pas plus de 60, se sont écoulés depuis qu'il a donné l'avis prévu au paragraphe (4) et après qu'il a examiné les observations écrites présentées en vertu du paragraphe (5), le cas échéant, le réseau local d'intégration des services de santé peut, s'il l'estime dans l'intérêt public, prendre une décision qui ordonne au fournisseur de services de santé de ne pas procéder à tout ou partie de l'intégration mentionnée dans l'avis prévu à l'alinéa (3) a). 2006, chap. 4, par. 27 (6).

Questions à prendre en considération

(7) Lorsqu'il prend une décision en vertu du paragraphe (6), le réseau local d'intégration des services de santé examine dans quelle mesure l'intégration n'est pas compatible avec son plan de services de santé intégrés ainsi que toute autre question qu'il estime pertinente. 2006, chap. 4, par. 27 (7).

Changement

(8) La décision d'intégration mentionnée au paragraphe (6) peut être différente du projet de décision visé par l'avis mentionné au paragraphe (4). 2006, chap. 4, par. 27 (8).

Intégration par le ministre

28. (1) Si, après avoir reçu les conseils des réseaux locaux d'intégration des services de santé concernés, il l'estime dans l'intérêt public, le ministre peut, par arrêté et sous réserve du paragraphe (2), ordonner à un fournisseur de services de santé qui reçoit un financement d'un tel réseau en vertu du paragraphe 19 (1) et qui exerce ses activités avec ou sans but lucratif de prendre n'importe laquelle des mesures suivantes à la date indiquée dans l'arrêté ou après cette date :

1. Cesser ses activités ou les dissoudre ou les liquider.
2. Fusionner avec un ou plusieurs fournisseurs de services de santé qui reçoivent un financement d'un réseau local d'intégration des services de santé en vertu du paragraphe 19 (1).

3. Transférer la totalité ou la quasi-totalité de ses activités à une ou plusieurs personnes ou entités.
4. Accomplir ou s'abstenir d'accomplir un acte nécessaire pour qu'il puisse prendre les mesures visées à l'une ou l'autre des dispositions 1 à 3, notamment transférer des biens à une autre personne ou entité ou en recevoir d'une autre personne ou entité à l'égard des activités visées par l'arrêté. 2006, chap. 4, par. 28 (1).

Confession religieuse

(2) L'arrêté que prend le ministre en vertu du paragraphe (1) ne doit pas exiger de façon injustifiée, selon l'article 1 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qu'un fournisseur de services de santé qui est un organisme religieux fournisse un service qui va à l'encontre de la religion à laquelle se rattache l'organisme. 2006, chap. 4, par. 28 (2).

Restrictions

(3) Malgré le paragraphe (1), le ministre ne doit pas, selon le cas :

- a) prendre un arrêté en vertu de ce paragraphe à l'intention du conseil de gestion visé à la disposition 5 de la définition de «fournisseur de services de santé» au paragraphe 2 (2) ou d'une municipalité;
- b) prendre un arrêté en vertu de ce paragraphe à l'intention d'un fournisseur de services de santé visé à la disposition 4 de la définition de «fournisseur de services de santé» au paragraphe 2 (2), s'il n'est pas également visé à une autre disposition de cette définition;
- c) prendre un arrêté en vertu de la disposition 1 de ce paragraphe, à l'égard du fonctionnement d'un foyer de soins de longue durée, à l'intention d'un fournisseur de services de santé visé à la disposition 4 de la définition de «fournisseur de services de santé» au paragraphe 2 (2), s'il est également visé à une autre disposition de cette définition;
- d) prendre un arrêté en vertu de la disposition 2 de ce paragraphe à l'intention d'un fournisseur de services de santé qui exerce ses activités sans but lucratif pour qu'il fusionne avec un ou plusieurs fournisseurs de services de santé qui exercent leurs activités dans un but lucratif;
- e) prendre un arrêté en vertu de la disposition 3 de ce paragraphe à l'intention d'un fournisseur de services de santé qui exerce ses activités sans but lucratif pour qu'il transfère la totalité ou la quasi-totalité de ses activités à une ou plusieurs personnes ou entités qui exercent leurs activités dans un but lucratif. 2006, chap. 4, par. 28 (3); 2007, chap. 8, par. 214 (3) et (4).

Application d'autres paragraphes

(4) Les paragraphes 25 (3) à (10), les alinéas 26 (2) g) et (h) et les paragraphes 26 (3) à (6) s'appliquent à l'arrêté que prend le ministre en vertu du paragraphe (1) comme s'il s'agissait d'une décision d'intégration et la mention d'un réseau local d'intégration des services de santé à ces paragraphes vaut mention du ministre. 2006, chap. 4, par. 28 (4).

Conformité

29. (1) La personne ou entité qui est partie à une décision d'intégration ou à un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28 se conforme à la décision ou à l'arrêté, selon le cas. 2006, chap. 4, par. 29 (1).

Pouvoirs

(2) Malgré toute loi, tout règlement ou tout autre acte ayant trait à la gouvernance d'un fournisseur de services de santé qui est une personne morale et qui est partie à une décision d'intégration ou à un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28, notamment la *Loi sur les sociétés par actions*, la *Loi sur les personnes morales*, des statuts constitutifs, des lettres patentes, des lettres patentes supplémentaires ou des règlements administratifs, le fournisseur de services est réputé avoir les pouvoirs nécessaires pour se conformer à la décision ou à l'arrêté, selon le cas. 2006, chap. 4, par. 29 (2).

Remarque : Le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation, le paragraphe (2) est modifié par substitution de «la Loi de 2010 sur les organisations sans but lucratif ou une loi qu'elle remplace» à «la Loi sur les personnes morales». Voir : 2010, chap. 15, par. 231 (3) et art. 249.

Ordonnances du tribunal

(3) Le réseau local d'intégration des services de santé qui a pris une décision d'intégration ou le ministre, après avoir pris un arrêté en vertu de l'article 28, peut, par voie de requête, demander à la Cour supérieure de justice de rendre une ordonnance enjoignant à une personne ou entité qui est partie à la décision ou à l'arrêté, selon le cas, de s'y conformer. 2006, chap. 4, par. 29 (3).

Transfert de biens détenus à des fins de bienfaisance

30. (1) Si, aux termes d'une décision d'intégration ou d'un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28, il est enjoint à un fournisseur de services de santé de transférer des biens qu'il détient à des fins de bienfaisance, les dons, fiducies, legs et cessions de biens qui font partie des biens visés par le transfert sont réputés faits ou donnés au destinataire. 2006, chap. 4, par. 30 (1).

Fin déterminée

(2) Si un testament, un acte ou un autre document par lequel un don, une fiducie, un legs ou une cession mentionnés au paragraphe (1) est fait ou donné indique que les biens visés par le transfert doivent être utilisés à une fin déterminée, le destinataire du transfert les utilise à cette fin. 2006, chap. 4, par. 30 (2).

Champ d'application

(3) Les paragraphes (1) et (2) s'appliquent, que le testament, l'acte ou le document par lequel est fait ou donné le don, la fiducie, le legs ou la cession soit passé avant ou après le jour de l'entrée en vigueur du présent article. 2006, chap. 4, par. 30 (3).

Aucune indemnité

31. (1) Malgré toute autre loi, mais sous réserve du paragraphe (3), un fournisseur de services de santé n'a pas le droit d'être indemnisé pour une perte ou des dommages, notamment une perte de recettes ou une perte de profits, résultant d'une mesure directe ou indirecte que prend le ministre ou un réseau local d'intégration des services de santé aux termes de la présente loi, notamment une décision d'intégration ou un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28. 2006, chap. 4, par. 31 (1).

Idem, transfert de biens

(2) Malgré toute autre loi, mais sous réserve du paragraphe (3), nulle personne ou entité, notamment un fournisseur de services de santé, n'a le droit d'être indemnisée pour une perte ou des dommages, notamment une perte de jouissance, une perte de recettes et une perte de profits, résultant du transfert de biens aux termes d'une décision d'intégration ou d'un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28. 2006, chap. 4, par. 31 (2).

Exception

(3) Si, aux termes d'une décision d'intégration ou d'un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28, il est enjoint à un fournisseur de services de santé de transférer des biens à une personne ou entité ou d'en recevoir d'une personne ou entité, quiconque subit une perte par suite du transfert a le droit d'être indemnisé comme il est prescrit pour la fraction de la perte qui correspond à la fraction de la valeur des biens qui n'a pas été acquise au moyen de sommes reçues du gouvernement de l'Ontario ou d'un organisme de ce dernier, qu'il soit ou non mandataire de la Couronne. 2006, chap. 4, par. 31 (3).

Aucune expropriation

(4) Ni la présente loi ni aucune mesure prise ou non prise conformément à celle-ci ne constitue une expropriation ou un effet préjudiciable pour l'application de la *Loi sur l'expropriation* ou par ailleurs en droit. 2006, chap. 4, par. 31 (4).

Transfert : application d'une autre loi

32. (1) La *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* s'applique à l'intégration consistant en l'une ou l'autre des mesures suivantes :

- a) le transfert de tout ou partie d'un service d'une personne ou entité aux termes d'une décision d'intégration;
- b) le transfert de la totalité ou de la quasi-totalité des activités d'un fournisseur de services de santé aux termes d'un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28;
- c) la fusion de deux personnes ou entités ou plus aux termes d'une décision d'intégration prise à l'égard de l'intégration visée à l'alinéa 25 (2) a) ou aux termes d'un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28. 2006, chap. 4, par. 32 (1).

Idem

(2) Pour l'application de la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* :

- a) la date du changement est la date à laquelle l'intégration visée au paragraphe (1) prend effet, telle qu'elle figure dans la décision d'intégration ou l'arrêté du ministre, selon le cas;
- b) l'employeur ou les employeurs précédents sont :
 - (i) chaque personne ou entité de laquelle sont transférés le service ou les activités, dans le cas de l'intégration visée à l'alinéa (1) a) ou b),
 - (ii) chacune des personnes ou entités qui fusionnent, dans le cas de l'intégration visée à l'alinéa (1) c);
- c) l'employeur ou les employeurs qui succèdent sont :
 - (i) chaque personne ou entité à laquelle sont transférés le service ou les activités, dans le cas de l'intégration visée à l'alinéa (1) a) ou b),
 - (ii) la personne ou entité issue de la fusion, dans le cas de l'intégration visée à l'alinéa (1) c). 2006, chap. 4, par. 32 (2).

Exception

(3) Malgré le paragraphe (1), mais sous réserve du paragraphe (5), la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* ne s'applique pas à l'intégration visée au paragraphe (1) si les dispositions suivantes décrivent la personne ou entité qui serait l'employeur qui succède si cette loi s'appliquait :

1. La personne ou entité n'est pas un fournisseur de services de santé.

2. La fonction principale de la personne ou entité ne consiste pas à fournir des services au sein du secteur des services de santé ou à ce secteur. 2006, chap. 4, par. 32 (3).

Idem : consentement de toutes les parties

(4) Malgré le paragraphe (1), mais sous réserve du paragraphe (5), la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* ne s'applique pas à l'intégration visée au paragraphe (1) si les personnes ou entités suivantes conviennent par écrit qu'elle ne s'y applique pas :

1. La personne ou entité qui serait l'employeur qui succède si cette loi s'appliquait.
2. Chaque agent négociateur qui a le droit de négocier à l'égard d'une unité de négociation de la personne ou entité qui serait l'employeur qui succède si cette loi s'appliquait.
3. Chaque agent négociateur qui aurait le droit de négocier à l'égard d'une unité de négociation de la personne ou entité qui serait l'employeur qui succède si cette loi s'appliquait. 2006, chap. 4, par. 32 (4).

Application de certaines dispositions

(5) Si la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* ne s'applique pas à une intégration visée au paragraphe (1) par l'effet du paragraphe (3) ou d'une convention prévue au paragraphe (4), il n'est pas porté atteinte aux articles 12 et 36 de cette loi, lesquels s'appliquent à l'intégration s'il y a lieu. 2006, chap. 4, par. 32 (5).

Définition

(6) La définition qui suit s'applique aux paragraphes (7) à (21).

«Commission» La Commission des relations de travail de l'Ontario. 2006, chap. 4, par. 32 (6).

Requête

(7) Toute personne ou entité ou tout agent négociateur visé à la disposition 1, 2 ou 3 du paragraphe (4) peut demander à la Commission de rendre une ordonnance déclarant que la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* ne s'applique pas à l'intégration visée au paragraphe (1). 2006, chap. 4, par. 32 (7).

Ordonnance de la Commission

(8) Si la demande lui en est faite en vertu du paragraphe (7), la Commission peut, par ordonnance, déclarer que la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public*, sauf ses articles 12 et 36, ne s'applique pas, malgré le paragraphe (1), à l'intégration en question. 2006, chap. 4, par. 32 (8).

Facteurs à prendre en considération

(9) Lorsqu'elle décide s'il y a lieu de rendre une ordonnance en vertu du paragraphe (8), la Commission tient compte des facteurs énoncés au paragraphe 9 (3) de la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* et des autres questions qu'elle estime pertinentes. 2006, chap. 4, par. 32 (9).

Application de certaines dispositions

(10) Si la Commission rend une ordonnance en vertu du paragraphe (8), il y est précisé que celle-ci ne porte pas atteinte aux articles 12 et 36 de la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* et que ces articles s'appliquent à l'intégration s'il y a lieu. 2006, chap. 4, par. 32 (10).

Instances devant la Commission

(11) Sous réserve des paragraphes (12) à (19), les articles 110 à 118 de la *Loi de 1995 sur les relations de travail* s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard de tout ce que fait la Commission aux termes du présent article. 2006, chap. 4, par. 32 (11).

Aucun comité

(12) S'il est conféré à la Commission le pouvoir de rendre une décision ou une ordonnance ou de décider d'une question en vertu du présent article, le pouvoir est exercé :

- a) soit par le président ou, en cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, par le président suppléant;
- b) soit par un vice-président désigné par le président à sa seule discrétion ou, en cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, par un vice-président désigné par le président suppléant à sa seule discrétion. 2006, chap. 4, par. 32 (12).

Agents des relations de travail

(13) La Commission peut autoriser un agent des relations de travail à enquêter sur toute question dont elle est saisie aux termes du présent article et à tenter de parvenir à un règlement à son égard. 2006, chap. 4, par. 32 (13).

Règles pour accélérer le déroulement des instances

(14) La Commission a, pour ce qui est des instances visées par le présent article, les mêmes pouvoirs d'établir des règles en vue d'accélérer le déroulement des instances que ceux que lui confère le paragraphe 110 (18) de la *Loi de 1995 sur les relations de travail*. 2006, chap. 4, par. 32 (14).

Non-application

(15) Les règles établies en vertu du paragraphe (14) s'appliquent malgré toute disposition de la *Loi sur l'exercice des compétences légales*. 2006, chap. 4, par. 32 (15).

Non des règlements

(16) Les règles établies en vertu du paragraphe (14) ne sont pas des règlements au sens de la partie III (Règlements) de la *Loi de 2006 sur la législation*. 2006, chap. 4, par. 32 (16) et 40 (3).

Ordonnances provisoires

(17) La Commission peut rendre des ordonnances provisoires à l'égard d'une question faisant ou devant faire l'objet d'une instance en cours ou envisagée. 2006, chap. 4, par. 32 (17).

Délai

(18) La Commission rend ses décisions et ses ordonnances et décide de questions aux termes de la présente loi de façon rapide. 2006, chap. 4, par. 32 (18).

Aucun appel

(19) Les décisions et ordonnances de la Commission sont définitives à tous égards. 2006, chap. 4, par. 32 (19).

Application d'autres dispositions

(20) Les paragraphes 96 (6) et (7) et les articles 122 et 123 de la *Loi de 1995 sur les relations de travail* s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'égard des instances dont la Commission est saisie et des décisions et ordonnances qu'elle rend et des questions dont elle décide aux termes du présent article. 2006, chap. 4, par. 32 (20).

Non-application de la Loi de 1991 sur l'arbitrage

(21) La *Loi de 1991 sur l'arbitrage* ne s'applique pas à l'égard des instances introduites devant la Commission en vertu du présent article. 2006, chap. 4, par. 32 (21).

Intégration par voie de règlement

33. (1) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement, ordonner à une ou plusieurs personnes ou entités qui font fonctionner un hôpital public au sens de la *Loi sur les hôpitaux publics* ainsi que l'University of Ottawa Heart Institute/Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa de cesser de fournir les services non cliniques prescrits et de les intégrer en les transférant à la personne ou entité prescrite à la date prescrite. 2006, chap. 4, par. 33 (1).

Conformité

(2) Les personnes et entités mentionnées dans un règlement pris en application du paragraphe (1) se conforment à celui-ci et les paragraphes 29 (2), (3) et (4) et les articles 30 et 31 s'appliquent à leur égard, sauf que la mention, à ces paragraphes, d'une décision d'intégration ou d'un arrêté du ministre vaut mention du règlement. 2006, chap. 4, par. 33 (2).

Plan d'adaptation des ressources humaines

(3) Les personnes et entités qui sont tenues de cesser de fournir un service visé par un règlement pris en application du paragraphe (1) élaborent un plan d'adaptation des ressources humaines à l'égard de l'intégration du service. 2006, chap. 4, par. 33 (3).

Application d'une autre loi

(4) Sauf disposition prescrite à l'effet contraire, la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* s'applique à l'intégration de services ordonnée par un règlement pris en application du paragraphe (1) et, pour l'application de cette loi :

- a) la date du changement est la date à laquelle l'intégration prend effet ou l'autre date que prescrit le règlement;
- b) l'employeur ou les employeurs précédents sont chaque personne ou entité, prescrite dans le règlement, de laquelle sont transférés les services;
- c) l'employeur ou les employeurs qui succèdent sont chaque personne ou entité, prescrite dans le règlement, à laquelle sont transférés les services. 2006, chap. 4, par. 33 (4).

Idem

(5) Même si un règlement pris en application de la présente loi prescrit que la *Loi de 1997 sur les relations de travail liées à la transition dans le secteur public* ne s'applique pas à l'intégration, les articles 12 et 36 de celle-ci s'y appliquent s'il y a lieu. 2006, chap. 4, par. 33 (5).

Restriction

(6) Le lieutenant-gouverneur en conseil ne doit pas prendre de règlement en application du paragraphe (1) le 1^{er} avril 2007 ou par la suite. 2006, chap. 4, par. 33 (6).

Abrogation de règlements

(7) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement, abroger un règlement pris en application du paragraphe (1), auquel cas l'article 38 ne s'applique pas à celui pris en application du présent paragraphe. 2006, chap. 4, par. 33 (7).

Abrogation

(8) Le présent article est abrogé le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation. 2006, chap. 4, par. 33 (8).

Dévolution

34. (1) Malgré toute autre loi, mais sous réserve du paragraphe (2), le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement, passer par dévolution à un réseau local d'intégration des services de santé les pouvoirs ou les fonctions que toute autre loi dont l'application relève du ministre au moment de la prise du règlement attribue au ministre ou à une personne nommée par celui-ci ou par le lieutenant-gouverneur en conseil. 2006, chap. 4, par. 34 (1).

Exception

(2) Les règlements pris en application du paragraphe (1) ne doivent pas passer par dévolution à un réseau local d'intégration des services de santé, selon le cas :

- a) un pouvoir de réglementation que confère toute autre loi dont l'application relève du ministre;
- b) un pouvoir ou une fonction qui s'applique à une personne visée au paragraphe 2 (3) et qui tire son origine de la *Loi sur l'assurance-santé*, de la partie II de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* ou de la disposition 4 du paragraphe 6 (1) de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*. 2006, chap. 4, par. 34 (2).

Liste des lois

(3) Le ministre fait publier sur le site Web d'Internet du ministère la liste des lois dont l'application relève de lui et tient cette liste à jour. 2006, chap. 4, par. 34 (3).

Conditions de la dévolution

(4) Les règlements pris en application du paragraphe (1) peuvent passer par dévolution à un réseau local d'intégration des services de santé tout ou partie d'un pouvoir ou d'une fonction et ils peuvent assortir de conditions l'exercice de ce pouvoir ou de cette fonction par le réseau et fixer les adaptations avec lesquelles ils s'appliquent. 2006, chap. 4, par. 34 (4).

Effet de la dévolution

(5) Si, aux termes d'un règlement pris en application du paragraphe (1), des pouvoirs ou des fonctions qu'attribue une loi sont dévolus à un réseau local d'intégration des services de santé :

- a) la personne ou entité à laquelle la Loi attribue les pouvoirs ou les fonctions :
 - (i) d'une part, ne doit plus exercer les pouvoirs ou les fonctions dans la mesure où le règlement les passe au réseau,
 - (ii) d'autre part, est déchargée, à l'égard des pouvoirs ou des fonctions, dans la mesure où le règlement les passe au réseau, de toute responsabilité qui prend naissance le jour de l'entrée en vigueur du règlement ou par la suite;
- b) le réseau :
 - (i) d'une part, est habilité à exercer les pouvoirs ou les fonctions, dans la mesure où le règlement les lui passe, à condition de le faire conformément à la Loi,
 - (ii) d'autre part, jouit des mêmes droits et immunités que la personne ou entité à laquelle la Loi attribue les pouvoirs ou les fonctions, dans la mesure où le règlement les passe au réseau, comme s'il était cette personne ou entité aux termes de cette loi;
- c) les pouvoirs ou les fonctions de toute autre personne à l'égard de ceux qui ont été dévolus s'interprètent comme si la Loi prévoyait qu'ils étaient attribués au réseau. 2006, chap. 4, par. 34 (5).

PARTIE VI DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Immunité

35. Sont irrecevables les instances en dommages-intérêts ou autres, à l'exception des requêtes en révision judiciaire présentées en vertu de la *Loi sur la procédure de révision judiciaire* ou des demandes d'indemnisation autorisées par le paragraphe 31 (3), qui sont introduites contre la Couronne, le ministre, un réseau local d'intégration des services de santé ou un membre, administrateur ou dirigeant d'un tel réseau ou quiconque est employé par la Couronne, le ministre ou un tel réseau pour un acte qu'ils ont accompli ou omis d'accomplir ou pour une décision ou un arrêté qu'ils ont pris ou un ordre qu'ils ont donné de bonne foi en vertu de la présente loi dans l'exercice effectif ou censé tel des pouvoirs ou des fonctions que leur attribue celle-ci. 2006, chap. 4, art. 35.

Renseignements accessibles au public

36. Le ministre et chaque réseau local d'intégration des services de santé établissent et tiennent des sites Web sur Internet et publient sur leur site respectif les documents que le ministre ou le réseau, selon le cas, est tenu de mettre à la disposition du public aux termes de la présente loi. 2006, chap. 4, art. 36.

Règlements

37. (1) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement :

- a) régir tout ce que la présente loi mentionne comme étant prescrit;
- b) préciser les personnes, entités ou catégories de personnes ou d'entités qui sont exclues de la définition de «fournisseur de services de santé» à l'article 2;
- c) soustraire un fournisseur de services de santé, un réseau local d'intégration des services de santé ou une catégorie de tels fournisseurs ou de tels réseaux à l'application de toute disposition de la présente loi ou de ses règlements d'application et préciser les circonstances dans lesquelles la dispense s'applique;
- d) prescrire les dispositions de la *Loi sur les personnes morales* qui s'appliquent aux réseaux locaux d'intégration des services de santé et les adaptations avec lesquelles elles s'appliquent;

Remarque : Le jour que le lieutenant-gouverneur fixe par proclamation, l'alinéa d) est modifié par substitution de «la Loi de 2010 sur les organisations sans but lucratif» à «la Loi sur les personnes morales». Voir : 2010, chap. 15, par. 231 (4) et art. 249.

- e) préciser les personnes ou catégories de personnes qui ne peuvent pas être nommées membres d'un réseau local d'intégration des services de santé;
- f) traiter de l'engagement de la collectivité visé à l'article 16, notamment de la façon dont les réseaux locaux d'intégration des services de santé ou les fournisseurs de services de santé doivent s'y prendre, des personnes qu'ils doivent engager ainsi que des questions qu'ils doivent aborder et la fréquence de leurs démarches;
- g) traiter du comité consultatif de professionnels de la santé créé aux termes du paragraphe 16 (5), notamment de sa composition et de ses fonctions;
- h) régir le financement que les réseaux locaux d'intégration des services de santé accordent aux fournisseurs de services de santé en vertu du paragraphe 19 (1);
- i) exiger qu'un fournisseur de services de santé établisse un système de rapprochement du financement qu'il reçoit d'un réseau local d'intégration des services de santé selon les modalités énoncées dans le règlement, et notamment ce qui suit :
 - (i) exiger qu'il rembourse au réseau tout paiement excédentaire qu'il reçoit,
 - (ii) permettre au réseau de recouvrer tout paiement excédentaire en le déduisant des paiements ultérieurs qu'il lui fait;
- j) traiter des questions qui se rapportent aux transferts de biens effectués aux termes d'une décision d'intégration ou d'un arrêté du ministre pris en vertu de l'article 28 ou qui en découlent, notamment des questions qui se rapportent aux droits, privilèges et obligations actuels et futurs;
- k) régir les indemnités payables en vertu du paragraphe 31 (3), notamment qui les verse, le montant payable et le mode de calcul de la perte indemnisable et de la fraction de la valeur des biens qui n'a pas été acquise au moyen de sommes provenant du gouvernement de l'Ontario ou d'un organisme de ce dernier;
- l) définir, pour l'application de la présente loi, tout terme qui y est utilisé mais qui n'y est pas expressément défini. 2006, chap. 4, par. 37 (1).

Idem, ministre

(2) Le ministre peut, par règlement :

- a) élargir la mission d'un réseau local d'intégration des services de santé;
- b) traiter de toute question dont il peut être traité par un règlement mentionné au paragraphe 8 (5). 2006, chap. 4, par. 37 (2).

Portée

(3) Les règlements pris en application de la présente loi peuvent avoir une portée générale ou particulière, créer des catégories différentes et contenir des dispositions différentes selon les catégories ou les circonstances. 2006, chap. 4, par. 37 (3).

Catégories

(4) Une catégorie visée par les règlements pris en application de la présente loi peut être définie en fonction d'une caractéristique ou d'une combinaison de caractéristiques, et elle peut être définie de façon à comprendre ou exclure un membre donné, qu'il possède ou non les mêmes caractéristiques. 2006, chap. 4, par. 37 (4).

Consultation du public préalable à la prise de règlements

38. (1) Sous réserve du paragraphe (8), le lieutenant-gouverneur en conseil ou le ministre ne doit prendre des règlements en application de la présente loi que si les conditions suivantes sont réunies :

- a) le ministre a publié un avis du projet de règlement dans la *Gazette de l'Ontario* et en a donné avis par tout autre moyen qu'il estime approprié afin d'aviser les personnes et entités concernées éventuelles;
- b) l'avis est conforme au présent article;
- c) les délais précisés dans l'avis pour soumettre des commentaires en vertu du paragraphe (2) ont expiré;
- d) le ministre a examiné les commentaires que les personnes lui ont soumis à l'égard du projet de règlement conformément au paragraphe (2) ou encore un résumé fidèle de tels commentaires;
- e) si le lieutenant-gouverneur en conseil peut prendre le règlement, le ministre lui a rendu compte des modifications éventuelles qu'il estime approprié d'apporter au projet de règlement. 2006, chap. 4, par. 38 (1); 2007, chap. 10, annexe J, art. 3.

Contenu de l'avis

(2) L'avis mentionné à l'alinéa (1) a) comprend les renseignements suivants :

- a) la description et le texte du projet de règlement;
- b) l'indication du délai accordé pour soumettre au ministre des commentaires écrits sur le projet de règlement, la façon de le faire et l'adresse du destinataire;
- c) l'indication du lieu et du moment où quiconque peut examiner des renseignements écrits sur le projet de règlement;
- d) tous les autres renseignements que le ministre estime appropriés. 2006, chap. 4, par. 38 (2).

Délai pour soumettre des commentaires

(3) Sauf raccourcissement du délai par le ministre conformément au paragraphe (4), le délai mentionné à l'alinéa (2) b) est d'une durée minimale de 60 jours après que celui-ci a donné l'avis prévu à l'alinéa (1) a). 2006, chap. 4, par. 38 (3).

Délai plus court

(4) Le ministre peut raccourcir le délai s'il est d'avis que, selon le cas :

- a) l'urgence de la situation le justifie;
- b) le projet de règlement précise l'intention ou l'application de la présente loi ou de ses règlements d'application;
- c) le projet de règlement est mineur ou de nature technique. 2006, chap. 4, par. 38 (4).

Pouvoir discrétionnaire de prendre des règlements

(5) Sur réception du rapport du ministre mentionné à l'alinéa (1) e), le lieutenant-gouverneur en conseil peut, sans qu'un autre avis prévu au paragraphe (1) ne soit donné, prendre le règlement proposé avec les modifications qu'il estime appropriées, que celles-ci figurent ou non dans le rapport. 2006, chap. 4, par. 38 (5).

Idem, règlements du ministre

(6) S'il est autorisé à le faire et qu'il a été satisfait aux conditions énoncées au paragraphe (1), le ministre peut, sans qu'un autre avis prévu à ce paragraphe ne soit donné, prendre le règlement proposé avec les modifications qu'il estime appropriées. 2006, chap. 4, par. 38 (6).

Absence de consultation du public

(7) Le ministre peut décider que les paragraphes (1), (2), (3), (4), (5) et (6) ne devraient pas s'appliquer au pouvoir de prendre un règlement en application de la présente loi s'il est d'avis que, selon le cas :

- a) l'urgence de la situation le justifie;
- b) le projet de règlement précise l'intention ou l'application de la présente loi ou de ses règlements d'application;
- c) le projet de règlement est mineur ou de nature technique. 2006, chap. 4, par. 38 (7).

Avis

(8) Si le ministre décide que les paragraphes (1), (2), (3), (4), (5) et (6) ne devraient pas s'appliquer au pouvoir de prendre un règlement en application de la présente loi :

- a) d'une part, ces paragraphes ne s'y appliquent pas;
- b) d'autre part, le ministre donne avis de sa décision au public dès que raisonnablement possible après l'avoir prise. 2006, chap. 4, par. 38 (8).

Contenu de l'avis

(9) L'avis mentionné à l'alinéa (8) b) comprend un énoncé des motifs à l'appui de la décision du ministre et tous les autres renseignements que celui-ci estime appropriés. 2006, chap. 4, par. 38 (9).

Publication de l'avis

(10) Le ministre publie l'avis mentionné à l'alinéa (8) b) dans la *Gazette de l'Ontario* et le donne par tout autre moyen qu'il estime approprié. 2006, chap. 4, par. 38 (10).

Révision judiciaire exclue

(11) Sous réserve du paragraphe (12), aucune mesure ou décision que prend ou ne prend pas le lieutenant-gouverneur en conseil ou le ministre aux termes du présent article ne doit être révisée par un tribunal. 2006, chap. 4, par. 38 (11).

Exception

(12) Tout résident de l'Ontario peut présenter une requête en révision judiciaire en vertu de la *Loi sur la procédure de révision judiciaire* pour le motif que le ministre n'a pas pris une mesure qu'exige le présent article. 2006, chap. 4, par. 38 (12).

Délai de présentation

(13) Nul ne doit présenter une requête en vertu du paragraphe (12) à l'égard d'un règlement plus de 21 jours après celui où le ministre publie un avis à l'égard du règlement aux termes de l'alinéa (1) a) ou du paragraphe (10), s'il y a lieu. 2006, chap. 4, par. 38 (13).

Examen de la Loi et des règlements

39. (1) Un comité de l'Assemblée législative fait ce qui suit :

- a) il entreprend un examen global de la présente loi et de ses règlements d'application au plus tard deux ans à compter de la date à laquelle aucune dispense prévue par les règlements ne s'applique à l'exigence visée au paragraphe 20 (1) portant que les réseaux locaux d'intégration des services de santé concluent une entente de responsabilisation en matière de services avec des fournisseurs de services de santé qui sont des personnes morales agréées au sens de la *Loi sur les établissements de bienfaisance*, des municipalités ou des conseils de gestion qui entretiennent des foyers ou foyers communs pour personnes âgées en vertu de la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos* ou des titulaires de permis au sens de la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*;
- b) dans l'année qui suit le début de cet examen, il fait ses recommandations à l'Assemblée sur les modifications à apporter à la présente loi et à ses règlements d'application. 2006, chap. 4, par. 39 (1); 2010, chap. 1, annexe 15, art. 1.

Définition

(2) La définition qui suit s'applique au présent article.

«an» ou «année» Période de 365 ou, dans le cas d'une année bissextile, de 366 jours consécutifs. 2006, chap. 4, par. 39 (2).

40. OMIS (PRÉVOIT DES MODIFICATIONS À LA PRÉSENTE LOI). 2006, chap. 4, art. 40.

41. à **54.** OMIS (MODIFIENT OU ABROGENT D'AUTRES LOIS). 2006, chap. 4, art. 41 à 54.

55. OMIS (PRÉVOIT L'ENTRÉE EN VIGUEUR DES DISPOSITIONS DE LA PRÉSENTE LOI). 2006, chap. 4, art. 55.

56. OMIS (ÉDICTE LE TITRE ABRÉGÉ DE LA PRÉSENTE LOI). 2006, chap. 4, art. 56.

Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 515/09 ENGAGEMENT DE LA COLLECTIVITÉ FRANCOPHONE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 16 DE LA LOI

Période de codification : Du 1^{er} janvier 2010 à la [date à laquelle Lois-en-ligne est à jour](#).

Aucune modification.

Le texte suivant est la version française d'un règlement bilingue.

Objets

1. Les objets du présent règlement sont les suivants :

- a) prescrire une entité de planification des services de santé en français pour la zone géographique de chaque réseau local d'intégration des services de santé pour l'application de l'alinéa 16 (4) b) de la Loi;
- b) établir les fonctions de chaque réseau local d'intégration des services de santé en ce qui concerne l'engagement de l'entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau pour l'application de l'article 16 de la Loi. Règl. de l'Ont. 515/09, art. 1.

Entité de planification des services de santé en français

2. (1) Pour l'application de l'alinéa 16 (4) b) de la Loi et pour chaque réseau local d'intégration des services de santé, le ministre, conformément au présent article, choisit une entité à titre d'entité de planification des services de santé en français pour la zone géographique du réseau dans les délais suivants :

- a) au plus tard six mois après l'entrée en vigueur du présent règlement dans le cas de la première entité choisie pour la zone;
- b) dès l'annulation ou l'expiration du choix d'une entité pour la zone en application du présent article. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 2 (1).

(2) Le ministre ne doit choisir à titre d'entité de planification des services de santé en français pour la zone géographique d'un réseau local d'intégration des services de santé qu'une entité qui satisfait aux critères suivants :

1. Elle est constituée en personne morale sous le régime des lois de l'Ontario et constitue une entité en activité.
2. Elle entretient des rapports suivis avec la collectivité francophone de la zone.
3. Elle possède de l'expérience ou des connaissances relatives au système de santé local et aux besoins de la collectivité francophone de la zone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent.
4. Elle a démontré un intérêt envers la planification ou la prestation de services de santé ou y a participé.
5. Elle a démontré qu'elle a la capacité et les compétences voulues pour engager le réseau au sujet du système de santé local en application du paragraphe 16 (1) de la Loi afin de réaliser l'objet de la présente loi, y compris la capacité de donner en temps opportun des conseils qui sont compatibles avec les cycles de planification du réseau.
6. Elle consent à engager le réseau à l'égard des questions visées aux alinéas 3 (1) a) à f) du présent règlement conformément à l'article 16 de la Loi.
7. Elle consent à engager le réseau à l'égard des questions visées aux alinéas 3 (1) a) à f) du présent règlement au mieux des intérêts de la collectivité francophone de la zone et à ne pas chercher à obtenir un avantage pour elle-même.
8. Elle consent à conclure une entente avec le réseau en ce qui concerne des rôles et responsabilités relatifs aux questions visées aux alinéas 3 (1) a) à f) du présent règlement. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 2 (2).

(3) Le ministre peut choisir une entité pour agir à titre d'entité de planification des services de santé en français pour la zone géographique de plus d'un réseau local d'intégration des services de santé, mais il doit veiller à en choisir au moins cinq en Ontario. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 2 (3).

(4) Le ministre consulte le réseau local d'intégration des services de santé avant de choisir l'entité de planification des services de santé en français pour la zone géographique du réseau. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 2 (4).

(5) Si une entité choisie à titre d'entité de planification des services de santé en français cesse de satisfaire aux critères énoncés au paragraphe (2) après avoir été choisie, le ministre peut annuler son choix, auquel cas il choisit une autre entité pour agir à ce titre. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 2 (5).

(6) Sous réserve du paragraphe (5), le choix d'une entité à titre d'entité de planification des services de santé en français expire après cinq ans, auquel moment le ministre fait le choix exigé par le paragraphe (1), soit en choisissant de nouveau la même entité, soit en choisissant une nouvelle entité. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 2 (6).

Engagement de la collectivité

3. (1) Pour l'application de l'article 16 de la Loi et sous réserve du paragraphe (2), chaque réseau local d'intégration des services de santé engage l'entité de planification des services de santé en français choisie en application de l'article 2 du présent règlement pour la zone géographique du réseau afin de conseiller ce dernier sur ce qui suit :

- a) les façons d'engager la collectivité francophone de la zone;
- b) les besoins et priorités de la collectivité francophone de la zone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- c) les services de santé dont dispose la collectivité francophone de la zone;
- d) l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans la zone;
- e) les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- f) la planification et l'intégration des services de santé dans la zone. Règl. de l'Ont. 515/09, par. 3 (1).

(2) Avant d'engager l'entité de planification des services de santé en français choisie en application de l'article 2 du présent règlement pour la zone géographique du réseau local d'intégration des services de santé en application du paragraphe (1), le réseau conclut une entente avec l'entité en ce qui concerne des rôles et responsabilités relatifs aux questions visées aux alinéas (1) a) à f). Règl. de l'Ont. 515/09, par. 3 (2).

Rapport

4. Chaque réseau local d'intégration des services de santé fait état, dans son rapport annuel, de ses activités d'engagement visées à l'article 3, notamment le contenu, la fréquence et la forme de ces activités. Règl. de l'Ont. 515/09, art. 4.

5. OMIS (ENTRÉE EN VIGUEUR DES DISPOSITIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT). Règl. de l'Ont. 515/09, art. 5.



NOS PARTENAIRES

- Centre communautaire régional de London
- Collège Boréal
- Centre culturel francophone Joliet, Sarnia
- Centre communautaire de Chatham-Kent La Girouette
- Centre communautaire francophone Windsor-Essex-Kent
- Conseil scolaire catholique Providence
- Conseil scolaire Viamonde
- Regroupement multiculturel francophone de London

ENTITÉ DE PLANIFICATION DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS ÉRIÉ ST. CLAIR/SUD-OUEST

Bureau de Windsor

7151, promenade Forest Glade
Windsor ON N8T 3P5
519 948-1515

Bureau de London

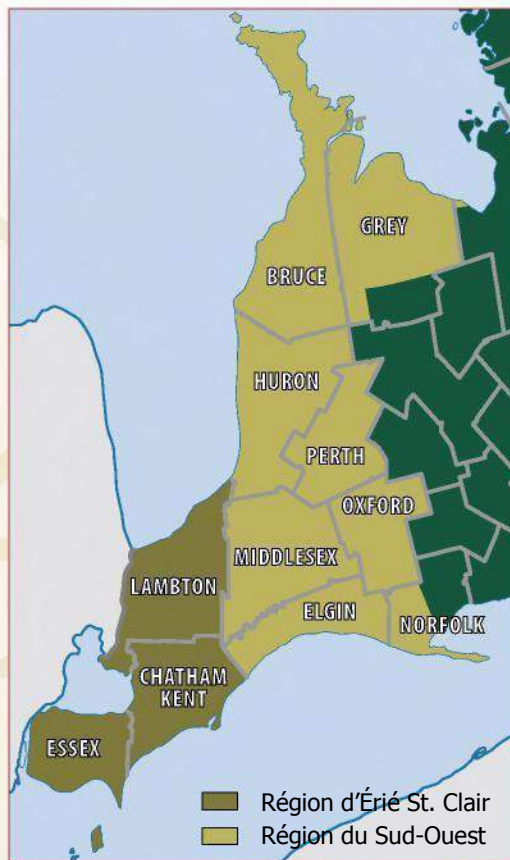
920, rue Huron, bureau 175b
London ON N5Y 4K4
519 850-4309

EXCELLENCE
TRANSPARENCE
IMPUTABILITÉ
COLLABORATION



Planification des services de santé en français

ÉRIÉ ST. CLAIR/SUD-OUEST



■ Région d'Érie St. Clair
■ Région du Sud-Ouest



FINANCÉ PAR



EXCELLENCE
TRANSPARENCE
IMPUTABILITÉ
COLLABORATION



ÉRIÉ ST. CLAIR/SUD-OUEST

Planification des services de santé en français

www.entite1.ca



NOTRE MISSION

De par sa connaissance du milieu de la santé et des besoins de la communauté francophone, l'Entité Érié St. Clair/ Sud-Ouest (ESC/SO) conseille et appuie les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en matière d'offre de services de santé en français de qualité.



NOTRE VISION

Un meilleur accès aux services de santé en français de qualité

NOS VALEURS

- Excellence
- Imputabilité
- Transparence
- Collaboration

NOTRE MANDAT

Prestation de conseils aux RLISS de la part de l'Entité sur les questions suivantes :

- méthodes d'engagement de la collectivité francophone dans chacune des zones;
- besoins et priorités en matière de santé de la collectivité francophone dans chacune des zones, y compris les besoins et priorités d'une variété de groupes qui composent cette collectivité;
- services de santé offerts à la collectivité francophone dans ces zones;
- identification et désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans ces zones;
- stratégies pour améliorer l'accès aux services de santé en français, l'accessibilité de ces services et leur intégration au système de santé local;
- planification et intégration des services de santé dans les zones.

QUI NOUS SOMMES

- Une de six (6) Entités en Ontario
- Mandaté par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) règlement 515/09
- Financé par les RLISS d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest
- Géré par un conseil d'administration composé de bénévoles représentant les régions de Windsor, de Sarnia, de Chatham, de London et des environs
- Bureaux à Windsor et à London

NOS FORCES

- Relations avec les RLISS
- Connaissance de la communauté
- Réseautage

PERSONNEL

Jacques Kenny

Directeur général
jkenny@entite1.ca

Yvan Poulin

Agent de planification
ypoulin@entite1.ca

Jean-Marc Boisvenue

Agent de planification
jmboisvenue@entite1.ca

EIES

Évaluation de l'impact sur
l'équité en matière de santé

Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)



Table des matières

Remerciements	4
EIES Version 2.0 (printemps 2012)	4
EIES Version 1.0 (printemps 2011)	7
Introduction	8
Démarrage	8
Ressources supplémentaires	8
Qu'est-ce que l'outil d'EIES?	9
Pourquoi utiliser l'outil d'EIES?	10
Dans quelles circonstances l'EIES doit-elle être utilisée?	11
Qui doit utiliser l'outil d'EIES?	12
Quelle est la portée de l'outil d'EIES?	12
Définitions et concepts entourant l'EIES	13
Inégalités en matière de santé	13
Déterminants de la santé	13
Collecte des données	15
L'EIES en cinq étapes	16
Remplir la grille d'EIES	18
Étape 1: Délimitation	18
Étape 2: Impacts possibles	23
Étape 3: Mitigation	25
Étape 4: Surveillance	27
Étape 5: Diffusion	29
Annexe A: Déterminants de la santé	31
Annexe B: Autres ressources sur l'équité en matière de santé	43
Annexe C: Méthodologie	44

Remerciements

EIES Version 2.0 (printemps 2012)

L'outil et le guide de travail pour l'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) ont été mis à jour par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) en partenariat avec le secteur de la santé publique et les fournisseurs de services de santé, entre autres avec Santé publique Ontario, les bureaux de santé publique (BSP), la Division de la santé publique du MSSLD et de nombreux autres intervenants. Nous remercions du fond du cœur tous les partenaires et les consultants et tous les participants aux essais de leur contribution :

Cadre principal d'évaluation de l'équité / Groupe de travail pour l'EIES
Santé publique Ontario
Brian Hyndman , aménageur principal, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures Christiane Mitchell , adjointe de recherche, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Wendy Katherine , gestionnaire, Unité de la santé de la femme et de la famille, Division de la stratégie et des politiques du système de santé April MacInnes , conseillère principale en politiques, chargée de projet de l'EIES, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population, Division de la stratégie et des politiques du système de santé Janice Tepper , gestionnaire, Direction des politiques et de la planification stratégiques, Direction de la planification et de la liaison en matière de santé publique, Division de la santé publique Lindsay Boychuk , conseillère en planification et en liaison, Direction des politiques et de la planification stratégiques, Direction de la planification et de la liaison en matière de santé publique, Division de la santé publique Vanessa Perry , conseillère en pratiques de santé publique, Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique, Division de la santé publique Ian Chan , analyste des pratiques de santé publique (I), Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique, Division de la santé publique
Autres contributeurs et conseillers importants
Santé publique Ontario (Élaboré par le Cadre d'évaluation de l'équité. Sert de base au supplément des BSP de l'EIES)
D^{re} Heather Manson , chef, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures D^{re} Ingrid Tyler , médecin de santé publique Brian Hyndman , aménageur principal, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

D^{re} Arlene King, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario

Vasanthi Srinivasan, sous-ministre adjointe, Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Sheree Davis, directrice, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population,
Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Elizabeth Walker, directrice, Direction de la planification et de la liaison en matière de santé publique,
Division de la santé publique

Paulina Salamo, gestionnaire, Normes et performance, Direction des normes,
des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique

Gerrilynn Carroll, directrice, Direction de la gestion des situations d'urgence, Division de la santé publique

Sylvia Shedden, directrice, Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de
santé publique, Division de la santé publique

Chloe Macrae, analyste des politiques, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population,
Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Mark Schoter, analyste des politiques, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population,
Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Véronique Dault, agente, Politiques et programmes, Bureau des services en français

Consultations – Participants au groupe de discussion, 5 mars 2012

Bureaux de santé publique

Jo Ann Salci, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Services de santé publique de la ville de Hamilton

Marcia Nauta, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Services de santé publique de la ville de Hamilton

Rebecca Dupuis, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Erika Haney, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Caroline Wai, infirmière-hygiéniste, ville de Toronto (également représentante de l'ASPO-Groupe de travail
sur l'équité en matière de santé de l'Association des agences locales de santé publique)

Siu Mee Cheng, directrice générale, Association pour la santé publique de l'Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ayasha Mayr Handel, chef d'équipe, Bureau de la sous-ministre adjointe,
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé

Thomas Appleyard, conseiller principal, Direction de la gestion des situations d'urgence,
Division de la santé publique

Sheela Subramanian, analyste de la planification et des politiques,
Association canadienne pour la santé mentale

Consultations – Participants au webinaire, 22 mars 2012

Les participants étaient trop nombreux pour être mentionnés individuellement, mais on remarque au nombre
des invités:

Bureau de santé publique – Déterminants sociaux pertinents pour les infirmières-hygiénistes
de tout l'Ontario

Médecins hygiénistes de tout l'Ontario.

Membres du **Conseil des médecins hygiénistes**

Champions de l'EIES

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

D^{re} Arlene King, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario

Vasanthi Srinivasan, sous-ministre adjointe, Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Champions de la communauté

D^r Kwame McKenzie, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Branka Agic, chef, Unité de l'équité, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Autres remerciements

Rétroaction des anciens utilisateurs et formulaires d'évaluation utilisés lors des séances de formation auprès des RLISS, du MSSLD et l'ensemble du secteur de la santé.

Membres du Conseil des médecins hygiénistes

EIES Version 1.0 (printemps 2011)

L'outil et le guide de travail pour l'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) ont été élaborés par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en partenariat avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est, du Centre-Toronto et de Waterloo Wellington. Nous remercions vivement tous les partenaires et les consultants et tous les participants aux essais de leur contribution :

L'équipe EIES (Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé)
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
<p>Scott Andison, directeur, Politiques et relations liées au système de santé Elliot Cappell, analyste des politiques, Unité de l'équité Sheree Davis, directrice, Stratégie du système de santé Marc Despatie, chef des services en français Ben Elling, analyste des politiques, Unité de l'équité Lauren Ettin, chef, Unité de l'équité Judy Fiddes, conseillère principale en politiques, Unité de l'équité Julia Gallo, chef (A), Unité de l'équité Lorraine Greaves, directrice administrative, Division de la stratégie du système de santé Wendy Katherine, chef, Unité des stratégies relatives à la santé de la population et de l'intégration Ayasha Mayr Handel, conseillère principale en politiques, Unité des stratégies relatives à la santé de la population et de l'intégration Anthony Mohammed, chef (A), Unité de l'équité Hélène Moncion, agente principale, Politiques et programmes, Services en français Véronique Dault, agente, Politiques et programmes, Services en français Michèle Sanborn, directrice, Direction de la gestion ministérielle Vasanthi Srinivasan, sous-ministre adjoint, Division de la stratégie du système de santé</p>
Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est, équipe EIES
<p>Erika Espinoza, conseillère, Planification, intégration et participation communautaire Phil Kilbertus, conseiller principal, Planification, intégration et participation communautaire Marc Lefebvre, conseiller, Soutien à la planification et à la décision Mike O'Shea, conseiller principal, Planification, intégration et participation communautaire Dave Pearson, conseiller principal, Planification, intégration et participation communautaire</p>
Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Toronto, équipe EIES
<p>Vanessa Ambtman, conseillère, Participation communautaire Krissa Faye, conseillère principale, Participation communautaire Janine Hopkins, directrice, Planification, intégration et participation communautaire</p>
Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Waterloo Wellington, équipe EIES
<p>Thomas Custers, chef principal, Conception du système de santé Mike Dwyer, analyste principal, Transformation du système de santé Linda Lopinski, chargée de programme, Participation communautaire Kate Reid, adjointe, Programmes Patricia Syms Sutherland, chef, Transformation du système de santé</p>
Autres remerciements
<p>Bob Gardner, conseiller, The Wellesley Institute Margot Lerner, conseillère, Wasabi Consulting Participants aux essais et aux séances de consultation</p>

Guide de travail pour l'EIES : comment mener une EIES

Pour découvrir les plus récentes ressources, visitez le site : www.ontario.ca/equite-sante
Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec : HEIA@ontario.ca

Introduction

L'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) possède une vaste application et est conçue pour être utilisée par les organisations et fournisseurs de services de santé qui ont un impact sur la santé des Ontariens et des Ontariennes. Par conséquent, l'EIES doit servir non seulement aux organisations actives dans le système de soins de santé de l'Ontario, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les bureaux de santé publique (BSP), mais aussi aux organisations situées à l'extérieur du système de soins de santé susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé. On pense entre autres ici aux autres ministères ontariens responsables des politiques sociales, comme le ministère de l'Éducation, le ministère des Transports et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et aux différents organismes sans but lucratif et les fournisseurs de services dans la collectivité. L'outil d'EIES se veut aussi un pont entre les secteurs pertinents afin de stimuler la pensée créatrice, la collaboration et la découverte de solutions viables et praticables pour les politiques, programmes et initiatives en cours ayant un impact sur la santé.

Démarrage

Le guide de travail pour l'EIES fournit des renseignements généraux sur la manière de mener une Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé et sur la façon d'utiliser la grille d'EIES dans votre pratique quotidienne. Le guide de travail :

- explique la nature de l'EIES et la façon de l'utiliser et définit les utilisateurs;
- accompagne l'utilisateur tout au long des cinq étapes nécessaires pour mener une EIES;
- fournit des exemples et incite l'utilisateur à illustrer la façon dont chaque section de la grille d'EIES doit être remplie;
- fournit des renseignements dont l'utilisateur a besoin pour mener une EIES (annexe C);
- oriente l'utilisateur vers d'autres ressources complémentaires utiles au moment de mener une EIES. Dans le présent guide de travail, ces ressources seront appelées **Ressources supplémentaires**.

Ressources supplémentaires

Outre la grille d'EIES et le guide de travail pour l'EIES, l'utilisateur peut accéder à différentes ressources complémentaires qui l'aideront à mener l'évaluation. Ces ressources sont offertes sur le site Web de l'EIES du MSSLD à l'adresse <http://www.ontario.ca/equite-sante>. Visiter cette page est le meilleur moyen d'obtenir les renseignements les plus à jour.

Ressources offertes actuellement

- **Supplément concernant les services en français (SEF)** : Indique les lois particulières et les exigences de la *Loi sur les services en français*.
- **Supplément sur les bureaux de santé publique (BSP)** : Introduit des considérations concernant le secteur de la santé publique dans l'application de l'EIES. Indique notamment la façon dont l'outil d'EIES peut aider les bureaux de santé publique locaux à satisfaire aux exigences de la Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique (NSPO) de Santé publique Ontario.

- Différents **sites Web** menant vers des ressources externes et des sources de données susceptibles de guider l'utilisateur dans l'utilisation de l'outil.

Ressources en voie d'élaboration

- **Sommaires de données** et de renseignements utiles sur les populations vulnérables;
- **Études de cas** illustrant l'application de l'EIES;
- **Liens** hypertexte vers des ressources et des banques de données externes.

Qu'est-ce que l'outil d'EIES?

L'EIES¹ est un outil d'évaluation pratique et souple qui peut servir à recenser les impacts potentiels (positifs ou négatifs) *involontaires* d'une politique, d'un programme ou d'une initiative sur la santé des groupes vulnérables ou marginalisés au sein de la population en général. Une fois ces impacts recensés, l'utilisateur peut formuler des recommandations à l'intention des décideurs quant aux changements qui seraient susceptibles d'atténuer les impacts négatifs et de maximiser les impacts positifs sur les groupes touchés.

Il est important d'insister sur le fait que l'EIES vise uniquement le recensement des impacts positifs et négatifs **involontaires** – non pas les bienfaits **prévus** de la politique, du programme ou de l'initiative qui doit être mis en œuvre.

Quelle est la différence entre impacts *involontaires* et bienfaits *prévus*?

Prenons par exemple le but visé par un programme de prévention et de prise en charge du diabète déployé à l'échelle de la province. Imaginons que ce but consiste à réduire le taux d'incidence du diabète et à améliorer les soins fournis aux personnes déjà atteintes de diabète et leur prise en charge. La conséquence involontaire d'une décision opérationnelle associée à l'offre de ce programme en ligne seulement serait peut-être l'exclusion des personnes qui n'ont pas accès à Internet, situation qui entraînerait un impact inéquitable sur la santé des groupes concernés. Un autre impact serait que toutes les personnes déjà vulnérables et dont la santé est à risque seront proportionnellement plus touchés et ainsi davantage marginalisés, ce qui représente une conséquence involontaire qui contrevient aux objectifs prévus du programme, à savoir une réduction des taux d'incidence du diabète et une amélioration de la qualité des soins à la grandeur de la province. Les stratégies visant la mitigation afin d'améliorer l'accès aux soins pourrait alors être celles qui visent à éviter une marginalisation accrue des groupes vulnérables recensés.

Le principal objectif de l'outil consiste à réduire les iniquités qui découlent des obstacles à l'accès aux services de santé de qualité et à accroître les résultats positifs pour la santé en recensant et en atténuant les impacts involontaires d'une initiative avant sa mise en œuvre.

Des initiatives ministérielles plus vastes comme les processus de planification stratégique et commerciale, et les processus d'allocation des budgets et ressources, d'accréditation, de gouvernance, de responsabilisation, de réglementation et de participation communautaire peuvent aussi tirer parti de l'EIES, puisqu'elle favorise l'intégration de l'équité en matière de santé dans l'ensemble des organisations.

¹ L'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) est issue de la méthodologie de l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS [OMS]) qui a acquis beaucoup de dynamisme sur le plan international au cours de la dernière décennie en tant qu'outil d'aide à la décision permettant la mise en place de « politiques en matière de santé publique ». Alors que l'EIS s'intéresse souvent aux iniquités en matière de santé, sa structure ne s'est pas prêtée à une action plus ciblée et plus systématique sur ces iniquités. Un modèle d'équité axé sur l'évaluation de l'impact sur la santé a donc évolué et est actuellement utilisé au Royaume-Uni (Pays de Galles), en Nouvelle-Zélande, en Australie et dans d'autres territoires.

Bien qu'elle doive principalement servir pendant la phase d'élaboration des initiatives (avant la mise en œuvre), elle peut aussi être appliquées rétrospectivement aux examens, aux évaluations ou aux décisions ayant trait à l'expansion, à la réorientation ou à l'éventuelle suppression des programmes ou services existants.

Au niveau macrostructurel, l'outil peut servir dans les vastes stratégies ou à l'évaluation de l'ensemble de programmes et services afin de déterminer si cette combinaison pourra procurer des avantages égaux à toute la population ou s'il accentuera les iniquités existantes en matière de santé. L'EIES peut aussi être utilisé pour recenser les indicateurs clés de la réussite axés sur l'équité.

Pourquoi utiliser l'outil d'EIES?

L'équité en matière de santé peut avoir un effet considérable sur la pérennité du système de santé en réduisant l'incidence des maladies coûteuses et évitables et des traitements qui y sont associés. La réduction des disparités dans la prestation et la planification des services de santé nécessite une solide compréhension des obstacles clés à l'accès équitable aux services de grande qualité et des besoins précis des populations désavantagées sur le plan de la santé. Pour ce faire, il faut disposer d'un éventail d'outils de planification efficaces et pratiques.

L'EIES est souvent perçue comme un outil de « défrichage » susceptible d'aider les décideurs à tenir compte des questions d'équité au moment de l'élaboration de nouvelles initiatives et dans le cadre d'une planification plus détaillée. Ainsi, l'EIES soutient l'atteinte de l'objectif stratégique à long terme consistant à améliorer l'accès des diverses collectivités aux services de santé et à répondre aux besoins de ces dernières, ce qui fait partie des priorités déterminées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

L'EIES vise cinq grands objectifs pour les utilisateurs :

1. Contribuer à recenser les impacts possibles (positifs ou négatifs) d'une politique planifiée, d'un programme ou d'une initiative sur la santé de groupes vulnérables ou marginalisés au sein de la population en général;
2. Contribuer à formuler des recommandations quant aux changements à apporter à l'initiative, qui sont susceptibles d'atténuer les impacts négatifs et de maximiser les impacts positifs sur les groupes vulnérables ou marginalisés;
3. Intégrer l'équité aux modèles existants et futurs de l'organisation de manière à ce que l'équité devienne une valeur fondamentale et un critère pris en considération dans toutes les décisions;
4. Soutenir l'amélioration de la mise au point des programmes et des services axée sur l'équité. On se posera ainsi la question: « Quelles modifications doit-on apporter à ce programme pour qu'il réponde aux besoins de populations données? »;
5. Présenter l'équité en santé à titre de catalyseur de changement à l'échelle de l'organisation, de manière à ce que les décideurs élaborent les « objectifs à atteindre ». Ils se poseront ainsi les questions: « Comment pouvons-nous offrir ce programme à un plus grand nombre de personnes, particulièrement celles qui sont souvent oubliées? », « Quels obstacles devons-nous repérer? » et « Sommes-nous aussi efficaces que nous pourrions l'être, surtout pour les personnes dont les besoins en matière de santé sont les plus grands? ».

L'EIES peut aussi offrir un cadre de travail robuste pour déterminer si l'ensemble des politiques, programmes et initiatives d'une organisation tire parti des occasions d'amélioration de l'équité ou s'il est susceptible d'élargir les disparités en matière de santé entre les populations vulnérables et marginalisées et la population en général.

Les utilisateurs peuvent utiliser l'EIES au niveau **microstructurel** pour évaluer l'ensemble des politiques, programmes et initiatives, mais ils peuvent aussi s'en servir au niveau **macrostructurel** pour évaluer l'ensemble de leur offre existante ou future afin de déterminer si elles sont susceptibles d'approfondir les disparités ou d'accroître l'équité en matière de santé.

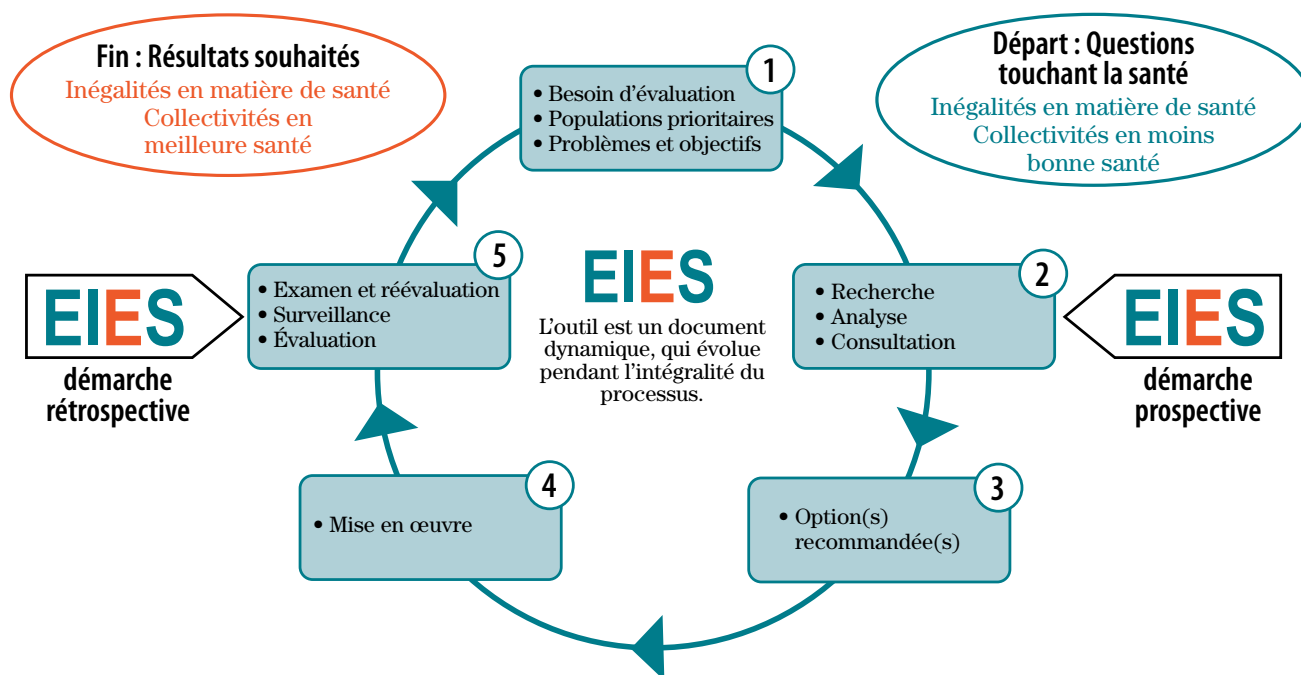
Enfin, il est prévu qu'après la mise en œuvre de l'EIES et la réalisation des mitigations recensées, on établit si les impacts positifs prévus sur la santé et l'équité ont été maximisés, et si les impacts négatifs ont été réduits. Dans la négative, il convient de déterminer les raisons de cet état de fait et d'établir la façon dont les plans pourront être davantage adaptés à l'avenir de manière à favoriser l'équité en matière de santé².

Dans quelles circonstances l'EIES doit-elle être utilisée?

L'EIES doit être menée **le plus tôt possible** au moment de l'élaboration et de la planification afin qu'on puisse apporter des modifications à la politique, au programme ou à l'initiative avant que les possibilités de modification ne diminuent (par exemple durant la mise en œuvre).

La figure 1 représente un processus d'élaboration et de planification simplifié. On y indique les étapes auxquelles l'outil d'EIES peut être appliqué, dans le cadre d'une analyse prospective ou rétrospective.

Figure 1 – Quand doit-on utiliser l'EIES?



Bien qu'il soit souhaitable de procéder tôt à une évaluation, l'EIES peut être effectuée ultérieurement dans le processus d'élaboration et de planification, par exemple durant l'examen et l'évaluation qui suit la mise en œuvre. Ainsi, l'EIES peut servir à évaluer l'expansion, le réalignement ou la suspension d'un programme ou d'un service. Cependant, les recommandations auxquelles l'EIES tardive donnera lieu pourront être limitées par des facteurs comme des décisions prises antérieurement, des investissements déjà réalisés, la disponibilité des ressources et les dates butoirs. Néanmoins, ces limites ne doivent pas restreindre le recours à l'analyse prévue dans le cadre de l'EIES.

² UCLA Health Impact Assessment Clearinghouse. "Phases of HIA". Le document peut être consulté à l'adresse : <http://www.hiaguide.org/methods-resources/methods/phases-hia-4-reportingevaluation>.

L'EIES ne constitue qu'un des éléments d'un éventail d'outils de planification pour l'équité qui peuvent ne pas convenir à tous les contextes. Par exemple, elle est moins utile que d'autres outils d'équité pour l'évaluation des besoins, la mesure et le suivi des interventions en matière d'équité, l'évaluation des programmes et des services ou la planification stratégique.

Qui doit utiliser l'outil d'EIES?

Habituellement, l'EIES est effectuée par le personnel travaillant à l'élaboration et à la planification des politiques, programmes et initiatives. Les décideurs de l'organisation devraient ensuite tenir compte des résultats de l'EIES. L'EIES n'est pas conçue pour être effectuée par un tiers (p. ex., des consultants), car ils sont davantage éloignés du processus et que les coûts associés à une telle démarche peuvent être prohibitifs.

Quelle est la portée de l'outil d'EIES?

On compte habituellement trois méthodes d'évaluation des impacts^{3,4}:

- **Évaluation à partir de données**
 - Les renseignements sont réunis par l'utilisateur à partir des données et ressources existantes.
 - Une telle évaluation se réalise en général en quelques jours.
- **Évaluation rapide**
 - Cette évaluation est plus détaillée et comporte davantage d'activités d'approche et de cueillette d'information.
 - Une telle évaluation se réalise en général en quelques semaines.
- **Évaluation complète**
 - Comporte des recherches plus poussées telles que des consultations auprès de la collectivité et du secteur.
 - Une évaluation complète peut exiger des mois.
 - On y recourt habituellement pour les projets très importants et très complexes.

En général, l'EIES se classe entre les catégories évaluation à partir de données et évaluation rapide. Ces différentes évaluations peuvent être effectuées dans des périodes plus brèves, et reposent habituellement sur de l'information, des données et des ressources existantes. C'est l'utilisateur qui décide du niveau et de la profondeur de l'EIES en tenant compte du temps et des ressources impartis.

³ Centers for Disease Control and Prevention. "Health Impact Assessment". Le document peut être consulté à l'adresse <http://www.cdc.gov/healthyplaces/hia.htm>

⁴ Centers for Disease Control and Prevention. "Health Impact Assessment Fact Sheet". Le document peut être consulté à l'adresse http://www.cdc.gov/healthyplaces/factsheets/Health_Impact_Assessment_factsheet_Final.pdf.

Définitions et concepts entourant l'EIES

Ressources supplémentaires: Consultez un glossaire à jour de la terminologie pour découvrir la signification des différents termes selon les secteurs au site Web de l'EIES: <http://www.ontario.ca/equite-sante>

Pour des raisons de simplicité, nous avons retenu les termes le plus couramment acceptés et utilisés dans le guide de travail et la grille d'EIES.

Inégalités en matière de santé

Dans le système de santé, assurer l'équité signifie réduire les obstacles systémiques à l'accès aux services de santé de grande qualité pour tous en répondant aux besoins en matière de santé des gens en fonction des classes sociales, les populations les plus désavantagées sur le plan de la santé. La planification de l'accès équitable aux soins de santé part du principe que les services de santé doivent être fournis et organisés de manière à contribuer à réduire les disparités globales.

Les iniquités ou disparités en matière de santé sont des différences dans le domaine de la santé qui sont évitables, injustes et systématiquement liées aux inégalités sociales et à la marginalisation. Selon la recherche effectuée, les disparités en matière de santé sont dues aux grandes inégalités socioéconomiques et à l'exclusion répandue dans la société en général ainsi qu'au fait qu'il existe des gradients précis de santé dans lesquels la santé a tendance à être moins bonne dans les couches inférieures de l'échelle économique, de la scolarité et des privilèges en général. L'équité en matière de santé vise donc à réduire ou à éliminer les résultats pour la santé liés à l'échelle sociale. Il s'agit d'une notion qui repose sur les concepts plus vastes de justice, de justice sociale et de société civilisée.

Déterminants de la santé

L'Agence de la santé publique du Canada définit les déterminants de la santé de la façon suivante :

«...Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations⁵. Ces déterminants peuvent être regroupés en sept grandes catégories⁶: l'environnement socioéconomique, les environnements physiques, le développement de la petite enfance, l'hygiène de vie, la capacité individuelle et la capacité d'adaptation, le patrimoine biologique et génétique et les services de santé.»

Même si la liste continue de s'allonger, l'Agence de santé publique du Canada reconnaît actuellement les déterminants de la santé qui suivent⁷, qui constituent la liste à laquelle se réfèrent le guide de travail et la grille d'EIES:

- revenu et statut social
- réseaux de soutien social
- scolarité et alphabétisation
- emploi et conditions de travail
- environnement social
- environnement physique
- hygiène de vie et capacité d'adaptation
- développement de la petite enfance
- patrimoine biologique et génétique
- accès aux services de santé
- sexe
- culture

Pour une définition des différents déterminants, consultez l'annexe A.

⁵ Organisation mondiale de la Santé (OMS), Glossaire de la promotion de la santé, 1998. Le document peut être consulté à l'adresse http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_fr.pdf

⁶ Source : Agence de la santé publique du Canada. « Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé ». Le document peut être consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php>.

⁷ Agence de santé publique du Canada (ASPC), « Qu'est-ce qui détermine la santé? ». Le document peut être consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>.

Pourquoi se concentrer sur les déterminants de la santé?

La démarche la plus efficace pour disparités en matière de santé s'appuie sur un cadre de travail qui tient compte des déterminants de la santé – les facteurs qui influent sur la santé et qui dépassent des limites traditionnelles du système de soins de santé. Il est important de s'attarder en amont du secteur de la santé à la vaste gamme d'influences et de résultats socioéconomiques qui influent sur la santé des individus, des collectivités et des populations.

Selon la *Commission des déterminants sociaux de la santé* mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), «les services de santé sont un important déterminant de la santé. Bien que le mode de vie joue aussi un rôle important en matière de santé, ce sont les facteurs liés au milieu social déterminant l'accès aux services de santé qui influencent en premier lieu les choix liés au mode de vie⁸.»

Malgré le fait que de nombreux déterminants créant des disparités en matière de santé se trouvent à l'extérieur du système de santé en tant que tel, l'analyse des déterminants sociaux de la santé est susceptible de révéler d'importantes voies vers des résultats pour la santé et de suggérer des solutions efficaces pour réduire les iniquités recensées en matière de santé.

Déterminants de la santé ou déterminants sociaux de la santé?

Les terminologies qui décrivent les facteurs influant sur la santé sont notamment les «déterminants de la santé» (DS) et les «déterminants sociaux de la santé» (DSS). Ces expressions ont des sens légèrement différents, même si elles englobent les mêmes concepts.

Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent⁹. Ils sont les «conditions économiques et sociales qui influent sur la santé au niveau de l'individu, de la collectivité et de l'ensemble d'un territoire. Ces facteurs déterminent la mesure dans laquelle une personne possède les ressources physiques, sociales et personnelles pour définir et réaliser ses objectifs, satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu. Ces ressources englobent notamment les conditions relatives au développement du jeune enfant, l'éducation, l'emploi et le travail, la salubrité des aliments, les services de santé, le logement, le revenu et la répartition du revenu, l'exclusion sociale, le filet de sécurité social, ainsi que le chômage et la sécurité d'emploi¹⁰».

Dans le guide de travail et la grille d'EIES, le terme DS, plus large sur le plan sémantique, sera utilisé pour désigner les déterminants de la santé d'un individu ou d'un groupe qui vont au-delà du concept médical traditionnel de santé. DS est un terme plus large qui englobe le spectre des influences sur la santé, et il a été désigné comme préféré par le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario.

À mesure que l'importance du milieu social dans la détermination des résultats sur la santé devient de plus en plus évidente, la recherche portant sur les facteurs sociaux particuliers les plus critiques s'intensifie. D'autres listes de ces facteurs sociaux influant sur la santé peuvent être référencées au besoin en appliquant l'EIES.

Ainsi, les chercheurs de l'Université York¹¹ ont récemment défini 14 facteurs sociaux clés qui ont une incidence sur la santé, dont: le revenu et la distribution du revenu, l'éducation, le chômage et l'insécurité au travail, l'emploi et les conditions de travail, le développement de la petite enfance, l'insécurité alimentaire, l'habitation,

⁸ Organisation mondiale de la Santé (OMS), «Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux». On peut consulter le document à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/index.html. La Commission dégage neuf thèmes clés : le développement durant la petite enfance, les conditions de travail, la mondialisation, l'exclusion sociale, les systèmes de soins de santé, les conditions de santé prioritaires, les femmes et l'équité, l'urbanisation, la mesure et les preuves.

⁹ Document de discussion de la Commission sur les DSS de l'Organisation mondiale de la Santé intitulé : «Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on SDH». Le document peut être consulté à l'adresse http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

¹⁰ Raphael, Dennis (Ed) 2004. *Social Determinants of Health: Canadian Perspective*.

¹¹ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts* Toronto : York University School of Health Policy and Management, 2010.

l'exclusion sociale, le réseau de sécurité sociale, les services de santé, le fait d'être autochtone, le sexe, la race et les handicaps. Les autres déterminants de la santé désignés par différentes personnes et organisations sont la distribution de la richesse et la pauvreté, le sexe, la race et l'ethnicité, le statut de citoyen et d'immigrant, la langue, les compétences, l'orientation sexuelle, l'âge, le racisme et la discrimination, l'exclusion sociale et l'environnement aménagé. Ces listes varient selon le poids des centres d'intérêt ou du travail de la personne ou de l'organisation.

Dans l'utilisation de l'outil d'EIES, l'utilisateur est libre d'utiliser la liste de DSS ou de DS la plus pertinente pour son organisation ou projet, celle avec laquelle il est le plus à l'aise. Dans le guide de travail et la grille d'EIES, l'Agence de santé publique du Canada utilise la liste de DS.

Collecte des données

L'EIES procure un cadre d'analyse, mais l'utilisateur doit fournir les données adéquates pour évaluer efficacement les impacts possibles sur l'équité. L'analyse prévue à l'EIES est aussi robuste que la qualité des données utilisées avec l'outil.

Cependant, la recherche conventionnelle (les études quantitatives et qualitatives) a tendance à ne pas refléter aussi bien les réalités des groupes marginalisés et celles des populations vulnérables et les difficultés qu'ils doivent surmonter. Par conséquent, les utilisateurs peuvent parfois avoir de la difficulté à trouver des données de recherche conventionnelle se rapportant précisément aux populations dont ils doivent tenir compte.

Lorsque vous entreprenez une analyse d'EIES, pensez à adopter une démarche réaliste en intégrant des données issues de recherches conventionnelles et de recherches exceptionnelles afin d'obtenir de meilleurs résultats, y compris les suivantes :

- Littérature grise (rapports sur des politiques, programmes et projets, guides officiels sur les bonnes pratiques, pratiques recommandées ou prometteuses, etc.);
- Données intergouvernementales;
- Ressources en ligne;
- Données de consultation et constats des participants aux programmes de participation communautaire;
- Entrevues avec des informateurs clés (p. ex., avec des experts locaux ou des membres du personnel d'organisations pertinentes);
- Résultats d'évaluation de programme;
- Sondages auprès des clients;
- Données recueillies sur le terrain, données fournies par le personnel, données organisationnelles, preuves tacites, etc.

Plus vous incluez des données de sources variées, plus l'analyse sera robuste et plus l'EIES tiendra adéquatement compte des besoins des populations susceptibles d'être exclues de la recherche conventionnelle. L'évaluation des sources de données doit porter sur leur rigueur et leur qualité.

Ressources supplémentaires : Les annexes B et C de ce guide de travail EIES fournit une liste étendue de ressources qui vous aideront à réunir les données pertinentes pour effectuer l'EIES. Veuillez la consulter avant de remplir la grille d'EIES.

L'EIES en cinq étapes

Il convient de mener une EIES si la politique, le programme ou l'initiative est susceptible d'avoir un impact sur la santé de groupes vulnérables ou marginalisés. Il est souhaitable que **toutes les décisions et tous les plans envisagés** soient soumis à l'évaluation et qu'une recommandation soit formulée quant à savoir s'il faut procéder à une EIES et, le cas échéant, avec une analyse de quelle portée.

1. Délimitation

Définir les populations ou les groupes touchés et les impacts involontaires possibles (positifs ou négatifs) de la politique, du programme ou de l'initiative envisagé sur ces derniers. Envisager un vaste éventail de groupes vulnérables ou marginalisés afin d'éviter qu'une initiative produise des conséquences ou involontaires.

2. Impacts possibles

Utiliser les données ou preuves disponibles pour évaluer de façon prospective les impacts involontaires de la politique, du programme ou de l'initiative envisagé sur les groupes vulnérables ou marginalisés par rapport à l'ensemble de la population. Il est utile et important d'utiliser des données d'un plus grand ensemble de sources, y compris les constats de consultation, la littérature grise et les données relevées sur le terrain. L'évaluation des sources de données doit porter sur leur rigueur et leur qualité. Lorsque les données sont très rares, il convient de noter leur rareté dans l'outil de l'EIES ou, si possible, de mettre en œuvre d'autres stratégies de collecte de données. De telles stratégies peuvent inclure la réalisation de sondages, de groupes d'étude ou des séances de consultation avec des experts ou des membres des groupes touchés lorsque le temps le permet.

3. Mitigation

Formuler des recommandations fondées sur des données pour réduire ou éliminer les impacts négatifs et maximiser les impacts positifs sur les groupes vulnérables ou marginalisés. Ces recommandations constituent une stratégie de mitigation. L'adoption des recommandations formulées préalablement à la mise en œuvre de l'initiative aidera à veiller à ce que celle-ci contribue à l'équité et à ce qu'elle ne perpétue ni n'accroisse les disparités existantes en matière de santé. Dans la mesure du possible, divers membres des groupes touchés devraient participer à l'élaboration des recommandations.

4. Surveillance

Déterminer la méthode de surveillance de la mise en œuvre de l'initiative en vue d'évaluer les impacts de celle-ci sur les groupes vulnérables ou marginalisés par rapport à d'autres segments de population ou à la population cible. Les données produites permettront d'augmenter l'ensemble de données disponibles pour les interventions en matière d'équité et peuvent resservir au cours du processus d'élaboration d'autres plans, politiques ou programmes. Une fois l'analyse d'EIES terminée, réaliser une brève évaluation du processus et de l'impact de celle-ci afin de déterminer si l'outil s'est révélé pratique et adéquat (processus) et si les recommandations formulées à titre de stratégie de réduction d'impact pour le plan, la politique ou le programme ont été adoptées.

5. Diffusion

Cette étape comporte le partage des résultats et des recommandations visant à favoriser l'équité en matière de services de santé. La diffusion est un processus cyclique, en interaction avec l'étape quatre (surveillance). En partageant les résultats de votre EIES, vous attirez l'attention sur les lacunes dans l'équité et la prestation de services à combler, et vous échangez des leçons qui sont importantes pour la réduction à long terme des inégalités.

Il est essentiel de documenter et de communiquer les résultats de l'EIES avec les groupes et intervenants concernés susceptibles de souhaiter apprendre à partir des renseignements que vous aurez réunis. En communiquant les résultats de votre application de l'EIES, vous contribuez à bâtir le corps de connaissances sur la réduction des iniquités en matière de santé. En communiquant des résultats des nouveaux indicateurs et de l'évaluation, vous facilitez du même coup l'accès aux preuves et aux données d'évaluation pour l'avenir. Il importe tout particulièrement de communiquer vos résultats et recommandations avec les intervenants issus de secteurs autres que celui de la santé, par exemple ceux du logement, du transport et des soins donnés aux enfants, car leurs initiatives et politiques peuvent avoir des répercussions considérables sur les iniquités en matière de santé.

Une fois mené le processus d'EIES, il est utile de considérer vos résultats, notamment ceux qui proviennent de la stratégie de surveillance et la façon dont ceux-ci peuvent être incorporés dans des instruments de planification plus larges, comme les stratégies concernant les entreprises et les régions, la planification et la production de rapports annuels et d'autres documents du même ordre.

Ressources supplémentaires : Pour toutes les étapes de l'EIES, accédez aux ressources complémentaires suivantes pour obtenir de l'aide pour remplir la grille d'EIES :

- Si vous travaillez dans le secteur de la santé publique ou si vous devez vous conformer aux exigences de la Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique (NSPO) de Santé publique Ontario, veuillez consulter le **Supplément sur les bureaux de santé publique (BSP)**.
- Veuillez consulter le **Supplément concernant les services en français (SEF)** pour établir si votre organisation ou projet doit se conformer aux paramètres de la *Loi sur les services en français*. Cette loi définit les circonstances dans lesquelles une personne a droit à des services en français. Les organismes de la Couronne, les ministères du Gouvernement de l'Ontario (y compris tous les réseaux locaux d'intégration des services de santé) ainsi que les organismes tiers désignés sont couverts par cette loi.

Remplir la grille d'EIES

Cette section du guide de travail EIES guide l'utilisateur tout au long de chaque partie de la grille d'EIES par des invites à l'écran et par des exemples. Les exemples ne visent pas à couvrir toutes les situations, et sont proposés à titre indicatif seulement.

Nota: Chaque étape numérotée dans le guide de travail correspond à l'étape appropriée dans la grille d'EIES. Une grille placée au début de chaque section indique l'endroit de la grille d'EIES où vous vous trouvez.

Étape 1 : Délimitation

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations*	b) Déterminants de santé	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, d�ficiency auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.).							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre: Veuillez décrire ici la population en question.							

Bien qu'il soit difficile de définir tous les groupes qui sont vulnérables ou marginalisés en ce qui a trait à une politique, un programme ou une initiative précis dans le domaine de la santé, des disparités quant à l'accès et à la qualité des services ont maintes fois été associées à certains segments de population. Toutefois, les groupes marginalisés peuvent varier en regard de divers projets. Dans son utilisation de l'outil EIES, l'utilisateur définira les populations concernées en tenant compte de l'information sur le projet, afin de prévoir quels groupes sont susceptibles d'être touchés par l'initiative.

Ressources supplémentaires: Même si elle ne s'applique pas à toutes les organisations, comme les BSP, la section « Considérations clés pour le personnel du MSSLD et des RLISS » du **Supplément concernant les services en français (SEF)** fournit les questions clés à prendre en considération dans l'inclusion du français au début d'un projet. Veuillez consulter ce supplément au début du processus d'élaboration et de planification pour prendre en charge une intégration sensée du SEF.

Questions

Déterminez si votre initiative est susceptible d'avoir un impact positif ou négatif sur la santé des collectivités vulnérables ou marginalisées en posant des questions comme les suivantes :

- En quoi votre politique, votre programme ou votre initiative touchent-ils l'équité en matière de santé pour les populations vulnérables ou marginalisées de votre région?
- Est-ce que cette politique, ce programme ou cette initiative aura un impact différentiel sur les gens ou collectivités que vous servez? Est-ce que certains clients ont un accès aux soins ou aux résultats de santé pris dans leur ensemble différent des autres personnes?
- Existe-t-il d'autres collectivités vulnérables ou marginalisées susceptibles de subir des résultats involontaires découlant de ce programme?

Populations potentiellement vulnérables ou marginalisées (étape 1a)

La liste de populations qui suit n'est pas exhaustive, et la terminologie utilisée ne fait pas forcément l'unanimité auprès des membres de la collectivité visée, car les préférences varient au sein des collectivités et entre elles. Si les préférences des personnes visées sont inconnues, il est utile de se renseigner sur la terminologie préférée auprès des experts et représentants locaux des collectivités en question. Des exemples sont donnés pour chacune des populations mentionnées plus loin, afin de clarifier les choses.

En effectuant l'étape 1a de l'EIES, les segments de population vulnérables et marginalisés peuvent comprendre, sans s'y limiter, les groupes suivants :

- **Autochtones** : Au Canada, les Peuples autochtones sont les Premières nations, les Inuits et les Métis (PNIM). Ces groupes distincts possèdent des patrimoines, des langues et des cultures uniques¹².
- **Groupes d'âge** : Désigne les populations dont la santé ou l'équité est susceptible de subir l'influence de facteurs ayant trait à l'âge (par exemple la capacité de voter) ou des facteurs touchant le développement (petite enfance) ou les changements physiques (aînés de santé faible). Les groupes susceptibles d'entrer dans cette catégorie sont les nourrissons, les enfants, les jeunes, les aînés, etc.
- **Incapacité** : Désigne les personnes qui présentent une incapacité physique ou mentale, une infirmité, une malformation ou un défigurement comme une cécité ou une déficience visuelle, une surdité ou une déficience auditive, un mutisme ou un trouble de la parole, une déficience mentale (d'évolution ou dû à un trouble d'apprentissage), un trouble mental ou une incapacité causée par un accident de travail¹³. La catégorie peut englober les personnes atteintes de maladie mentale, de dépendance aux drogues ou à l'alcool.
- **Collectivités ethnoraciales** : Un groupe ethnique (ou ethnicité)¹⁴ est un groupe de personnes dont les membres s'identifient les uns aux autres, par un héritage commun, consistant souvent en une langue commune, une culture commune (comprenant souvent une religion partagée) et/ou une idéologie qui met l'accent sur une origine commune ou l'endogamie. Ces collectivités comprennent les races ou groupes racialisés, les minorités culturelles, les immigrants, les réfugiés, etc.
- **Francophones** : Personnes qui communiquent en français parce que c'est leur langue maternelle ou par préférence, y compris les nouveaux arrivants francophones, personnes sourdes qui utilisent la langue des signes québécoise (LSQ) ou la langue des signes française (LSF), etc.
- **Sans-abri** : Comprend les personnes sous-logées ou marginalement logées, les personnes sans adresse permanente, celles sans domicile fixe ou sans domicile de qualité, y compris les itinérants.

¹² Statistique Canada. Autochtones: Le document peut être consulté sur le site <http://www80.statcan.gc.ca/wes-esw/page1-fra.htm>

¹³ *Code des droits de la personne*, L.R.O. 1990, Peut être consulté à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90h19_f.htm

¹⁴ Ornstein, M. « Ethno-Racial Groups in Toronto, 1971-2001 », Institute for Social Research. Le document peut être consulté à l'adresse http://www.isr.yorku.ca/download/Ornstein-Ethno-Racial_Groups_in_Toronto_1971-2001.pdf

- **Groupes linguistiques:** Personnes qui ne sont pas à l'aise de recevoir des services en anglais ou en français ou qui préfèrent communiquer dans une langue autre que l'anglais ou le français, ou personnes dont le degré d'alphabétisation limite la communication, peu importe la langue utilisée.
- **Personnes à faible revenu:** comprend les personnes vulnérables sur le plan économique qui sont sous-employées, au chômage, vivant sur un revenu fixe, touchant l'aide sociale, etc.
- **Groupes d'une religion ou ayant des croyances données:** Comprend les systèmes de croyances religieuses ou de foi susceptibles d'être associés à des pratiques alimentaires ou à des culturelles particulières.
- **Populations rurales/éloignées, de quartiers urbains défavorisés:** Personnes de milieu géographiquement ou socialement isolés ou qui vivent dans des zones sous-desservies ou encore dans des secteurs de population très dense.
- **Sexe/genre:** Le sexe correspond aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui définissent le mâle et la femelle, tandis que le genre renvoie aux rôles, aux comportements, aux activités et aux attributs construits socialement qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes et pour les femmes¹⁵. Ces groupes peuvent comprendre les femmes, les mâles, les femmes, les hommes, les transsexuels, les transgenres, les bi-spirituels.
- **Orientation sexuelle:** L'orientation sexuelle est une caractéristique personnelle qui couvre tout l'éventail de la sexualité humaine, par exemple le lesbianisme, l'homosexualité masculine, la bisexualité et l'hétérosexualité¹⁶.
- **Divers:** Comprend tout groupe de population non saisi dans la grille d'EIES. Par exemple, personnes sans assurance (personnes sans statut légal au Canada et sans assurance-maladie gouvernementale) ou personnes qui n'ont pas de médecin de famille, etc.

Croisement entre populations (étape 1a)

L'un des aspects les plus importants dont vous devez tenir compte lorsque vous évaluez les disparités en matière de santé est que divers facteurs d'inégalité et d'identité peuvent **coexister et amplifier** les obstacles de certains individus ou collectivités.

Ainsi, les désavantages en matière de santé des sans-abri affligés d'une incapacité et qui parlent peu ou ne parlent pas anglais seront encore plus grands, et les immigrantes âgées qui disposent d'un faible revenu peuvent devoir affronter de multiples obstacles propres à leur situation. Le fait d'être désavantagé est presque toujours un problème qui comporte de multiples facettes. De même, la recherche sur les déterminants de la santé conclue que la coexistence de divers facteurs d'inégalité peut elle-même contribuer à des perspectives d'emploi moins intéressantes et à des emplois faiblement rémunérés sur le marché du travail, lesquels entraîneront à leur tour une plus grande pauvreté, un logement de moins bonne qualité et d'autres facteurs d'inégalité.

Ressources supplémentaires: Pour des explications et des descriptions plus approfondies des déterminants de la santé, consultez l'annexe A du présent guide. Consultez aussi le site Web de l'EIES pour obtenir davantage d'information et de données sur les différents groupes de population. L'adresse du site Web est la suivante:
<http://www.ontario.ca/equite-sante>

¹⁵ Organisation mondiale de la Santé. Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre »? La page peut être consultée à l'adresse <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>.

¹⁶ Commission ontarienne des droits de la personne. « Les droits de la personne et l'orientation sexuelle » Peut être consulté à l'adresse <http://www.ohrc.on.ca/fr/les-droits-de-la-personne-et-lorientation-sexuelle>.

Exemples

Recherchez les types de disparités ci-dessous concernant votre projet lorsque vous essayez de définir les populations vulnérables ou marginalisées :

- Si le projet vise une affection chronique comme l'arthrite, le diabète ou la dépression, il est important que vous envisagiez son impact sur les femmes. Bien que les Ontariennes vivent plus longtemps que les Ontariens, un grand nombre d'entre elles sont plus susceptibles d'être affligées d'une incapacité ou d'affections chroniques. Il est aussi important de tenir compte des femmes qui ont un faible revenu comme une population vulnérable et marginalisée puisqu'elles seront davantage affligées d'affections chroniques et d'incapacités et auront une espérance de vie moindre que les femmes qui disposent de revenus supérieurs¹⁷.
- Si vous évaluez un projet visant à améliorer la santé chez les jeunes enfants, il serait important de prendre en compte les nourrissons et les jeunes enfants dont la santé est souvent moins bonne au sein de certaines populations. Par exemple, le taux de décès dus à une blessure chez les nourrissons autochtones est quatre fois plus élevé que celui de leurs congénères dans la population canadienne en général; dans le groupe des enfants d'âge préscolaire, ce taux est cinq fois supérieur dans la population autochtone, et dans le groupe des adolescents, il est trois fois supérieur à celui des groupes d'âge correspondants de l'ensemble de la population canadienne¹⁸.
- Si le programme vise à aider les individus sous-logés à obtenir un logement stable, il serait important de tenir compte du fait que les sans-abri sont souvent en moins bonne santé. En 2006, les sans-abri de Toronto étaient 20 fois plus susceptibles d'être affligés d'épilepsie, cinq fois plus susceptibles de présenter une cardiopathie, quatre fois plus susceptibles de souffrir d'un cancer, trois fois plus susceptibles d'être affligés d'arthrite ou de rhumatisme et deux fois plus susceptibles de souffrir de diabète¹⁹. Reconnaître ces disparités et mettre au point des méthodes pour les réduire pourrait accroître l'efficacité de votre programme ou initiative.
- Si vous mettez sur pied un service qui nécessitera que les gens se rendent à un hôpital ou à une clinique, il sera important de définir les populations pour qui le transport constitue un obstacle comme les personnes affligées d'une incapacité physique, celles qui ont un faible revenu ou celles qui vivent dans une région plus isolée. De plus, si l'initiative nécessite que les personnes aient accès à un médecin de soins primaires ou un spécialiste, cela peut être un obstacle pour les habitants de régions rurales. En 2004, 21,4 pour cent des Canadiens vivaient dans des régions rurales où seulement 9,4 pour cent des médecins (dont 15,7 pour cent étaient des médecins de famille et 2,4 pour cent des spécialistes) exerçaient leur profession²⁰.
- Si vous prévoyez offrir un service qui suggère aux gens d'acheter des articles, par exemple répulsif pour les insectes ou un écran solaire dans le cadre d'une initiative de santé publique, il est important de tenir compte des personnes susceptibles d'être incapables de suivre les recommandations à cause d'obstacles liés au revenu, ou à la non-disponibilité de l'article dans leur région. Si vous reconnaissez ces barrières et pouvez suggérer des solutions de rechange, par exemple le fait de se tenir dans l'ombre ou de demeurer à l'intérieur lorsque les moustiques sont le plus actifs, vous pourrez rendre votre programme ou initiative plus efficace, inclusif et réalisable.

Populations vulnérables définies

Votre recherche et votre analyse vous ont-elles permis de définir les groupes vulnérables ou marginalisés susceptibles d'être concernés par votre politique, programme ou initiative? Si tel est le cas, indiquez-les dans la grille d'EIES ou ajoutez-les au besoin dans la section « Divers ».

¹⁷ Bierman, A. et coll. POWER Study, 2009.

¹⁸ Bierman, A. et coll. POWER Study, 2009.

¹⁹ Khandor, E. et K. Mason. *The Street Health Report 2007*. www.streethealth.ca

²⁰ Pong, R. W. et J. R. Pitblado. *Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2006

Déterminants de la santé (étape 1b)

À cette étape, on identifie toutes les iniquités en matière de déterminants de la santé et auxquelles font face les groupes de population vulnérables ou marginalisés définis à l'étape 1a.

Un projet peut avoir des effets sur ses utilisateurs au-delà de ses objectifs et cibles officiels, par exemple sur leur réseautage social, leur acquisition de compétences et leurs perspectives d'emploi ou encore sur leurs conditions de vie familiales ou individuelles, lesquels peuvent toutes avoir un important impact sur la santé. Également, le projet peut involontairement approfondir les iniquités auxquelles font souvent face certaines populations vulnérables. L'examen des initiatives à la « lueur » des déterminants de la santé peut donc vous aider à formuler d'autres recommandations de modifications qui permettront de réduire l'ensemble des divers impacts sur ces groupes.

Vous pouvez inscrire les déterminants de la santé applicables dans la colonne 1b en regard du groupe concerné. Une fois consignés, les impacts sur les déterminants de la santé seront examinés à l'étape 2.

Exemples

- Un service de santé pour personnes âgées était offert dans un milieu de soins communautaire, mais il a été réaménagé afin que le service soit offert à domicile. Cela pourrait produire un impact négatif sur le réseau de soutien social et l'établissement de contact en réduisant les occasions d'interaction sociale des personnes âgées qui sont isolées.
 - **Population :** personnes âgées
 - **DS :** Réseau de soutien social/Milieus sociaux
- Un programme de cuisine communautaire est conçu pour renforcer les bonnes habitudes alimentaires des membres d'une communauté ethnoculturelle donnée qui présente un risque élevé de diabète. Le programme devrait produire l'impact positif additionnel sur l'établissement de contacts en réunissant des membres de cette communauté qui seraient susceptibles de souffrir d'isolement à cause d'obstacles culturels et linguistiques. Ces impacts positifs sur l'établissement de contacts sociaux pourraient être encore plus grands si le programme offrait aussi un soutien social additionnel comme des services de garde d'enfants.
 - **Population :** communautés ethnoculturelles particulières
 - **DS :** Réseau de soutien social/Milieus sociaux/Développement des enfants en santé
- Un réseau de pilotes du système de santé ou d'« Ambassadeurs en matière de santé » est mis sur pied pour assister les membres d'une communauté de nouveaux arrivants qui ont besoin d'aide pour surmonter les obstacles culturels et linguistiques à l'obtention de services de santé. Des personnes qui ont des connaissances médicales ou une bonne connaissance, notamment, du système de santé de leur pays d'origine sont embauchées au sein de la communauté pour jouer le rôle d'ambassadeurs. Ce projet permet aux ambassadeurs de la santé de surmonter les obstacles à l'emploi qu'ils ont eux-mêmes en leur permettant d'utiliser leurs compétences et de les aider dans leur cheminement professionnel au sein du système de santé de l'Ontario.
 - **Population :** nouveaux arrivants/communautés pour qui la langue est un obstacle
 - **DS :** Réseau de soutien social/Emploi et alphabétisation/Revenu et statut social

Étape 2 : Impacts possibles

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations*	b) Déterminants de santé	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.).							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

Une fois que vous avez défini les populations susceptibles d'être concernées par l'initiative, la prochaine étape consiste à analyser l'impact *involontaire* (autant positif que négatif) possible sur la santé de ces populations.

Évaluation de l'impact possible *involontaire* sur les populations définies

En ayant à l'esprit les groupes vulnérables ou marginalisés et les déterminants pertinents que vous avez définis à l'étape 1a et à l'étape 1b, quels impacts positifs et négatifs avez-vous déterminés pour chacun? Il peut être nécessaire de s'appuyer sur des données de recherche et d'analyse pour déterminer ces impacts.

Questions

Déterminez si votre initiative est susceptible d'avoir un impact positif ou négatif sur les collectivités vulnérables ou marginalisées en posant des questions comme les suivantes.

- Quelle conséquence la politique, le programme ou l'initiative auront-ils sur l'accès aux services pour cette population?
- Est-il susceptible d'avoir des impacts ou des effets positifs qui accroîtront l'équité en matière de santé?
- Est-il susceptible d'avoir des effets négatifs qui contribueront aux disparités en matière de santé, maintiendront ces disparités ou les accentueront?
- Quel effet aura-t-il sur la qualité et le délai de prestation des services pour cette population?
- La prestation de ce programme ou l'amélioration de l'accès à celui-ci aideront-elles à réduire l'écart entre les pires et les meilleurs résultats pour la santé?
- Si vous ne connaissez pas la réponse, de quelle information avez-vous besoin et comment allez-vous la trouver?
- Certaines personnes ou collectivités tireront-elles un meilleur parti du programme que d'autres, et pourquoi?

Vous devez aussi tenir compte des points ci-dessous dans votre analyse :

- Nature et qualité des données que vous utilisez pour évaluer l'impact
- Probabilité des impacts prédits
- Degré et portée des impacts
- Moment où les impacts se feront sentir (immédiatement ou moment ultérieur indéterminé)

Exemples

- Imaginez qu'un programme conçu pour accroître l'accès aux soins prénatals pour les femmes qui disposent d'un faible revenu est mis sur pied dans les quartiers désignés et que ses heures d'ouverture sont de 10 h à 18 h. De nombreuses personnes qui ont un faible revenu ont plus d'un emploi ou un horaire de travail différent des heures de bureau traditionnelles (9 h à 17 h). Pour assurer la réussite du programme, il faudra tenir compte de cette réalité et modifier les heures d'ouverture.
- Vous planifiez le lancement d'une campagne de sensibilisation sur la santé cardiaque. En règle générale, les gens qui sont plus scolarisés et qui ont un revenu plus élevé utilisent davantage les programmes de promotion de la santé. Ces programmes pourraient ainsi, sans qu'on le veuille, accroître les disparités en matière de santé. Cela pourrait-il être le cas de votre campagne? Les messages de la campagne seront-ils compréhensibles et pertinents pour des gens de divers groupes culturels? Tous les groupes ne communiquent pas et n'accède pas à l'information de la même manière; il importe donc, pour le succès de votre programme, de comprendre la meilleure manière de rejoindre votre auditoire cible.

De plus amples informations sont nécessaires

Dans certains cas, vous découvrirez que vous avez besoin de données ou d'information additionnelles pour déterminer plus exactement les impacts de votre initiative sur une population donnée. Dans ce cas, vous pouvez inscrire cette information dans la colonne « Information additionnelle requise » de la grille d'EIES. S'il est impossible d'obtenir l'information dans les délais requis par le programme, notez dans la grille que l'information pourrait représenter un élément d'analyse manquant.

Étape 3 : Mitigation

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations* À l'aide d'éléments probants, identifiez les populations sur lesquelles la politique, le programme ou l'initiative prévu(e) peut avoir des impacts (positifs ou négatifs) involontaires majeurs en matière de santé.	b) Déterminants de santé Citez les déterminants et les iniquités de santé à prendre en compte pour les populations cernées.	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.)							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bissexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

Une fois les impacts de votre projet déterminés, la prochaine étape consiste à planifier la manière de réduire les effets négatifs qui contribuent aux disparités en matière de santé ou qui accroissent celles-ci, et de maximiser les impacts positifs qui créent l'équité en matière de santé et y contribuent. Même si vous pouvez faire preuve de créativité, il est essentiel de vous en tenir à des projets réalisables et pratiques. Déterminez ce qui peut être mitigé maintenant, et ce qui pourrait l'être plus tard.

Questions

Analysez la façon dont l'impact de votre initiative sera mitigé en vous posant des questions comme les suivantes :

- Comment pouvez-vous réduire ou éliminer les obstacles et les autres effets d'iniquité?
- Comment pouvez-vous maximiser les effets positifs ou bienfaits qui améliorent l'équité en matière de santé?
- Quelles modifications devriez-vous apporter à votre initiative pour qu'elle réponde aux besoins de chaque communauté vulnérable ou désavantagée déterminée? Comment doit-elle être adaptée ou ciblée?
- Pourriez-vous solliciter la participation de la population pour élaborer et planifier ces modifications ou consulter des intervenants clés?
- De quelle façon le programme peut-il réduire les obstacles systémiques à l'accès équitable aux services de santé créés par le système de santé et par d'autres systèmes?
- Formulerez-vous des recommandations à l'intention des décideurs?

Exemples

- La stratégie de mitigation d'un programme de dépistage du cancer à l'intention de femmes de quartiers défavorisés pourrait inclure des heures d'ouverture prolongées pour tenir compte de divers horaires de travail, un emplacement facilement accessible à l'aide du transport en commun et un service gratuit de garde d'enfants pour les femmes qui en ont besoin. Pour un quartier défavorisé donné qui regroupe une ou plusieurs importantes communautés ethnoraciales, la stratégie devrait aussi tenir compte des obstacles

possibles pour ces groupes comme ceux liés à la langue, aux compétences culturelles ou à la navigation au sein du système.

- Les centres de santé communautaire et autres se sont dotés de certaines stratégies dont la formation et le soutien de pairs de la communauté pour travailler au sein de programmes de sensibilisation ou de services de navigation du système afin de surmonter les obstacles linguistique et culturel. Ainsi, des bénévoles issus de certaines communautés ethnoculturelles assurent la promotion de la santé dans leur propre communauté, dans la langue et au moyen des référents culturels qu'elle comprend.
- La langue peut constituer un obstacle considérable à l'obtention de soins de santé et a une véritable incidence sur la qualité de ceux-ci car elle peut nuire à la communication entre les patients et les fournisseurs de services (en donnant lieu par exemple à des diagnostics erronés ou à des ordonnances ou des traitements inappropriés). Les orientations courantes incluent de meilleurs services d'interprétation, la communication directement dans la langue concernée ainsi que dans d'autres langues importantes et la formation en matière de compétences culturelles en santé.
- Certaines populations peuvent avoir des besoins particulièrement complexes et(ou) être particulièrement difficiles à joindre. On a déjà offert des services psychiatriques aux sans-abri dans des refuges et d'autres établissements hors du système de santé, plutôt que de supposer que les sans-abri se rendent dans un hôpital ou une clinique pour recevoir des soins psychiatriques. De tels services peuvent être combinés à des soins et à un soutien multidisciplinaires pour apporter des solutions aux causes sous-jacentes de l'absence de domicile fixe (les déterminants sociaux « en amont »).
- Certains centres de santé communautaire procurent, eux-mêmes ou en partenariat avec d'autres organismes, des services à l'emploi, d'alphabétisation et autres afin de trouver des solutions aux causes profondes de la mauvaise santé des personnes qui vivent dans la pauvreté et les déterminants sociaux plus vastes de la santé pour améliorer le sort de leurs clients.

Stratégies de mitigation

Pour chaque impact négatif et positif involontaire déterminé à l'étape 2 ci-dessus, inscrivez les grandes lignes des modifications que vous recommanderez à l'initiative en vue de :

- réduire les impacts involontaires négatifs sur les populations définies à l'étape 1;
- maximiser les impacts involontaires positifs sur les populations définies à l'étape 1.

Utilisez ces autres questions incitatives pour mieux cerner les stratégies de mitigation afin de soit réduire les impacts négatifs ou de maximiser les impacts positifs.:

Autres questions

Demandez-vous comment votre politique, programme ou initiative peut être modifié de manière à amener une réduction des iniquités en matière de santé. Voici des exemples de questions incitatives :

- Réduire ou éliminer les obstacles à l'accès (p. ex., traduction, transport, garde des enfants, etc.);
- Assurer un niveau de lecture ou de compréhension adéquat pour les outils de communication;
- Assurer la conformité culturelle des communications et des services offerts;
- Stimuler la participation des groupes prioritaires au processus d'élaboration et de planification;
- Modifier le mode de mise en œuvre d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier le mode de promotion d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier les polices et procédures internes.
- Améliorer l'harmonisation et la collaboration avec des projets ou des partenaires complémentaires (p. ex., organismes régionaux, provinciaux ou fédéraux) situé à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la santé.
- Offrir au personnel un enseignement et une formation, ou des possibilités de perfectionnement professionnel.

Ressources supplémentaires : Si vous travaillez dans le secteur de la santé publique ou si vous devez vous conformer aux exigences de la Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique (NSPO) de Santé publique Ontario, veuillez consulter le Supplément sur les bureaux de santé publique (BSP) pour trouver d'autres considérations sur la stratégie de mitigation.

Étape 4 : Surveillance

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations* À l'aide d'éléments probants, identifiez les populations sur lesquelles la politique, le programme ou l'initiative prévu(e) peut avoir des impacts (positifs ou négatifs) involontaires majeurs en matière de santé.	b) Déterminants de santé Citez les déterminants et les iniquités de santé à prendre en compte pour les populations cernées.	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.)							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

La prochaine étape de l'EIES consiste à déterminer, dans la mesure du possible, l'efficacité de la stratégie de mitigation planifiée. Vous devrez déterminer :

- si votre stratégie de mitigation a été mise en œuvre;
- si votre stratégie de mitigation a été efficace;
- comme l'EIES est un document évolutif, revenez en arrière afin de déterminer et d'enregistrer vos résultats, en les comparant à vos objectifs d'EIES initiaux;
- la mise en œuvre de l'initiative fera l'objet d'une surveillance visant à déterminer les impacts qu'elle aura sur les populations vulnérables ou marginalisées définies à l'étape 1 de l'analyse.

Une fois achevée, la stratégie de surveillance doit être intégrée à l'évaluation générale ou au plan de mesure du rendement du projet. Les données recueillies à cette étape permettront d'améliorer la base et de servir de nouveau durant le processus de planification et d'élaboration d'une politique ou d'un programme.

Questions

Analysez la façon dont l'impact de votre initiative sera surveillé en vous posant des questions comme les suivantes :

- Comment saurez-vous si votre programme a amélioré l'équité?
- Comment saurez-vous si le programme est une réussite?
- Quels indicateurs et objectifs d'équité mesurerez-vous et de quelle façon vous y prendrez-vous?

Surveillance de l'impact des stratégies de mitigation

Autres questions (les mêmes que l'étape 3)

Demandez-vous comment votre politique, programme ou initiative peut être modifié de manière à amener une réduction des iniquités en matière de santé. Voici des exemples de questions incitatives :

- Réduire ou éliminer les obstacles à l'accès (p. ex., traduction, transport, garde des enfants, etc.).
- Assurer un niveau de lecture ou de compréhension adéquat pour les outils de communication.
- Assurer la conformité culturelle des communications et des services offerts.
- Stimuler la participation des groupes prioritaires au processus d'élaboration et de planification.
- Modifier le mode de mise en œuvre d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier le mode de promotion d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier les polices et procédures internes.
- Améliorer l'harmonisation et la collaboration avec des projets ou des partenaires complémentaires (p. ex., organismes régionaux, provinciaux ou fédéraux) situés à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la santé.
- Offrir au personnel un enseignement et une formation, ou des possibilités de perfectionnement professionnel.

Exemples

Il existe bien des manières de surveiller les impacts sur l'équité dès la mise en œuvre de votre initiative.

En voici quelques exemples :

- Effectuer un sondage de satisfaction de la clientèle – demander aux membres des populations vulnérables ou marginalisées définies de suivre l'évolution des problèmes de qualité des soins; ou sonder l'ensemble de la population cible, puis stratifier les résultats selon le sexe, les origines ethnoculturelles ou la situation socioéconomique.
- Surveiller les activités de participation communautaire plus vastes de l'organisation pour recueillir de l'information et des commentaires de populations marginalisées données.
- Procéder à une évaluation du programme qui dissocie et assure le suivi des mesures de sa réussite par des groupes vulnérables ou marginalisés (p. ex., suivre les taux de réadmission à l'hôpital ou de dépistage du cancer).
- Traiter l'évaluation de manière à assurer que les auteurs des programmes et des politiques et les décideurs intègrent les questions d'équité dans leurs processus.
- Consulter des fournisseurs de services clés et autres intervenants sur la façon dont ils perçoivent l'impact sur l'équité de l'initiative. Par exemple, réaliser des groupes de discussion au sein des populations touchées.

Étape 5 : Diffusion

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations* À l'aide d'éléments probants, identifiez les populations sur lesquelles la politique, le programme ou l'initiative prévu(e) peut avoir des impacts (positifs ou négatifs) involontaires majeurs en matière de santé.	b) Déterminants de santé Citez les déterminants et les iniquités de santé à prendre en compte pour les populations cernées.	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.)							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

À l'étape 5, on partage les résultats et les recommandations visant à améliorer l'équité-santé, un processus étroitement lié à la stratégie de surveillance mise en place à l'étape 4. Maintenant que vous disposez d'un processus de collecte des données et d'évaluation de l'efficacité de vos mitigations, il n'est que logique :

- d'inclure ces renseignements dans la planification de votre organisation et dans les structures opérationnelles (par exemple les stratégies d'organisation et régionales, la planification et la production de rapports annuels et opérationnels, etc.);
- de communiquer les résultats de votre évaluation avec les groupes et intervenants pertinents susceptibles d'être intéressés à apprendre à partir de l'information recueillie. En communiquant les résultats de votre application de l'EIES, vous contribuez à bâtir le corps de connaissances et l'information sur les groupes marginalisés et vulnérables. Il importe tout particulièrement de communiquer vos résultats et recommandations aux intervenants issus de secteurs autres que celui de la santé, par exemple ceux du logement, du transport et des soins donnés aux enfants, car leurs initiatives et politiques peuvent avoir des répercussions considérables sur les iniquités en matière de santé.

Le fait de communiquer les résultats de votre EIES par des activités d'échange de connaissances contribue à faire en sorte que les planificateurs du système de santé profitent de votre expérience. Voici des suggestions d'activités d'échange des connaissances :

- Présentation de l'évaluation sous forme d'étude de cas à l'occasion d'un congrès, d'un webinaire ou d'un autre véhicule propre à l'échange des connaissances;
- Publication d'une revue de la documentation scientifique pertinente ou un résumé de données;
- Soumission d'un résumé lors d'une rencontre scientifique;
- Élaboration d'un atelier ou d'une activité de perfectionnement professionnel basés sur votre expérience;
- Formation d'une communauté de pratiques centrées sur la réduction des iniquités en matière de soins de santé.

Également :

- Documentez les modifications de vos politiques et mises à jour de vos décisions (en incluant les documents pertinents, comme les notes de breffage, les documents de décision, etc.);
- Cet exercice est utile pour la mémoire de l'organisation. Il permet de réfléchir au moment de réviser un programme et de déterminer son impact sur les populations);
- Documentez la fréquence suggérée pour vos évaluations ou suivis futurs (refonte de programmes à une date ultérieure), et pour établir s'il existe des exigences juridiques concernant la révision du programme.

Questions

- Quel serait l'endroit logique dans votre organisation pour documenter les résultats de votre EIES?
- Indiquez ce qui constituerait un bon forum et/ou une bonne stratégie pour diffuser les résultats de votre EIES.

En communiquant les résultats de votre évaluation, vous apportez une contribution importante à l'ensemble croissant des connaissances sur la réduction des iniquités en matière de santé. Cette étape vous aide à saisir les impacts des stratégies de mitigation que votre organisation peut avoir mises en œuvre afin de réduire les iniquités en matière de santé au sein des groupes vulnérables ou marginalisés. Il faut contrôler ces résultats afin de détecter toute autre modification apportée à votre projet.

Annexe A : Déterminants de la santé

Vous êtes libre d'utiliser n'importe lequel des déterminants sociaux ou sanitaires de la liste proposée ici à titre d'information.

Source : site Web de l'Agence de la santé publique du Canada
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>

Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas ?

L'histoire toute simple qui suit reflète la complexité des facteurs globaux ou des conditions qui déterminent dans quelle mesure les Canadiens sont en santé ou pas.

Pourquoi Éric est-il à l'hôpital?

Parce qu'il a une grave infection à la jambe.

Pourquoi a-t-il cette infection?

Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle s'est infectée.

Mais pourquoi cela s'est-il produit?

Parce qu'il jouait dans le parc à ferraille près de l'immeuble où il habite, et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait.

Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferraille?

Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance.

Mais pourquoi habite-t-il ce quartier?

Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.

Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier?

Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade.

Mais pourquoi son père est-il sans emploi?

Parce qu'il n'est pas très instruit et qu'il ne peut trouver un emploi.

Mais pourquoi...?

*– Extrait de *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*.*

On dispose d'un ensemble de preuves de plus en plus complet sur ce qui permet à la population d'être en santé. Le rapport Lalonde²¹ a jeté les premières bases en 1974, en définissant un cadre pour les principaux éléments qui semblent déterminer la santé : le mode de vie, l'environnement, la biologie humaine et les services de santé. Depuis cette époque, on a appris beaucoup de choses qui vont dans le même sens et qui, en même temps, précisent et élargissent ce cadre de base. En particulier, il est de plus en plus manifeste que l'apport de la médecine et des soins de santé est assez limité et qu'accroître les dépenses en soins de la santé n'apportera pas une amélioration importante de la santé de la population. Par contre, il y a aussi des indications nettes et de plus en plus nombreuses que d'autres facteurs comme les conditions de vie et de travail sont des éléments déterminants de la santé de la population.

²¹ Lalonde, M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ottawa: Le gouvernement du Canada, 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>

Les éléments recueillis montrent que les principaux facteurs qui influencent la santé sont :

- le niveau de revenu et la situation sociale,
- les réseaux de soutien social,
- le niveau d'instruction,
- l'emploi et les conditions de travail,
- l'environnement social et physique,
- les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles,
- le développement sain durant l'enfance,
- le patrimoine biologique et génétique,
- les services de santé,
- le sexe et
- la culture.

Chacun de ces éléments a son importance. En même temps, ils sont tous interreliés.

Par exemple : on peut relier un faible poids à la naissance à des problèmes non seulement durant l'enfance, mais aussi à l'âge adulte. Les recherches montrent qu'il y a un lien étroit entre le niveau de revenu de la mère et le poids du bébé à la naissance. Cela ne se vérifie pas uniquement pour les groupes les plus défavorisés au plan économique. Tout au long de l'échelle des revenus, les mères ont, en moyenne, des bébés plus lourds à la naissance que les mères de la catégorie de revenus inférieure. On peut en conclure que les problèmes ne sont pas simplement le résultat d'une mauvaise nutrition et de mesures d'hygiène déficientes liées à la pauvreté, même si les problèmes les plus graves se rencontrent surtout dans les groupes aux revenus les plus faibles. Il semble que des éléments comme les habiletés d'adaptation et le sentiment de contrôle et de maîtrise sur sa vie jouent également un rôle important.

Le reste de cette section présente les grandes lignes de ce que nous savons sur la façon dont les déterminants influencent la santé. Les documents qui ont servi à rédiger cette section sont :

- *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*²²
- *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*²³

²² Agence de la santé publique du Canada. « Pour un avenir en santé - Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne » <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/index-fra.php>

²³ Agence de la santé publique du Canada. « Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens » <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/strateg-fra.pdf>.

Les principaux déterminants – 1. Niveau de revenus et situation sociale

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>L'état de la santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment de bons aliments. Les populations les plus en santé sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable.</p> <p>Pourquoi y a-t-il un lien entre des revenus plus élevés, la situation sociale et une meilleure santé? Si l'on constatait que les plus pauvres et les plus défavorisés socialement ont aussi la moins bonne santé, on pourrait recourir à des explications comme des piètres conditions de vie. Cet effet se manifeste cependant dans toute la gamme des groupes socio-économiques.</p> <p>De nombreuses recherches révèlent que la mesure dans laquelle les gens sont maîtres de leurs conditions de vie, en particulier des situations génératrices de stress, et leur capacité d'agir exercent une influence déterminante. En règle générale, un revenu et une situation sociale plus élevés permettent d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie et un plus grand pouvoir discrétionnaire. On commence à mieux comprendre les mécanismes biologiques en jeu dans ces situations. Un certain nombre d'études récentes indiquent qu'une situation où les solutions sont limitées et le manque d'habiletés d'adaptation face au stress accroissent la vulnérabilité à toute une gamme de maladies par des voies qui touchent les systèmes immunitaire et hormonal.</p>	<p>Il y a de plus en plus de preuves manifestes qu'une meilleure situation sociale et économique va de pair avec une meilleure santé. En réalité, ces deux éléments semblent être les déterminants les plus importants de la santé.</p> <p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la fourchette des revenus les plus faibles, seulement 47 pour cent des Canadiens disent avoir une santé très bonne ou excellente, alors qu'ils sont 73 pour cent dans le groupe aux revenus les plus élevés. • Les Canadiens à faibles revenus risquent davantage de décéder plus jeunes et de souffrir de maladies que ceux dont les revenus sont plus élevés, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race et du lieu de résidence. • Chaque fois qu'on franchit un niveau de l'échelle des revenus, on constate que les Canadiens sont moins malades, ont une espérance de vie plus longue et une meilleure santé. • Des études montrent que la répartition des revenus dans une société peut être un déterminant beaucoup plus important de la santé que le total des revenus gagnés par les membres de la société. Les écarts importants dans la répartition des revenus accroissent les problèmes sociaux et contribuent à une moins bonne santé dans l'ensemble de la population. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a aussi un lien entre la situation sociale et la santé. Une importante étude britannique réalisée auprès des fonctionnaires a révélé que, pour les plus grandes catégories de maladies (cancer, maladies coronariennes, crises cardiaques, etc.), la santé s'accroît avec le niveau du poste occupé. Cela s'est révélé exact même en présence de facteurs de risque comme le tabagisme, dont on sait qu'il varie au sein des catégories sociales. Tous les participants à cette étude occupaient des emplois de bureau, avaient un bon niveau de vie et une bonne sécurité d'emploi. Les variations de l'état de santé ne pouvaient donc s'expliquer par des risques physiques, par la pauvreté ni par des carences matérielles. Le niveau de santé augmente à chaque échelon de la hiérarchie. C'est ainsi que ceux qui se situent à l'échelon précédant le sommet (médecins, avocats, etc.) ont quatre fois plus de maladies cardiaques que ceux qui se situent au sommet de l'échelle (qui occupent des postes comparables à ceux de sous-ministres). On doit donc en conclure qu'un facteur ayant trait au revenu plus élevé, à la situation sociale et à la hiérarchie sert de tampon ou de défense contre la maladie ou encore qu'un élément allant de pair avec les revenus plus faibles et une situation moins importante affaiblit les défenses. • Voir aussi des éléments probants du rapport Social Disparities and Involvement in Physical Activity²⁴. • Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens²⁵ • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé: l'inégalité des revenus²⁶ et la sécurité alimentaire • Les personnes pauvres ont-elles moins de chance d'être en santé que les personnes riches?²⁸ Ces questions et réponses ont été préparées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

²⁴ Gauvin, L. and the Interdisciplinary Research Group on Health. Social Disparities and Involvement in Physical Activities, Montreal (2003). <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R03-02.pdf>

²⁵ <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC367>

²⁶ Scott, K et Lessard, R. L'inégalité du revenu comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/02_revenus_f.pdf

²⁷ McIntyre, L et Tarasuk, V. La sécurité alimentaire comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/08_aliments_f.pdf

²⁸ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-qr1-fra.php>

Les principaux déterminants – 2. Réseaux de soutien social

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>On associe l'appui reçu de la famille, des amis et de la collectivité à une meilleure santé. De tels réseaux de soutien social pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité, ainsi que pour nourrir le sentiment d'être maîtres ou d'avoir une influence sur ses conditions de vie. L'entraide et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé.</p> <p>L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 établissait que plus de quatre Canadiens sur cinq déclaraient avoir quelqu'un à qui se confier, quelqu'un sur qui compter en période de crise, quelqu'un à qui demander conseil et quelqu'un leur donnant le sentiment d'être aimé. De la même façon, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants de 1994-1995 établissait pour les enfants âgés de 10 et 11 ans une forte tendance à des comportements sociaux positifs et à l'entraide.</p>	<p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains spécialistes du domaine sont arrivés à la conclusion que l'effet des relations sociales sur la santé pourrait être aussi important que les facteurs de risque reconnus comme le tabagisme, l'activité physique, l'obésité et la pression artérielle. • Une vaste étude réalisée en Californie est arrivée à la conclusion que, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, plus les gens ont de contacts sociaux et plus leurs taux de décès prématuré sont faibles. • Une autre étude américaine a montré que la faible disponibilité d'aide émotionnelle et la faible participation sociale vont de pair avec toutes les autres causes de mortalité. • Les risques d'angine de poitrine diminuent avec l'augmentation des niveaux de soutien affectif (étude des hommes fonctionnaires en Israël). • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé : l'inclusion et l'exclusion sociales²⁹ and l'économie sociale³⁰. • Comment nos relations avec les autres ont-elles un effet sur notre santé³¹? Ces questions et réponses ont été créées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

²⁹ Galabuzi, G-E et Labonte, R. L'inclusion sociale comme déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/03_inclusion_f.pdf

³⁰ Vaillancourt, Y et Armstrong, P. La politique sociale comme déterminant de la santé : la contribution de l'économie sociale. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/06_politiques_f.pdf

³¹ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-q2-fra.php>

Les principaux déterminants – 3. Niveau d’instruction

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>La santé suit le niveau d’instruction.</p> <p>Il y a des liens étroits entre le niveau d’instruction et la situation socio-économique. Une bonne instruction pour les enfants et un apprentissage tout au long de la vie pour les adultes sont des éléments essentiels de la santé et de la prospérité des personnes et d’un pays. Le niveau d’instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et le sentiment d’influencer et de maîtriser leur vie. Le niveau d’instruction accroît également les possibilités d’emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l’information pour soigner leur santé.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les Canadiens qui n’ont pas de bonnes capacités de lecture et d’écriture sont plus exposés au chômage et à la pauvreté, risquent davantage d’avoir une mauvaise santé et de mourir plus tôt que les Canadiens qui maîtrisent la lecture et l’écriture. • Les gens qui ont des niveaux plus élevés d’instruction ont un meilleur accès à des environnements physiques sains et sont mieux à même de préparer leurs enfants pour l’école que les gens moins instruits. Ils ont aussi tendance à fumer moins, à être plus actifs physiquement et à accéder à de meilleurs aliments. • Dans l’Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, seuls 19 pour cent des répondants n’ayant pas terminé leur secondaire ont déclaré que leur santé était excellente contre 30 pour cent pour les diplômés d’université. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’Enquête promotion santé Canada de 1990 a révélé que le nombre de jours de travail perdus diminuait avec l’augmentation du niveau d’instruction. Les personnes ayant une scolarité de niveau élémentaire perdaient sept jours de travail par an à cause de la maladie, de blessures ou d’incapacité, alors que les personnes ayant une formation universitaire en perdaient moins de quatre par an. • Voir aussi éléments probants du rapport: Effets du niveau d’alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes – Étude de profil³². • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé: l’éducation³³. • Comment la scolarité influence-t-elle la santé³⁴? Ces questions et réponses ont été créées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

³² <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/literacy-alphabetisme/literacy-fra.php>

³³ http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/10_education_f.pdf

³⁴ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-q3-fra.php>

Les principaux déterminants – 4. Emploi et conditions de travail

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>On associe le chômage, le sous-emploi, un travail stressant ou dangereux avec une piètre santé.</p> <p>Les gens qui dispose de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'emploi a un effet marqué sur la santé physique, mentale et sociale. Le travail rémunéré permet non seulement de gagner de l'argent, mais il donne aussi un sentiment d'identité et d'utilité, permet d'avoir des contacts sociaux et des possibilités de croissance personnelle. Quand une personne perd ces avantages, les résultats peuvent être dévastateurs, aussi bien pour sa santé que pour celle des membres de sa famille. Les chômeurs ont une espérance de vie moins longue et ont nettement plus de problèmes de santé que les personnes qui ont un emploi. • Les conditions de travail (physiques et psychosociales) peuvent avoir un effet marqué sur la santé et le bien-être affectif des gens. • La participation à l'économie basée sur les salaires n'est toutefois qu'un élément de cet ensemble. De nombreux Canadiens, en particulier les femmes, passent pratiquement autant de temps à faire du travail non rémunéré comme le ménage et le soin des enfants et de parents âgés. Quand ces deux charges de travail sont combinées de façon continue avec peu ou de pas de soutien, cela se répercute inévitablement sur le niveau de stress et de satisfaction au travail. Entre 1991 et 1995, la proportion des travailleurs canadiens qui étaient « très satisfaits » de leur travail a diminué, et ce, de façon plus marquée chez les femmes, passant de 58 pour cent à 49 pour cent. Les niveaux signalés de stress au travail suivent la même tendance. Dans l'Enquête sur la santé de la population de 1996-1997, les femmes déclaraient des niveaux de stress au travail plus élevés que les hommes dans toutes les catégories d'âge. Les femmes âgées de 20 à 24 ans avaient trois fois plus de chances de faire état d'un stress élevé au travail que le travailleur canadien moyen. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une importante étude réalisée pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé a permis de constater que les niveaux élevés de chômage et d'instabilité économique dans une société sont à l'origine de problèmes de santé mentale importants et d'effets néfastes sur la santé physique des personnes au chômage, de leurs familles et de leurs collectivités. • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé la sécurité d'emploi³⁵ et les conditions de travail³⁶.

³⁵ Tremblay, D-G. La sécurité d'emploi comme facteur déterminant de la santé. Ces documents ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/04_secrite_f.pdf

³⁶ Andrew Jackson, A. et Polanyi, M. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/05_conditions_f.pdf

Les principaux déterminants – 5. Environnement social

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>L'importance du soutien social s'étend à l'ensemble de la collectivité. La vitalité civique désigne la solidité des réseaux sociaux au sein d'une collectivité, d'une région, d'une province ou d'un pays. Elle se manifeste dans les institutions, les organisations et, de façon informelle, dans les pratiques que les gens adoptent pour partager les ressources et instaurer des liens avec les autres. L'éventail des valeurs et des normes d'une société influence à divers degrés la santé et le bien-être des personnes et des populations. De plus, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, les bonnes relations de travail et des collectivités qui se tiennent résultent en une société solidaire qui réduit ou évite de nombreux risques potentiels menaçant la santé.</p> <p>On peut comprendre l'expression « mode de vie sain³⁷ » comme désignant globalement trois dimensions interreliées du comportement des personnes: les individus; les individus dans leurs milieux sociaux (p. ex., famille, pairs, communauté, milieu de travail); la relation entre les personnes et leur milieu social. Pour améliorer la santé au moyen de modes de vie sains, on peut utiliser des approches globales selon lesquelles la santé est une question qui touche toute la société (que tout le monde a en commun). Les réactions de la société peuvent accroître les ressources du répertoire de stratégies dont se sert une personne pour composer avec les changements et améliorer sa santé.</p> <p>En 1996-97:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31 pour cent des Canadiens adultes déclaraient avoir fait du bénévolat pour des organismes sans but lucratif en 1996-1997, une augmentation de 40 pour cent par rapport à 1987. • Un Canadien sur deux se disait impliqué dans une organisation communautaire. • 88 pour cent des Canadiens avaient fait des dons, financiers ou autres, à des organismes de bienfaisance et sans but lucratif. 	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aux États-Unis, on s'est aperçu que les niveaux élevés de confiance et du sentiment d'appartenance à un groupe vont de pair avec des taux de mortalité réduits. • La violence familiale a un effet dévastateur sur la santé des femmes et des enfants, à court et à long terme. En 1996, dans 24 pour cent de tous les cas d'assauts contre les enfants, ce sont des membres de la famille qui ont été accusés. Cette proportion était encore plus forte pour les enfants en très bas âge. • Les femmes agressées éprouvent souvent des problèmes de santé physique et psychologique graves. Certaines sont même tuées. En 1997, 80 pour cent des victimes d'homicide entre conjoints étaient des femmes, auxquelles il faut ajouter les 19 pour cent de femmes tuées par un ami ou un ex-ami. • Après avoir plafonné en 1991, le taux national de criminalité a diminué de 19 pour cent en 1997. Toutefois, ce taux est encore plus de deux fois ce qu'il était il y a trois décennies.

³⁷ Lyons, R. et Langille L. *Mode de la vie sain : rehausseur l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé pour la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé*, Santé Canada (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/healthy-sain/pdf/lifestyle_f.pdf

Les principaux déterminants – 6. Environnement physique

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>L'environnement physique est un déterminant important de la santé. À certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent provoquer divers effets néfastes sur la santé parmi lesquels on peut citer les cancers, les malformations à la naissance, les maladies respiratoires et les malaises gastro-intestinaux.</p> <p>Dans le milieu bâti, les éléments qui concernent le logement, la qualité de l'air intérieur et la conception des agglomérations et des systèmes de transport peuvent influencer de façon marquée notre bien-être physique et psychologique.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévalence de l'asthme infantile, une maladie respiratoire fortement liée à la présence de contaminants dans l'air, a augmenté sensiblement au cours des deux dernières décennies, en particulier chez les enfants de 0 à 5 ans. On estimait que quelque 13 pour cent des garçons et 11 pour cent des filles de 0 à 19 ans (plus de 890 000 enfants et jeunes) souffraient d'asthme en 1996-1997. • Les enfants et les personnes qui travaillent dehors pourraient être particulièrement vulnérables aux effets sur la santé de l'appauvrissement de la couche d'ozone. Une exposition excessive aux rayons UV-B peut provoquer des coups de soleil, des cancers de la peau, un affaiblissement du système immunitaire et accroître les risques de cataractes. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a des liens étroits entre la pollution de l'air, y compris l'exposition à la fumée secondaire du tabac, et les problèmes de santé. Une étude réalisée dans le Sud de l'Ontario a établi une corrélation manifeste entre les hospitalisations pour maladie respiratoire au cours des mois d'été et les niveaux de sulfates et d'ozone présents dans l'air. Toutefois, il semble maintenant que les risques imputables à de petites particules, comme celles de poussière et de carbone issues de la combustion des carburants, peuvent être encore plus élevés que ceux qu'on associe à des polluants comme l'ozone. La recherche démontre en outre que les risques de cancer du poumon provoqué par la fumée secondaire du tabac sont plus importants que les risques imputables à l'ensemble des polluants dangereux dans l'air provenant de toutes les émissions industrielles réglementées. • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé : le logement³⁸. • Qu'est-ce qui a la plus grande influence sur la santé : les germes et les virus ou l'environnement³⁹? Ces questions et réponses ont été préparées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

³⁸ Bryant, T., Chisholm, S. et Crowe, C. Le logement comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/09_logement_f.pdf

³⁹ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-qr4-fra.php>

Les principaux déterminants – 7. Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé.</p> <p>Les définitions du « mode de vie⁴⁰ » ont trait non seulement aux choix personnels, mais aussi à l'influence des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sur les décisions que prennent les personnes à propos de leur santé. On reconnaît de plus en plus que les « choix » personnels relatifs au mode de vie sont grandement influencés par les conditions socio-économiques dans lesquelles les personnes vivent, apprennent, travaillent et se divertissent.</p> <p>Ces conditions socio-économiques ont une incidence sur le choix du mode de vie dans au moins cinq domaines: la dynamique de la vie, le stress, la culture, les relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance, ainsi que le sentiment de contrôle. Les interventions qui appuient la création de milieux de soutien rendront les personnes plus capables d'opter pour un mode de vie sain dans un monde où il existe plusieurs possibilités.</p> <p>En étudiant les maladies cardiaques et les enfants défavorisés, on constate de plus en plus que de puissants mécanismes biochimiques et physiologiques relient l'expérience socio-économique d'un individu et son état vasculaire ainsi que d'autres problèmes de santé.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au Canada, on estime que le tabagisme est responsable d'au moins le quart de tous les décès des adultes de 35 à 84 ans. Le taux de tabagisme a augmenté sensiblement chez les adolescents et les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes, au cours des cinq dernières années. Chez les Autochtones, il est le double de ce qu'il est dans le reste de la population canadienne. • Les comportements à risques multiples, notamment les combinaisons dangereuses d'alcool, de drogue et de conduite automobile, ou d'alcool, de drogue et de relations sexuelles non protégées, sont très élevés chez les jeunes, en particulier les jeunes hommes. • Il existe un lien étroit entre le régime alimentaire en général, la consommation de gras en particulier, et certaines grandes causes de décès, dont les cancers et les maladies cardiaques. La proportion d'hommes et de femmes qui font de l'embonpoint a augmenté régulièrement au Canada entre 1985 et 1996-1997, passant de 22 à 34 pour cent chez les hommes et de 14 à 23 pour cent chez les femmes. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les habiletés d'adaptation, qui semblent essentiellement acquises au cours des premières années de la vie, sont également importantes pour favoriser des modes de vie sains. Il s'agit ici des habiletés que les gens utilisent pour interagir efficacement avec le monde qui les entoure, pour faire face aux situations, aux défis et au stress quotidiens. De bonnes habiletés d'adaptation permettent aux gens d'avoir confiance en eux, de résoudre les problèmes et de faire des choix éclairés pour améliorer leur santé. Ces habiletés aident les gens à affronter les défis de la vie de façon positive, sans recourir à des comportements risqués comme la consommation d'alcool et de drogues. Les recherches nous montrent que les gens qui ont un sens marqué de leur efficacité personnelle et de leur capacité d'adaptation sont ceux qui ont le plus de chances d'adopter et de conserver des comportements et des modes de vie sains. • Voir aussi des éléments probants du rapport Social Disparities and Involvement in Physical Activity⁴¹. • Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens⁴².

⁴⁰ Lyons et Langille, Ibid.

⁴¹ Gauvin, Ibid.

⁴² <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC367>

Les principaux déterminants – 8. Développement sain durant l'enfance

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>De nouveaux éléments probants sur les effets des premières expériences sur le développement du cerveau, sur la maturité scolaire et sur la santé dans la vie ultérieure suscitent un consensus sur le fait que les premières phases du développement de l'enfant sont un déterminant puissant de sa santé pour l'avenir. Parallèlement, nous en avons appris davantage sur la façon dont tous les autres déterminants de la santé influencent le développement physique, social, mental, émotif et spirituel des enfants et des jeunes. C'est ainsi que le développement d'un jeune est fortement influencé par son logement et son voisinage, les revenus de sa famille et le niveau d'instruction de ses parents, l'accès à des aliments nutritifs et à des activités physiques, son patrimoine génétique et l'accès à des soins dentaires et médicaux.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les expériences vécues entre la conception et l'âge de six ans sont celles qui exercent la plus forte influence de toutes les périodes de la vie sur l'organisation et les ramifications des neurones du cerveau. Une stimulation positive au début de la vie facilite l'apprentissage et favorise de meilleurs comportements et une meilleure santé à l'âge adulte. • La consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse peut avoir des conséquences graves à la naissance. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 révélait qu'environ 36 pour cent des nouvelles mères qui étaient d'anciennes fumeuses ou fumaient actuellement avaient fumé pendant leur dernière grossesse (environ 146 000 femmes). La vaste majorité d'entre elles ont déclaré ne pas avoir bu d'alcool pendant leur grossesse. • Des liens d'affection et de sécurité entre les parents ou les pourvoyeurs de soins et les bébés au cours des 18 premiers mois de la vie aident les enfants à développer leur confiance, leur estime de soi, leur maîtrise affective et leur capacité d'entretenir des relations positives avec les autres pour leur vie ultérieure. • Les bébés et les enfants négligés ou subissant des abus sont exposés à des risques plus élevés de blessures, à un certain nombre de problèmes de comportement social et cognitif plus tard au cours de leur vie et de décès prématuré. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a un lien entre le faible poids à la naissance et des problèmes durant l'enfance, mais également à l'âge adulte. Les recherches ont démontré une forte corrélation entre le niveau de revenu de la mère et le poids du bébé à la naissance. Cela ne se vérifie pas uniquement pour les groupes les plus défavorisés au plan économique. Tout au long de l'échelle des revenus, les mères ont, en moyenne, des bébés plus lourds à la naissance que les mères de la catégorie de revenus inférieure. On peut en conclure que les problèmes ne sont pas simplement le résultat d'une mauvaise nutrition et de mesures d'hygiène déficientes liées à la pauvreté, même si les problèmes les plus graves se rencontrent surtout dans les groupes aux revenus les plus faibles. Il semble que des éléments comme les habiletés d'adaptation et le sentiment de contrôle et de maîtrise sur sa vie jouent également un rôle important. • Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens⁴³. • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé : les services de garde et d'éducation de la petite enfance⁴⁴.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Friendly, M et Browne, G. Les services de garde et l'éducation de la petite enfance comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/07_ecec_f.pdf

Les principaux déterminants – 9. Patrimoine biologique et génétique

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>La composition biologique et organique de base de l'être humain est un élément déterminant fondamental de la santé.</p> <p>Les gènes confèrent une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles influençant la santé. Même si les éléments socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé globale, dans certains cas, le patrimoine génétique semble prédisposer certaines personnes à des maladies précises ou à des problèmes de santé particuliers.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des études en neurobiologie ont confirmé qu'en présence de conditions optimales du développement de l'enfant au cours de la phase d'investissement (entre la conception et l'âge de cinq ans), le cerveau se développe de façon avantageuse pour le reste de la vie. • Le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une vie active et l'accès à des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie pourraient s'avérer particulièrement importants pour conserver la santé et la capacité cognitive en vieillissant. Des études sur le niveau d'instruction et la démence laissent entendre que le fait d'avoir étudié et d'avoir pu apprendre tout au long de sa vie peut doter le cerveau d'une réserve qui compense les pertes cognitives associées au vieillissement biologique.

Les principaux déterminants – 10. Services de santé

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Les services de santé, en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les diverses fonctions de l'Homme contribuent à la santé de la population. L'ensemble des soins offerts par ces services de santé englobe le traitement et la prévention secondaire.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les activités de prévention des maladies et des blessures, par exemple l'immunisation et l'utilisation de la mammographie, donnent des résultats positifs. Ces activités doivent se poursuivre si on veut réaliser des progrès. • On a enregistré une diminution marquée de la durée moyenne des séjours en milieu hospitalier. Le fait de transférer les soins dans la collectivité et à la maison soulève par contre des préoccupations au sujet de la charge financière, physique et émotionnelle additionnelle imposée aux familles, en particulier aux femmes. La demande de soins à domicile a augmenté dans plusieurs juridictions et on s'inquiète au sujet de l'accès équitable à ces services. • L'accès universel aux soins de santé reste dans une très large mesure sans lien avec les revenus. Toutefois, un grand nombre de Canadiens à faibles revenus et à revenus moyens ont un accès limité ou pas d'accès du tout à des services de santé comme les soins ophtalmologiques, les soins dentaires, les conseils en santé mentale et les médicaments d'ordonnance.

Les principaux déterminants – 11. Sexe	
Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en les différenciant.</p> <p>Les normes associées aux sexes influencent les pratiques et les priorités du système de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hommes sont plus exposés à un décès prématuré que les femmes, dans une large mesure du fait des maladies cardiaques, des blessures mortelles accidentelles, des cancers et du suicide. Le nombre d'années de vie éventuellement perdues avant l'âge de 70 ans est pratiquement eux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et environ trois fois plus élevés chez les hommes âgés de 20 à 34 ans. • Alors que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus exposées à la dépression, à un stress excessif (souvent dû aux efforts pour équilibrer les vies professionnelle et familiale), à des maladies chroniques comme l'arthrite et les allergies, à des blessures et au décès imputables à la violence familiale. • Si les taux globaux de décès par cancer ont diminué pour les hommes, ils sont restés relativement constants chez les femmes, essentiellement à cause de l'augmentation du nombre de décès par cancer du poumon. Les jeunes filles ont maintenant davantage tendance à fumer que les garçons. Si l'augmentation du taux de tabagisme chez les jeunes femmes n'est pas combattue, les taux de cancer du poumon chez elles continueront à augmenter chez ces dernières. <p>Consultez également les articles sur La santé des femmes en milieu rural, éloigné ou nordique et l'article <i>How being Black and female affects your health</i>.</p>

Les principaux déterminants – 12. Culture	
Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et le manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture du patient.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malgré des améliorations importantes depuis 1979, les taux de mortalité infantile chez les Autochtones, en 1994, étaient encore deux fois plus élevés que ceux de l'ensemble de la population canadienne. La prévalence des grandes maladies chroniques, notamment le diabète, les problèmes cardiaques, les cancers, l'hypertension, l'arthrite et les rhumatismes est aussi sensiblement plus élevée dans les milieux autochtones et semble être en augmentation. • En comparant les groupes ethniques, on constate que les taux les plus élevés de suicide se trouvent chez les Inuit, avec un taux de 70 par 100 000 personnes, alors qu'il est de 29 par 100 000 chez les Dénés et de 15 par 100 000 chez tous les autres groupes ethniques, composés essentiellement de personnes qui ne sont pas autochtones. • L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants de 1996-1997 a permis de constater que de nombreux enfants d'immigrants et de réfugiés obtenaient de meilleurs résultats dans le domaine affectif et académique que les enfants nés de parents canadiens, même si une proportion plus élevée d'entre eux vivaient dans des ménages à plus faible revenu. Cette étude laisse entendre que la pauvreté peut avoir une signification différente pour la population née au Canada et pour les immigrants nouvellement arrivés au pays. L'espoir d'un avenir meilleur pour les immigrants réduit les effets de la pauvreté ; le désespoir ressenti par les pauvres de la culture majoritaire accentue ces effets. <p>Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens⁴⁵.</p>

Annexe B : Autres ressources sur l'équité en matière de santé

Outre la grille d'EIES et le guide de travail pour l'EIES, l'utilisateur peut accéder à différentes ressources complémentaires qui l'aideront à mener l'évaluation. Ces ressources sont offertes sur le site Web de l'EIES du MSSLD à l'adresse www.ontario.ca/equite-sante. Visiter cette page est le meilleur moyen d'obtenir les renseignements les plus à jour.

Autres ressources sur l'équité en matière de santé :

- Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report, L'étude POWER: <http://www.powerstudy.ca/1-etude-power>
- Écho: Pour l'amélioration de la santé des Ontariennes: <http://www.echo-ontario.ca/fr>
- Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>
- Conseil ontarien de la qualité des services de santé: <http://www.hqontario.ca/fr/>
- Institut national de santé publique du Québec: <http://ccnpps.ca/fr>
- Organisation mondiale de la Santé: http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html
- HIA gateway (R.-U.): http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA
- HIA connect (NSW, Australia): <http://www.hiaconnect.edu.au/>
- Site d'évaluation de l'impact sur la santé de l'OMS: <http://www.who.int/hia/en/>
- Qualité des services de santé Ontario: www.hqontario.ca/fr/index.html
- Better Outcomes Registry Network (BORN): www.bornontario.ca
- Wellesley Institute: www.wellesleyinstitute.com

Terminologie relative à l'équité en matière de santé

- Glossaire de l'Agence de la santé publique du Canada: www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php
- Glossaire de l'Organisation mondiale de la Santé: www.who.int/hia/about/glos/en/index.html

Annexe C : Méthodologie

Ressources et méthodes utiles pour la cueillette d'information et de données pour l'EIES

Les sources de données qui suivent sont énumérées en fonction de la quantité de temps et d'effort qu'il faut consacrer pour obtenir cette information :

Vos connaissances et vos expériences de travail communes ayant trait au projet :

Il se peut que votre planification jusqu'à présent ait comporté des recherches contextuelles ou une évaluation des besoins qui vous ont permis de déterminer aisément les groupes vulnérables. Vous pouvez parcourir la colonne « population » de la grille d'EIES et surligner ou supprimer certains groupes en fonction de votre compréhension actuelle de la situation. De même, vous connaissez peut-être déjà certaines interventions utilisées dans le domaine, ou des lacunes importantes dans les données, la recherche ou les connaissances que vous pouvez combler afin de réduire de façon efficace les iniquités. De plus, votre équipe ou votre directeur est peut-être en mesure de communiquer des observations importantes, comme les niveaux de participation à certains programmes, l'efficacité de certaines méthodes de sensibilisation du public et les obstacles perçus à la participation au sein de certaines populations prioritaires.

Revue de la documentation spécialisée

Une revue de la documentation spécialisée sera naturellement alimentée par l'information susmentionnée. Il importe d'envisager un examen de la documentation spécialisée dans les domaines où règne l'incertitude concernant les populations touchées ou les interventions qui sont susceptibles d'être efficaces. Un examen succinct concentré sur les sources de données synthétisées conviendra dans la plupart des cas. Si votre domaine est particulièrement nouveau ou si le profil de votre programme ou de votre politique est très élevé, une recherche rapide de la documentation peut se révéler adéquate. Certains documents clés qui traitent des rapports entre les iniquités en matière de santé et les déterminants de la santé figurent plus bas.

Analyse de l'environnement

Une analyse de l'environnement peut aider à vous sensibiliser au contexte de la politique entourant une question, à déterminer les groupes de la collectivité et les organisations gouvernementales qui travaillent déjà sur la question. Une analyse de l'environnement peut aussi enrichir vos connaissances sur les groupes touchés en priorité par votre programme ou les questions touchant l'équité que vous n'avez peut-être pas encore perçues au moment de la conceptualisation première de votre projet.

Analyse des données existantes

- Le manque de données ayant trait aux déterminants de la santé et les autres facteurs d'inégalité constituent des défis considérables en Ontario et dans les autres provinces et territoires. Cependant, les données existantes doivent être ventilées pour mettre en évidence les iniquités pouvant être mises en rapport avec la question étudiée. Des exemples de sources de données sont fournis plus bas.
- Si les données sont inexistantes, et que vous estimez qu'une analyse serait très importante pour votre travail, ceci devrait être noté à l'étape 2 de la grille d'EIES sous « Information additionnelle requise ». Ceci vous permettra d'enregistrer les lacunes relevées dans les données tirées de votre analyse, et vous fournit une plateforme à partir de laquelle vous pouvez orienter votre recherche (p. ex., consultation d'experts, de littérature grise, etc.).

Consultation d'intervenants et d'experts

Si les étapes précédentes ne fournissent pas de renseignements adéquats sur les iniquités en matière de santé ayant trait au programme ou à la politique qui vous intéresse, vous pouvez envisager de consulter des intervenants ou experts qualifiés ou non.

Consultation auprès de la collectivité

Dans une EIES de votre projet, il est peu probable qu'il soit question d'une consultation auprès de la collectivité dès les étapes initiales. Cependant, à mesure que vous avancez, vous trouverez peut-être de plus en plus important de consulter les membres des groupes prioritaires afin de mieux comprendre les répercussions de votre travail sur la perception qu'ils ont de leur état de santé, de leur qualité de vie, de l'accès aux programmes et aux services, etc.

Collecte de nouvelles données

Pour certaines questions, notamment celles ayant trait à l'évaluation, il se peut que l'élaboration d'un protocole de collecte, d'analyse et de diffusion de nouvelles données se révèle nécessaire. Ceci peut également cadrer avec la section « Information additionnelle requise » de la grille d'EIES afin d'être certain que le besoin de nouvelles données est enregistré.

Exemples de sources de données contenant des variables sociodémographiques et économiques pour l'analyse de définition

- The Rapid Risk Factor Surveillance System (RRFSS)
- Integrated Public Health Information System (iPHIS)
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
- Données de recensement (habituellement obtenues sur demande)
- Base de données administratives
- Données et rapports provenant d'autres sources locales, régionales, provinciales et nationales

Iniquités en matière de santé et déterminants de la santé – Bibliographie générale

Ontario

Gardner, B. (2008). *Health Equity Discussion Paper*. Toronto Central Health Integration Network. Récupéré le 25 mai 2010 à partir du site http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Report_and_Publications/Health%20Equity%20Discussion%20Paper%20v1.0.pdf

Region of Waterloo Public Health. (2009). *Evidence and Practice-based Planning Framework with a focus on health inequities*. Récupéré le 28 mai 2010 à partir du site [http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/\\$file/EPPF_maindoc.pdf?open](http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/$file/EPPF_maindoc.pdf?open)

Sudbury and District Health Unit. (2010). *Implementing Local Public Health Practices to Reduce Social Inequities in Health*. Récupéré le 1^{er} juin 2010 à partir du site http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/EXTRAInterventionProjectDraftFinalReportSDHUJanuary2010_External.pdf

Bureau de santé publique de Toronto. (2008). *The Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto*. Récupéré le 25 mai 2010 à partir du site www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf.

Canada

Bell, B. (2009). *Actions to Reduce Health Inequalities in Canada: A description of strategic efforts led or supported by public health organisations*. Document de travail élaboré par la Direction des initiatives stratégiques et des innovations de l'Agence de santé publique du Canada. Récupéré le 21 mai 2010 à partir de l'adresse <http://www.opha.on.ca/resources/docs/StrategicInitiatives-PHAC-6Mar09.pdf>

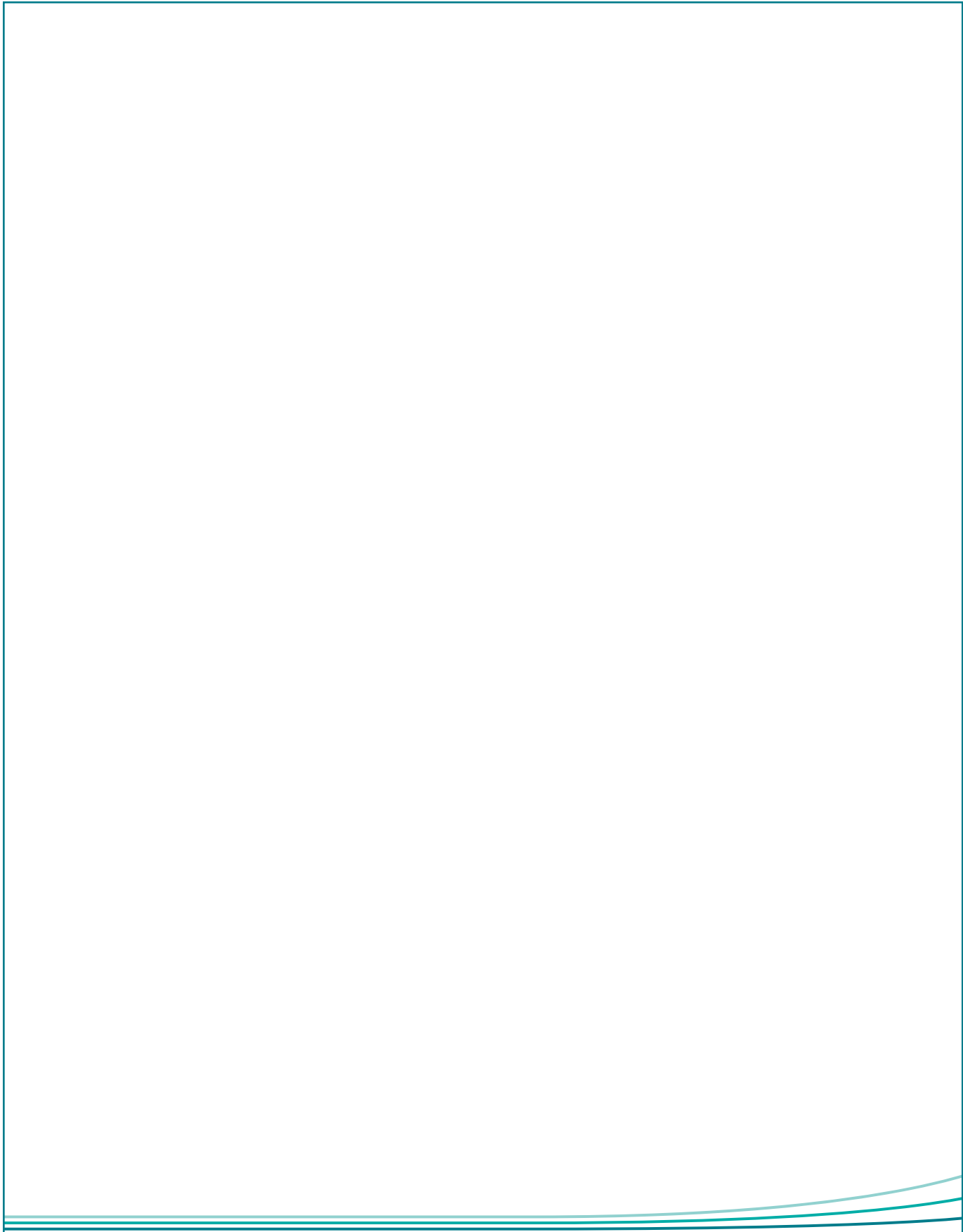
Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada*, Ottawa, Ontario. Récupéré le 25 mai 2010 à partir du site http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_EN_081009.pdf.

Keon, W.J. et L. Pépin. (2009). *Un Canada en santé et productif: une approche axée sur les déterminants de la santé. Rapport final du Sous-comité du Sénat sur la santé des populations*. Récupéré le 21 mai 2010 à partir du site www.parl.gc.ca/40/2/parlbus/commbus/senate/Com-e/popu-e/rep-e/rephealthjun09-f.pdf

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*. Récupéré le 21 mai 2010 à partir du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>.

International

Commission on Social Determinants. (2008). *Combler le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Récupéré le 20 mai 2010 à partir du site www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html.



EIES

Évaluation de l'impact sur
l'équité en matière de santé

Supplément concernant les services en français

Table des matières

Introduction.	3
<i>Loi sur les services en français.</i>	3
<i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local.</i>	5
Les RLISS jouent un rôle clé dans la conformité aux engagements pris en vertu de la LSF	5
Considérations clés pour le personnel du MSSLD et des RLISS	6

Intégration des considérations à l'égard de la langue française – Guide à l'intention du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Introduction

L'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) est un outil d'évaluation souple et pratique qui sert à déterminer les impacts potentiels *involontaires* (positifs ou négatifs) d'un plan, d'une politique ou d'un programme sur la santé d'une vaste gamme de groupes vulnérables ou marginalisés au sein de la population en général. Il s'agit, entre autres, d'évaluer les répercussions possibles des décisions prises sur les communautés francophones, y compris les sous-populations de francophones. De plus, les populations francophones ont des droits constitutionnels et juridiques en vertu de la législation provinciale, dont la *Loi sur les services en français (LSF)* de 1986.

Ce guide constitue une ressource pour le personnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui appuient l'intégration efficace des considérations à l'égard des services en français (SEF) aux processus de prise de décisions et d'élaboration de politiques et de programmes, particulièrement en ce qui a trait aux problèmes d'équité en matière de santé. L'intégration des SEF doit être abordée ouvertement et parallèlement aux autres problèmes d'équité susceptibles de se présenter dans le cadre d'une EIES, y compris les problèmes qui touchent les populations francophones.

Loi sur les services en français

La *LSF* contient des dispositions précises concernant des ministères et des organismes de la Couronne ontariens, dont les RLISS. Dans son annexe, la *LSF* précise également les régions désignées. Environ 85 pour cent des Franco-Ontariens vivent dans une région désignée.

La *LSF* peut être consultée en ligne aux adresses suivantes :

- Français : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90f32_f.htm
- Anglais : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90f32_e.htm

La *LSF* détermine les endroits où les services doivent être offerts en français, en commençant par :

« Chacun a droit à l'emploi du français, conformément à la présente loi, pour communiquer avec le siège ou l'administration centrale d'un organisme gouvernemental ou d'une institution de la Législature et pour en recevoir les services. Chacun jouit du même droit à l'égard de tout autre bureau de l'organisme ou de l'institution qui se trouve dans une région désignée à l'annexe ou qui sert une telle région. » *LSF*, art. 5 (1).

Les ministères du gouvernement de l'Ontario et les organismes de la Couronne ontariens, y compris les RLISS qui se trouvent dans les 25 régions désignées ou qui desservent les populations de ces régions et les organismes tiers désignés, sont concernés par la *LSF*. Il est important de noter que les fournisseurs de soins de santé en tierce partie ne sont pas systématiquement assujettis à la *LSF*. De nombreux services directs offerts au public par le MSSLD sont offerts par l'intermédiaire de fournisseurs de soins de santé en tierce partie, dont des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée et des programmes de santé mentale. Pour obtenir un complément d'information sur la portée de la Loi, consulter l'article 1 de la *LSF* dans lequel le terme « organisme gouvernemental » est défini.

La *LSF* prévoit également la nomination d'un commissaire aux services en français nommé par le ministre responsable des Affaires francophones pour favoriser la conformité. Le rôle du commissaire est défini dans la *LSF*, art. 12.1(1).

CONSEILS :

Par ailleurs, il est possible de communiquer avec le Bureau des services en français du MSSLD au (416) 327 8975 ou avec le coordonnateur des services en français de votre RLISS pour obtenir de l'aide.

Le document intitulé **OPS Framework for Action: A Modern Ontario Public Service (2006)** (cadre d'action de la FPO: une fonction publique moderne en Ontario) fait la promotion de la prestation active de services en français. L'expression « prestation active » se dit lorsque les services sont offerts de façon proactive, et non sur demande.

Régions désignées de l'Ontario, déterminées dans l'annexe de la *LSF* de 1986 :

Toronto	Colchester North	Stafford	Longlac
Hamilton	Maidstone	Westmeath	Marathon
Port Colborne	Sandwich South	Russell County	Manitouwadge
Welland	Sandwich West	Penetanguishene	Beardmore
Ottawa	Tilbury North	Tiny	Nakina
Mississauga	Tilbury West	Essa	Terrace Bay
Brampton	Rochester	Stormont County	Timiskaming District
Sudbury	Glengarry	Algoma District	London
Winchester	Tilbury	Cochrane District	Callander
Windsor	Dover	Ignace	Kingston
Belle River	Tilbury East	Nipissing District	
Tecumseh	Prescott County	Sudbury District	
Anderdon	Pembroke	Geraldton	

Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local

La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local contient des dispositions particulières sur les services en français. Parmi ces dispositions se trouve le préambule suivant :

« La population de l'Ontario et son gouvernement (...) croient que le système de santé devrait être guidé par un engagement à l'égard de l'équité et un respect de la diversité des collectivités lorsqu'il dessert la population de l'Ontario et respectent les exigences de la Loi sur les services en français lorsqu'il dessert les collectivités francophones » Préambule de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, art. f

En outre, des dispositions précises de la Loi concernent l'engagement des communautés francophones tant au palier provincial qu'au palier régional :

- **Conseil consultatif des services de santé en français (palier provincial)**

Un conseil consultatif des services de santé en français pour le conseiller sur les questions relatives à la santé et à la prestation de services qui concernent les collectivités francophones et sur les priorités et stratégies à intégrer au plan stratégique provincial à l'égard de ces collectivités, *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, art.14(2)

- **Entités de planification des services de santé en français (palier régional)**

[Une] entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau qui est prescrite. *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, art.16(4)(b)

La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local se trouve en ligne aux adresses suivantes :

- Français : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06104_f.htm
- Anglais : www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_06104_e.htm

Les RLISS jouent un rôle clé dans la conformité aux engagements pris en vertu de la LSF

Pour respecter leur engagement à l'égard de l'équité, de la diversité des collectivités et des exigences de la LSF dans le cadre de la prestation de services à la communauté francophone de l'Ontario, le MSSLD et les RLISS ont collaboré à l'établissement de méthodes permettant d'assurer l'intégration efficace des exigences de la LSF. Voici un aperçu des mesures prises :

- **Les RLISS jouent maintenant un rôle dans la sélection des fournisseurs de soins de santé désignés en vertu de la LSF.**

Une fois qu'un fournisseur de soins de santé démontre qu'il est en mesure d'offrir des services en français de façon permanente, il peut demander la désignation officielle en vertu de la LSF. La désignation garantit que les services seront offerts en français. À l'heure actuelle, 84 fournisseurs de soins de santé ont obtenu la désignation partielle ou complète en Ontario. Les RLISS ont pris la responsabilité de repérer des fournisseurs de soins de santé ou des services de santé particuliers offerts par un fournisseur qui pourraient obtenir la désignation en vertu de la LSF. Il s'agit de la première étape sur le chemin de la désignation complète ou partielle, ultimement accordé par le conseil des ministres.

- **Les RLISS veillent à ce que les ententes de responsabilisation en matière de services soient conformes aux exigences de la LSF.**

Les RLISS ont inclus des exigences précises liées aux SEF dans leurs ententes de responsabilisation en matière de services conclues avec des fournisseurs de soins de santé travaillant dans une région désignée ou desservant la population d'une région désignée.

- **Le MSSLD et les RLISS collaborent à la mise en œuvre des entités de planification des services de santé en français.**

Le 1^{er} janvier 2010, le Règlement sur l'engagement de la communauté francophone est entrée en vigueur. Ce règlement précise les rôles et les responsabilités des entités de planification des services de santé en français en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, art.16(4)(b).

Le Règlement peut être consulté aux adresses suivantes :

- Français : www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/french/elaws_regs_090515_f.htm
- Anglais : www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/english/elaws_regs_090515_e.htm

Pour consulter les mises à jour du statut des entités de planification des services de santé en français, consulter les sites aux adresses suivantes :

- Français : www.health.gov.on.ca/french/public/program/flhsf/health_planning_entitiesf.html
- Anglais : www.health.gov.on.ca/english/public/program/flhs/health_planning_entities.html

Considérations clés pour le personnel du MSSLD et des RLISS

Les considérations à l'égard de la langue française devraient être incorporées dès le début du processus d'élaboration d'une politique ou d'un programme afin que l'intégration soit sensée. La liste ci dessous comprend un nombre de questions clés conçues pour aider le personnel du ministère et des RLISS à intégrer efficacement les considérations liées aux SEF dès le début du processus d'élaboration d'une politique ou d'un programme.

1. Démarrage

- L'initiative s'inscrit elle dans les paramètres de la LSF ?
- Quel sera l'impact de cette politique ou de ce programme sur la prestation de services de santé et la diffusion d'information à la population francophone de l'Ontario ?

2. Planification du projet et budget

- Les échéances, les activités et les coûts du projet tiennent ils compte des obligations liées aux SEF (p. ex., prévoir du temps et un budget adéquat pour la traduction et l'adaptation) ?

3. Consultation et engagement communautaire

- La consultation/collaboration relative à l'impact possible de la politique ou du programme sur les communautés francophones était-elle adéquate, par exemple en ce qui a trait aux organismes et aux intervenants ci-dessous?
 - Le Bureau des services de santé en français du MSSLD
 - Les coordonnateurs pertinents des services en français du RLISS
 - Les entités de planification des services de santé en français
 - Les intervenants clés ou la communauté francophone dans son ensemble

4. Communications

- Lorsqu'une politique ou un programme du MSSLD ou du RLISS concerne le public, les communiqués de presse, les annonces et les documents d'information doivent être offerts aux médias et au grand public en anglais et en français. Voici quelques questions clés qui vous aideront à tenir compte de ces exigences dans votre planification de projet.
 - Comment l'information sur la politique ou le programme sera-t-elle communiquée à la population francophone?
 - Avez-vous tenu compte des *Communications en français (Lignes directrices)* (p. ex., en ce qui a trait aux communiqués de presse, aux annonces publiques et aux postes affichés sur les sites Web du MSSLD et des RLISS, etc.)?

Lignes directrices sur les communications en français :

- Français : http://www.agnes.gov.on.ca/directives%20and%20Policies/PDF/GuidelinesCommunicationsinFrench20110511_FR.pdf
- Anglais : http://www.agnes.gov.on.ca/directives%20and%20Policies/PDF/Guidelines_Communications_in_%20French_%20FINAL_12-5-2011_EN.pdf

5. Ressources humaines

- Dans le cas où la politique ou le programme en cours d'élaboration exigent la prestation de services ou la diffusion d'information directement au public, avez-vous tenu compte des exigences liées aux SEF relativement a) à la dotation en personnel (à savoir le personnel désigné) et b) à la formation sur les obligations en matière de SEF à l'intention des autres membres du personnel?
- Y a-t-il d'autres dépenses dont il faudrait tenir compte dans le cadre de la dotation en personnel bilingue?

6. Contrats

- Certains services peuvent être offerts par des organisations extérieures, comme des organismes de paiement de transfert. Les contrats doivent inclure des dispositions concernant la prestation des services en français, au besoin, et définir les niveaux de services.

CONSEIL :

Le Bureau des services en français, MSSLD, et les coordonnateurs des services en français du RLISS peuvent vous aider à repérer des intervenants francophones clés au moment de concevoir votre stratégie en matière de consultation ou d'engagement communautaire.

CONSEIL :

Pour obtenir des conseils sur l'utilisation des Communications en français (Lignes directrices), communiquez avec le Bureau des services en français du MSSLD au (416) 327 8975.

CONSEIL :

Le fait d'impartir un service à une tierce partie ne relève pas le gouvernement (ou ses organismes, y compris les RLISS) de ses obligations concernant la prestation de services en français en vertu de la LSF.



Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé

L'EIES est un outil d'évaluation souple et pratique qui peut servir à déterminer et à supprimer les **impacts involontaires possibles en matière de santé** (positifs ou négatifs), qui proviennent d'une politique, d'un programme ou d'une initiative, sur des populations précises.

Nota: La *Grille d'EIES* doit être utilisée avec le Guide de travail de l'EIES qui s'y rattache. Celui-ci contient des définitions, des exemples et des directives plus approfondies pour vous aider à remplir cette grille.

Date:	
Organisme:	
Nom et coordonnées de la personne ou de l'équipe ayant effectué l'EIES:	
Titre du projet:	
Résumé du projet:	
<p>Objectif relatif à la tenue de l'EIES: (p. ex., déterminer où les ressources doivent être investies dans une nouvelle politique, un nouveau programme ou une nouvelle initiative)</p>	
<p>Nota: Il faut remplir cette section après avoir rempli la grille d'EIES suivante.</p>	
<p>Conclusions: (p. ex., quelles décisions ont été prises après l'utilisation de l'outil d'EIES?)</p>	

Grille de l'EIES

Les étapes numérotées de cette grille correspondent aux sections du Guide de travail d'EIES. Ce guide de travail contenant des directives étape par étape est disponible à l'adresse suivante : www.ontario.ca/equite-sante.

Traduction sur les services en français

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations*	b) Déterminants de santé	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
À l'aide d'éléments probants, identifiez les populations sur lesquelles la politique, le programme ou l'initiative prévu(e) peut avoir des impacts (positifs ou négatifs) involontaires majeurs en matière de santé.	Citez les déterminants et les iniquités de santé à prendre en compte pour les populations cernées.						
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.).							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre: Veuillez décrire ici la population en question.							

*Nota: La terminologie citée ici peut être, ou ne pas être, choisie par les membres des collectivités en question, et vous pouvez ajouter d'autres populations. N'oubliez pas de faire des croisements entre groupes (p. ex., femmes autochtones).

Section 8

lignesanté.ca

Section 8

lignesanté.ca

Gérée par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), la lignesanté.ca est une base de données sur les services et les ressources en matière de santé. Offert en anglais et en français, cet outil utile est utilisé par les consommateurs, le personnel des CASC, d'autres professionnels de la santé, les RLISS et le système entier.

La lignesante.ca a été conçue en 1992 dans le cadre d'un partenariat innovateur entre les hôpitaux, le bureau de santé et le CASC de London en Ontario. L'outil a ensuite été adopté par les CASC de toute la province, et son déploiement devrait avoir été achevé à l'été 2013.

Dans la région du RLISS du Sud-Ouest, des ajouts et changements apportés récemment à la lignesantésud-ouest.ca ont amélioré la capacité de recherche et l'accès à l'information et aux ressources sur les services en français. Dans la région du RLISS d'Érie St. Clair, des améliorations à la section française de la lignesantéeriest-clair.ca sont attendues cette année.

Pour de plus amples renseignements sur les [lignésante.ca](http://lignesante.ca) en Ontario et plus particulièrement dans la région du RLISS du Sud-Ouest, on consultera les feuilles de renseignements ci-jointes.

Section 8

Liste des annexes

Introducing the healthline.ca to Ontario (en anglais seulement)

Caractéristiques de lignesantéSud-Ouest.ca en matière de services offerts en français

February 2012

Introducing thehealthline.ca to Ontario

Ontario's CCACs have an important and growing role as health system navigators and care connectors. One of the key enablers is the CCAC's Information and Referral (I&R) function. CCAC staff members provide information to clients, family members, the public, and other health system partners about health services, electronically, by telephone, and in person. They also make referrals to a variety of community supports, health care and other services. As the role of CCACs continues to expand, the I&R function also grows.

A provincial CCAC Work Group was formed in 2011 to enhance this critical function. One of the Group's first major initiatives is the deployment of thehealthline.ca.

thehealthline.ca, a proven resource

To navigate a complex and multi-faceted health system, most CCACs have developed electronic tools and databases. After some study, the leaders of Ontario's CCACs have decided to consolidate current information tools and databases into a single solution. They have selected thehealthline.ca, currently in use in the South West and Champlain, as the provincial model.

Developed in 1992 as an innovative partnership between hospitals, the health unit and the CCAC in London, Ontario, thehealthline.ca has proven to be popular, flexible, easy to use, reliable, robust, and cost-effective. It is the resource of choice for

consumers, health providers, CCAC Information & Referral staffers, and a key source for planning information by the South West LHIN, an important partner and funder. Each year, the site receives more than 1.5 million visitors. thehealthline.ca spread first to Champlain and now will go province wide.

Visit <http://informationnetwork.thehealthline.ca> to learn more about thehealthline.ca.

Going Ontario-wide

Over the next 18 months, thehealthline.ca will be implemented across Ontario. This project will create:

- A single provincial database of more than 50,000 health service profiles
- A common provincial portal designed to guide users to regional CCAC sites
- 14 regional sites

It is expected that one regional site will be deployed each month, beginning in March 2012.

The province-wide access phone numbers:

- 310-CCAC (310-2222)
- 310-CASC (310-2272), French

will continue to operate as they currently do.

The Benefits

Ontario's thehealthline.ca will be a valuable tool for consumers, CCAC staff members, other health

professionals, the LHINs and the system as a whole. Information supports the delivery of outstanding care, client self-management and wellness, and system efficiency and effectiveness. It's good news for all of us.

Benefits for consumers

- thehealthline.ca makes it easy and quick to find health information, using geography, topics, or Google searches.
- Regular updating ensures the information is accurate and up-to-date.
- Service profiles provide a wealth of information including special features such as video links and mapping.

Benefits for CCACs

- A centralized provincial database makes it easier to share, import and export data across the province.
- Special features make it easy for health organizations to update profile information regularly, ensuring greater accuracy and reliability.
- Good searchability makes providing information and referral more efficient and effective.
- A robust and consistent system will provide a foundation for other enhancements, such as e-referral tools.

Benefits for health providers and the system

- Consumers can find the information they need easily, reducing demand on other system resources.

- Better informed consumers are empowered and more likely to practice self-management.
- Family physicians and other health professionals have a reliable source of information about health resources in their communities at their fingertips.
- Health providers can profile their services for free within a centralized provincial web site that attracts many more visitors than a stand-alone site.
- thehealthline.ca serves as an integrator, bringing together information from public, non-profit and for-profit health organizations and supporting partnership and collaboration.

Other enhancements to I&R

The I&R Work Group will also be looking at other aspects of the I&R function, including standards of care, e-referral systems, data collection and maintenance, and training and organizational development.

Give us a test drive!

Visit thehealthline.ca to explore its many features. Stay tuned for updates on when thehealthline.ca is coming to your community.

For more information contact Sandra Coleman, CEO, South West CCAC (519 641-5496) or contact the CEO of your local CCAC.



French Language features on SouthWesthealthline.ca

SouthWesthealthline.ca has introduced new features that make it easy to find French Language services information and other resources. A number of data and site navigation enhancements were launched in spring 2013 through a LHIN-funded initiative that brings together:

- Health and social services provided in French
- Detailed listings of what they offer and how to access
- Resource library
- Career opportunities seeking candidates with French Language skills
- Tips on accessing services and a video on how to navigate the site
- Searching in French by visiting www.lignesantesud-ouest.ca, and
- A French Language Services toolkit produced by the South West and Erie-St. Clair LHINs.

Getting Started

A bilingual welcome page provides a menu of all the French Language features as well as instructions for navigating the site.

Expanded Service Information


Details about French Language service offerings are provided within service profiles. Organizations are asked to provide information on the level and type of French Language services they offer, such as:

- Reception including referral to other services and resources
- Programs delivered in French
- Interpretation
- Websites and publications
- Further details under Language Notes

The screenshot shows the SouthWesthealthline.ca website interface. At the top, there is a search bar and a 'GO' button. Below the search bar is a navigation menu with tabs for 'South West', 'London and Middlesex', 'Oxford and Norfolk', 'Elgin', 'Huron and Perth', and 'Grey and Bruce'. Underneath this is another menu with 'HEALTH SERVICES', 'HEALTH CAREERS', 'HEALTH NEWS', 'HEALTH EVENTS', and 'HEALTH LIBRARY'. The main content area is titled 'HEALTH SERVICES FOR SOUTH WEST' and includes a date 'May 1, 2013'. There are two columns of links: 'Health Care Options' (Health Care Facilities, Health Care Professions, Home and Community Care, Public Health) and 'Your Health' (Aboriginal, Children and Parenting, Men, Seniors). A map of the South West region is visible on the right side.

Finding French Services

Users of SouthWesthealthline.ca can find and identify French services at a glance via the following features:

A **special icon**  indicates the programs that are offered in the French Language, providing a simple visual cue when browsing or searching the site for services.

The **site free-text search** is fully bilingual and offers suggested key matches based on the search query entered.

A live **service directory** of organizations and programs that offer service in French is available at the push of a button. The directory is grouped topically by categories such as Francophone community, settlement, translation and interpretation, information services, etc.

A **Service by Language View** presents a list of services that offer French with the language details displayed. This feature is accessible from any category service listing page and helpful when looking for language information in addition to French.

French Language Resources is a library of resources with links to Francophone service directories and health, seniors, settlement, education and employment websites.

How to Update your Service Listing or Suggest Resources

Ensuring that accurate information about your services is available to the public and other service providers is important. It's easy for service providers to update or add a new listing through our online submission process. Click the 'Submit Content' link in the upper right hand corner of the site or use the 'Update Your Profile' link on your service profile page. Tips for completing the language information are provided.

If you have a suggestion about a French Language resource or service you'd like to see included on the site, please email us at editor@thehealthline.ca.

About SouthWesthealthline.ca

SouthWesthealthline.ca is an innovative website that puts accurate and up-to-date information about health and social services at the fingertips of consumers, health care professionals and service providers across the South West region of Ontario (LHIN 2).

With over 1.5 million visits every year, SouthWesthealthline.ca is a very popular resource. 5,000 service listings describe organizations and programs serving people who live in London and Middlesex, Oxford, Elgin, Huron, Perth, Norfolk, Grey and Bruce Counties.

thehealthline.ca was launched in 2002 by four founding partner organizations in London, Ontario: the Community Care Access Centre, the London hospitals and the Health Unit. With the launch of 14 regional sites across the province in early 2013, one for every LHIN,

Caractéristiques de lignesantéSud-Ouest.ca en matière de services offerts en français

Lignesantesud-ouest.ca a introduit de nouvelles caractéristiques qui facilitent la recherche de renseignements sur les services et autres ressources en français. De nombreuses améliorations en matière de données et de navigation sur le site ont été lancées au printemps 2013 dans le cadre d'une initiative financée par le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) qui réunit ce qui suit :

- Services de santé et services sociaux fournis en français;
- Listes détaillées de ce qu'offrent les services et façon d'y accéder;
- Bibliothèque de ressources;
- Possibilités de carrière pour des candidats ayant des compétences linguistiques en français;
- Conseils sur la façon d'accéder aux services et une vidéo au sujet de la navigation sur le site;
- Recherche en français en visitant le www.lignesantesud-ouest.ca;
- Trousse de services en français produite par le RLISS de la région du sud-ouest et d'Érié St. Clair.

Comment démarrer

Une page d'accueil bilingue présente un menu de toutes les caractéristiques en français et des instructions sur la façon de naviguer sur le site.

Information sur les services accrus


Des renseignements détaillés sur les services en français offerts sont fournis dans les profils des services. On demande aux organisations de fournir des renseignements sur le niveau et le type de services en français qu'elles offrent, comme les suivants :

- Réception y compris recommandation à d'autres services et ressources;
- Programmes exécutés en français;
- Interprétation;
- Sites Web et publications;
- Autres détails fournis à la rubrique Langues - Notes.

The screenshot displays the SouthWesthealthline.ca website. At the top, there is a navigation bar with links for 'RESIZE TEXT', 'SURVEY', 'E-BULLETIN', 'SUBMIT CONTENT', 'FIND YOUR CCAC', 'FRANÇAIS', and 'HELP'. Below this is a search bar with a 'GO' button. The main navigation menu includes 'South West', 'London and Middlesex', 'Oxford and Norfolk', 'Elgin', 'Huron and Perth', and 'Grey and Bruce'. Underneath, there are tabs for 'HEALTH SERVICES', 'HEALTH CAREERS', 'HEALTH NEWS', 'HEALTH EVENTS', and 'HEALTH LIBRARY'. The 'HEALTH SERVICES FOR SOUTH WEST' section is active, showing 'Health Care Options' (Health Care Facilities, Health Care Professions, Home and Community Care, Public Health) and 'Your Health' (Aboriginal, Children and Parenting, Men, Seniors). A date stamp 'May 1, 2013' and a map of the South West region are also present.

Trouver des services en français

Les utilisateurs de lignesantesud-ouest.ca peuvent trouver des services en français en un seul coup d'œil au moyen des caractéristiques suivantes :

Une **icône spéciale**  indique les programmes qui sont offerts en français, fournissant un simple repère visuel durant la navigation ou la recherche de services sur le site;

La **recherche en forme libre du site** est entièrement bilingue et suggère des concordances par clé fondées sur la demande de recherche entrée.

Un **répertoire de services** en direct d'organisations et de programmes qui offrent des services en français s'affiche en ne touchant qu'un seul bouton. Le répertoire est divisé en groupes thématiques par catégorie comme : communauté francophone, établissement, traduction et interprétation, services d'information, etc.

Une **vue des services en fonction de la langue dans laquelle ils sont offerts** présente une liste des services notamment en français y compris les détails linguistiques. Cette caractéristique est accessible à partir de toute page de services par catégorie et est utile pour trouver des renseignements linguistiques autres que sur le français.

Ressources en français est une bibliothèque de ressources contenant des liens aux répertoires de services francophones et aux sites Web sur la santé, les aînés, l'établissement, l'éducation et l'emploi.

Comment mettre à jour votre liste de services ou suggérer des ressources

Il est important de s'assurer que des renseignements exacts sur vos services sont accessibles au public et aux autres fournisseurs de services. Les fournisseurs de services peuvent facilement mettre à jour leur information ou y ajouter des éléments au moyen de notre processus de soumission en ligne. Cliquez sur le lien 'Soumettez votre contenu' dans le coin supérieur droit du site ou utilisez le lien 'Mettez votre profil à jour' à la page de votre profil. Des conseils sur la façon d'entrer vos renseignements linguistiques sont fournis.

Si vous souhaitez suggérer l'ajout au site d'une ressource ou d'un service en français, veuillez nous envoyer un courriel à editor@thehealthline.ca.

À propos de lignesantéSud-Ouest.ca

[LignesantéSud-Ouest.ca](http://lignesantéSud-Ouest.ca) est un site Web novateur qui met des renseignements précis et à jour sur les services de santé et les services sociaux à la disposition des consommateurs, des professionnels de la santé et des fournisseurs de services partout dans la région du sud-ouest de l'Ontario (RLISS 2).

Comptant plus de 1,5 million de visites par année, lignesantéSud-Ouest.ca est une ressource très utilisée. Une liste de 5 000 services décrit des organisations et des programmes à l'intention des personnes qui vivent à London et dans les comtés de Middlesex, Oxford, Elgin, Huron, Perth, Norfolk, Grey et Bruce.

Le site lignesantesud-ouest.ca a été lancé en 2002 par quatre organisations partenaires fondatrices à London, en Ontario : Community Care Access Centre, hôpitaux de London et l'unité de services de santé. Grâce au lancement de 14 sites régionaux partout dans la province au début de l'année 2013, un dans chaque RLISS, lignesantéSud-Ouest.ca est maintenant un service à l'échelle de toute la province.

Section 9

Ressources

Section 9

Ressources

Articles promotionnels

Ressources francophones dans le RLISS d'Érié St. Clair

Ressources francophones dans le RLISS du Sud-Ouest

Réseaux et organismes d'appui

Online Advertising (en anglais seulement)

Universités et collèges bilingues ou de langue française en Ontario

Les médias francophones de l'Ontario par régions

Rifssso

Cliquezsanté.ca

Répertoire des services en français du Sud-Ouest de l'Ontario

Articles promotionnels

La trousse comprend des échantillons d'articles conçus pour la prestation de services en français par les fournisseurs de services de santé. Ces articles serviront à promouvoir les services existants en français. Des macarons, des lanières et des porte-cartes sont à la disposition du personnel francophone. Il y a aussi des enseignes murales ou de bureau à installer aux entrées et aux réceptions.



*Porte-carte – tenue de chirurgien –
offert en 2 formats*



*Macaron
offert avec aimant ou épinglette*



Lanière détachable



Enseigne

On pourra obtenir des articles promotionnels supplémentaires en communiquant avec les coordonnatrices des services en français des RLISS d'Érié St. Clair ou du Sud-Ouest.

Marthe Dumont
RLISS d'Érié St. Clair
1 866 231-5446 ou 519 351-5677, poste 3241
Marthe.Dumont@lhins.on.ca

Suzy Doucet-Simard
RLISS du Sud-Ouest
1 866 294-5446 ou 519 672-0445, poste 2612
Suzy.Doucet-Simard@lhins.on.ca

Ressources francophones dans le RLISS d'Érié St. Clair¹

Centre communautaires et culturels

Centre communautaire francophone de Windsor Essex Kent "Place Concorde", Windsor, 519 948-5545, reception@placeconcorde.org, www.placeconcorde.org

Centre communautaire de Chatham-Kent La Girouette, Chatham, 519 436-1092, cclagirouette@gmail.com

Centre culturel francophone Jolliet, Sarnia, 519 337-3774, info@centrecultureljolliet.com, www.centrecultureljolliet.com

Garderies

Franco-Sol, 11 garderies et 1 centre de ressources, Windsor, 519 948-4339, francosol@bellnet.ca

Garderie « Les petites mains », Windsor, 519 971-6246, lespetitesmains@bellnet.ca

Garderie Petit Pas, Chatham, 519 354-5580 / Pain Court, 519 351-3111 / Pointes-aux-Roches 519 360-2426 / Tilbury, 519 682-9127 / info@tilburytots.ca / <http://tilburytots.ca/>

La ribambelle – Saint-Thomas d'Aquin et Carrefour Les Rapides, Sarnia, 1 800 575-0674, info@laribambelle.ca / www.laribambelle.ca

Clubs de l'âge d'or (pour obtenir le nom et les coordonnées des présidents, communiquer avec la coordonnatrice des services en français du RLISS d'Érié St. Clair)

Club Jean-Paul II, Windsor

Club de l'âge d'or de la Résidence Richelieu, Windsor

Club de l'âge d'or Le Foyer, Pointe-aux-Roches

Club de l'Amitié, Pain Court

Club des aînés la Gaieté, Sarnia

Autres organismes

ACFO de London-Sarnia, 519 332-2600, www.acfo-ls.org

ACFO de Windsor-Essex-Kent, 519 948-9322, www.acfowindsor.ca

AEFO Sud-Ouest catholique, 519 949-2365, www.aefo.on.ca

¹ Pour d'autres ressources, se reporter au répertoire ci-joint, produit par *Le Rempart* and *L'Action*.

Carrefour des femmes du Sud-Ouest de l'Ontario, Windsor-Essex-Kent, 519 800-7358 / Sarnia-Lambton-Woodstock, 519 858-0954 / bienvenue@carrefourfemmes.on.ca / www.carrefourfemmes.on.ca

Centre francophone pour immigrants de Windsor-Essex, 519 256-0283

Clinique juridique bilingue Windsor/Essex, 519 253-3526, www.bilinguallegalclinic.com

Club Alouette, 519 945-1189, contact@clubalouette.ca, www.clubalouette.ca

Club Richelieu Windsor, 519 948-5545, trinshed@gmail.com, www.clubrichelieuwindsor.org

Collège Boréal, Windsor, 519 948-6019, www.collegeboreal.ca

Conseil scolaire catholique Providence, 519 948-9227, www.csdecso.on.ca

Conseil scolaire Viamonde, 1 888 583-5383, www.csviamonde.ca

Employment Options Emploi, 519 988-1766, www.employmentoptionsemploi.ca

Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest, 519 948-1515, www.entite1.ca

Le Rempart, 519 948-4139, info@lerempart.ca ou marketing@altomedia.ca, www.lerempart.ca

Place du partage, 519 988-0090, infoplacedupartage@bellnet.ca, www.placedupartage.ca

Réseau des femmes du Sud-Ouest de l'Ontario, Sarnia, 519 332-8897 / Windsor, 519 946-3029 / Essex et Kent, 1 888 946-3029 / rdfso@bellnet.ca

Résidence Richelieu, 519 974-6436, lrr@mnsi.net

Ressources francophones dans le RLISS du Sud-Ouest¹

Centres communautaires et culturels

Centre communautaire régional de London (CCRL), London, 519 673-1977, www.ccrldon.on.ca

Garderies

La ribambelle – La Tamise, Ridgewood, Saint-Jean-de-Brébeuf, Sainte-Jeanne-d'Arc, Marie-Curie et Frère-André – London, 519 472-2334 ou 1 800 575 0674, www.laribambelle.ca

Centre francophone de la petite enfance, London www.laribambelle.ca

Clubs de l'âge d'or (*pour obtenir le nom et les coordonnées des présidents, communiquer avec la coordonnatrice des services en français du RLISS du Sud-Ouest*)

Cercle des copains, London, 519 472 8897, www.cercledescopains.ca

Autres organismes

ACFO de London-Sarnia, London, 519 850-2236, poste 201, www.acfo-ls.org

AltoMédia (journaux de langue française dans le Centre-Sud-Ouest de l'Ontario), Brampton, 905 790-3229, marketing@altomedia.ca

Carrefour des femmes du Sud-Ouest de l'Ontario, Windsor-Essex-Kent, 519 800-7358 / Sarnia-Lambton-London-Woodstock, 519 858-0954 / 1 888 858-0954 / bienvenue@carrefourfemmes.on.ca / www.carrefourfemmes.on.ca

Centre d'acquisition des compétences et de talents des immigrants francophones de l'Ontario (CACTIFO), London, 519 457-3551, Co.cactifo@gmail.com

Centre canadien de leadership en évaluation - Élargir l'espace francophone (CLÉ), Ottawa 613 747-7021 ou 1 800 372-5508, www.lecle.com

Centre de santé intercommunautaire de London, London, 519 660-0874, www.lihc.on.ca

Collège Boréal, London, Citi Plaza, 519 451-5194, www.collegeboreal.ca

Conseil scolaire catholique Providence, 519 948-9227, www.csdecso.on.ca

Conseil scolaire Viamonde, Toronto, 416 614 0844 ou 1 888 583-5383, www.csviamonde.ca

Employment Options Emploi, 519 672-1562, www.employmentoptionsemploi.ca

¹ Pour d'autres ressources, se reporter au répertoire ci-joint, produit par *Le Rempart* and *L'Action*.

Entité de planification des services de santé en français Érié St. Clair/Sud-Ouest, Windsor, 519 948-1515 / London, 519 850-4309, www.entite1.ca

Fédération africaine canadienne de London et de ses environs, London, www.acfola.ca

Regroupement multiculturel francophone de London (RMFL), London, rmflondon@rogers.com

Réseau des femmes du Sud-Ouest de l'Ontario, Sarnia 519 332-8897 / Windsor 519 946-3029 / Essex et Kent 1 888 946-3029 / rdfo@bellnet.ca

Vanier Children's Services/Centre d'enfance Vanier, London, 519 433-3101, poste 228, www.vanier.com

**RÉSEAUX ET ORGANISMES D'APPUI
SUPPORT NETWORKS AND ORGANIZATIONS**

To help you with your recruiting

Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario

www.rifssso.ca

Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario

www.francoantesud.ca

Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario

www.reseaudumieuxetre.ca

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

www.rssfes.on.ca

Local Health Integration Network (LHIN)

www.lhins.on.ca

Société Santé en français

www.santefrancais.ca

Health Nexus Santé

http://www.healthnexus.ca/index_eng.php

CNFS Consortium national de formation en santé

<http://cnfs.net/fr/>

Online Advertising

Organizations in Ontario offering online jobs postings.

Cliquez santé

www.cliquezsante.ca/offres

(click on Insérez un nouvel emploi)

Assemblée de la francophonie de l'Ontario

www.monassemblee.ca/fr/Offres_Demploi_Au_Sein_Du_Reseau_Francoontarien_34

(send email and job offers to comm1@monassemblee.ca)

Centre francophone de Toronto

www.centrefranco.org/jobs

(click on Ajouter une offre d'emploi)

FrancoService. Info

www.franco-service.info

(you must become a member to be able to post an ad)

French Language Health Services Network of Eastern Ontario

www.rssf.on.ca/section.php?ID=8&Lang=En&Nav=Section

(click on clicking here)

Grand Toronto.ca

www.grandtoronto.ca/offresdemploi/?recherche=go

(you must become a member to be able to post an ad)

Health Nexus santé

www.leblocnotes.ca/taxonomy/term/85

(send email and job offers to info.nexussante.ca)

Le réseau du mieux-être francophone du nord de l'Ontario

www.reseaudumieuxetre.ca/index.cfm?Voir=menu&Repertoire_No=2137985358&M=3411

(send email and job offers to info@rmefno.ca)

Page 2 of 2

Société Santé en français

http://santefrancais.ca/index.cfm?Repertoire_No=-661868150&Voir=menu&M=2774

(send email and job offers to a.desilets@santefrancais.ca)

TFO Télévision française de l'Ontario

www.facebook.com/TFOGroupeMedia?sk=app_202980683107053

(you must have a facebook login click on New topic)

Universités et collèges bilingues ou de langue française en Ontario **Bilingual or French-language universities and colleges in Ontario**

To help you with your recruiting

La Cité collégiale

www.cnfs.lacite.on.ca

Collège Boréal

www.collegeboreal.ca/programmes-cours/cnfs/

Université Laurentienne

www.cfnslaurentienne.ca

Université d'Ottawa

www.cnfs.ca/uottawa

Collège Glendon de l'Université York

www.glendon.yorku.ca/francais/index.html

Université de Hearst

<http://www.uhearst.ca/>

Université St-Paul

www.ustpaul.ca/

Collège d'Alfred de l'Université de Guelph

www.alfredc.uoguelph.ca/

École de médecine du Nord de l'Ontario (Affaires francophones)

www.nosm.ca/communities/francophone_affairs/general.aspx?id=3844

Les médias francophones de l'Ontario par régions

French media per regions in Ontario

To help with your job posting

Journaux/ Newspapers

L'Association de la presse francophone (APF)

Network of Canadian French-Language Newspapers

apf@apf.ca

www.apf.ca

CENTRE SUD-OUEST DE L'ONTARIO/CENTER SOUTHWEST ONTARIO

Journaux/Newspapers

L'Action (London)

journaliste@laction.ca

www.laction.ca

Le Goût de vivre (Penetanguishne)

legoutdevivre@bellnet.ca

<http://journaux.apf.ca/legoutdevivre>

Journal Canora

canoraaa@on.aibn.com

www.canoraaa.com

Le Métropolitain (Durham, Halton and York, Brampton, Toronto, Markham, Mississauga, Newmarket, Oshawa, Pickering, Whitby)

info@lemetropolitain.com

www.lemetropolitain.com

Le Régional (Brantford, Burlington, Cambridge, Fort Erie, Guelph, Hamilton, Kitchener, London, Niagara Falls, Oakville, Port Colborne, Welland, St Catherines)

info@leregional.com

www.leregional.com

L'Express de Toronto

express@lexpress.to

www.lexpress.to

Page 2 of 3

Le Rempart (Windsor)
info@lerempart.ca
www.lerempart.ca

La Tribune de Toronto
latribune@cedap.ca

NORD DE L'ONTARIO/ NORTHERN ONTARIO

Journaux/Newspapers

L'Ours Noir (Cochrane)
www.cochranetimespost.com

Le Nord (Hearst)
lenord@lenord.on.ca
www.lenord.on.ca

L'Horizon (Kapuskasing)
newseditor@kapuskasingtimes.com

Le/The Weekender (Kapuskasing)
newseditor@kapuskasingtimes.com

Tribune (Sturgeon Falls)
tribune@westnipissing.com

Le Voyageur (Sudbury)
levoyageur@levoyageur.ca
www.levoyageur.ca

Les Nouvelles (Timmins)
lesnouvelles@thedailypress.ca
www.lesnouvellestimmins.com

EST DE L'ONTARIO/ EASTERN ONTARIO

Journaux/Newspapers

Le Journal de Cornwall
www.lejournaldecornwall.ca

Agricom (Clarence Creek)

Page 3 of 3

agricom@lavoieagricole.ca
www.lavoieagricole.ca

La Nouvelle (Embrun)
www.journallanouvelle.ca

Le Reflet de Prescott-Russell (Embrun)
info@lereflet.com
www.lereflet.com

La Tribune Express (Hawkesbury)
nouvelles@eap.on.ca
www.tribune-express.ca

Le Carillon (Hawkesbury)
nouvelles@eap.on.ca
www.lecarillon.ca

Le/The Regional (Hawkesbury)
regional@hawk.igs.net

Le Droit (Ottawa) – Daily
editorial@ledroit.com
nouvelles@ledroit.com

L'Express d'Orléans (Orléans, Gloucester)
www.expressottawa.ca

Vision Prescott-Russell (Rockland)
vision@eap.on.ca
www.visionrockland.ca

Voir Gatineau/Ottawa
info@gatineau.voir.ca
www.voir.ca



Regroupement des intervenantes
et intervenants francophones
en santé et en services sociaux de l'Ontario

www.rifssso.ca

Qui sommes-nous

Le Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario est un organisme sans but lucratif qui regroupe les intervenants francophones qui œuvrent dans les domaines de la santé et des services sociaux. Il vise à développer et à soutenir le leadership professionnel de ses membres et ce, en leur offrant une variété d'activités telles que la formation continue, le réseautage et autres. De plus, par différentes démarches, le Rifssso a sensibilisé les instances gouvernementales aux divers enjeux que rencontrent les intervenants francophones dans ce domaine. Pour en savoir plus sur les activités du Rifssso, consultez notre site web à www.rifssso.ca.

Notre vision

Contribuer à améliorer l'accès, la qualité et la prestation des services dans les domaines de la santé et des services sociaux en français, en Ontario.

Notre mission

Le Rifssso est un réseau grandissant d'intervenantes et d'intervenants en santé et en services sociaux qui vise à développer et à soutenir le leadership professionnel de ses membres.

Projets pilotés par le Rifssso

Carrières en santé et en services sociaux. Ses différentes activités permettent de sensibiliser les jeunes Francophones de l'Ontario au sujet des carrières disponibles dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cliquezsanté.ca Site web permettant de trouver facilement un professionnel ou un service dans le domaine de la santé et des services sociaux en français en Ontario. Donne accès aux demandes et offres d'emplois disponibles.

Esanté-Ontario. Offre de la formation continue de qualité, par vidéoconférences, téléconférences ou en face à face, avec des experts de renom. Permet le développement des compétences professionnelles. Le réseau facilite le partage de connaissances des intervenants et des experts.

cliqueez

sante.ca

Pour trouver en français... en santé
et services sociaux... en Ontario !

Qui s'en sert, pourquoi et comment

Individus

Besoin de soins ?

- Trouvez un professionnel qui offre des soins de santé ou services sociaux en français.
- Identifiez un programme ou un organisme de santé ou de services sociaux dans votre région apte à vous desservir en français.

Professionnels

Besoin d'échanger et de savoir ?

- Faites partie d'un réseau de professionnels francophones.
- Tenez-vous au courant des derniers développements (e-bulletin).
- Découvrez des possibilités en matière d'emplois.

Gestionnaires ou fournisseurs de services

Besoin de faire savoir ?

- Faites la promotion de vos services en français.
- Référez un client francophone à un collègue ou à un organisme offrant des services en français dans votre région.
- Annoncez gratuitement vos offres d'emploi.



CLIQUEZSANTÉ.CA
est un projet du *Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario* (Rifssso).

Par l'entremise de cette initiative, le Rifssso contribue à faciliter l'accès aux services de la santé et aux services sociaux disponibles en français partout en Ontario.

Pour information,
communiquez avec le Rifssso :
416-968-6759 ou
1-800-265-4399 sans frais.

Ou envoyez un courriel à
info@rifssso.ca

Évaluation de la trousse et commentaires

Évaluation de la trousse et commentaires

Nom de l'organisme : _____

Nom du répondant : _____

Courriel : _____

Pour chacune des 16 questions ci-dessous, placez un X dans la case qui correspond le mieux à votre réponse.

Comment évalueriez-vous la trousse	Médiocre	Modérée	Très bonne	Excellente
Utilité				
Apparence				
Facilité d'utilisation				
Qualité				

L'information fournie sur les sujets suivants est-elle claire	Pas claire du tout	Floue	Claire	Très claire
La communauté francophone				
L'offre active de services en français				
Les quatre principaux domaines de résultats définis par le ministère				
Vos obligations, à titre de fournisseur de services de santé				
lignesanté.ca				

Verso ►

Allez-vous utiliser ces outils	Je ne l'utiliserai pas	Je l'utiliserai peut-être	Je l'utiliserai certainement	Sans objet
Articles promotionnels pour créer une offre active de services en français (macarons, lanières, affiches)				
Feuilles de renseignements sur l'offre active				
Outil d'auto-évaluation - Mise en œuvre des services en français				
Sondage auprès des employés - Connaissance du français				
Plan de mise en œuvre des services en français				
Plan de ressources humaines				
Outil d'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé				

Comment les ressources pourraient-elles être plus utiles ?

Autres commentaires :

Merci de transmettre cette évaluation à votre coordonnatrice des services en français.

Pour Érié St. Clair, Marthe Dumont

180 Riverview Drive

Chatham ON N7M 5Z8

Marthe.Dumont@lhins.on.ca.

Pour le Sud-Ouest, Suzy Doucet Simard

201, avenue Queens, bureau 700

London ON N6A 1J1

Suzy.Doucet_Simard@lhins.on.ca.