



Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario

R R A S F O

L'offre active de services de santé en français en Ontario: Une mesure d'équité

**Rapport préparé pour le Bureau des services en français du Ministère de la
Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2011**

Louise Bouchard, Marielle Beaulieu, Martin Desmeules



Université d'Ottawa
2011

Cette recherche a été effectuée dans le cadre de l'entente Canada-Ontario pour les services en français pour le Bureau des services de santé en français du Ministère de la santé et des soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. Elle a pour but de mieux appréhender le concept de l'offre active de services et d'envisager les conditions de sa mise en œuvre dans le contexte actuel de la réforme de la santé.

L'étude a été dirigée par Louise Bouchard, co-directrice du Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO), professeure à l'Université d'Ottawa, avec la contribution de Marielle Beaulieu et de Martin Desmeules à la recherche et à la rédaction et d'un comité d'orientation composé de Marie-Hélène Chomienne (co-directrice RRASFO, Hôpital Montfort), Jacinthe Desaulniers, Isabelle Morin et Ginette Leblanc (Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, RSSFE) et Nicole Lafrenière-Davis, coordonnatrice aux services en français, Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) Champlain.

L'étude a été approuvée par le comité de déontologie de l'Université d'Ottawa.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier chaleureusement les coordonnateurs des services de santé en français des Réseaux locaux d'intégration du système de santé (RLISS) qui ont accepté de participer à notre étude. Nous remercions également l'entente Canada-Ontario pour les services en français pour son appui financier.

NOTE : Dans le présent document, les termes génériques sont employés pour désigner le féminin et le masculin.

Table des matières

	page
Sommaire	5
1. Éléments de problématique	8
1.1 La situation minoritaire et ses effets sur le développement des communautés	8
1.2 La réforme de la santé de l'Ontario et la création des RLISS	9
1.3 L'équité en santé : égalité de statut, égalité de traitement	10
2. Objectifs de la recherche	12
3. Méthodologie	12
4. Résultats	15
4.1 Une définition consensuelle et opérationnelle de l'offre active	15
4.2 L'offre active de SEF : une alternative à l'offre «là où le nombre le permet»	17
4.3 Un plan de communication et de sensibilisation aux SEF	18
4.4 L'imputabilité et la responsabilisation du ministère	20
4.5 Les fournisseurs de services et soins de santé en français	22
4.5.1 Développement des ressources humaines	23
4.5.2 Établissement d'un protocole d'accueil	24
4.5.3 Identification des francophones	25
4.5.4 Formation culturelle et linguistique	25
4.6 Des outils pour une offre active de services de santé en français	27
4.6.1 Outils de communication	27
4.6.2 Outils de gestion	28
4.6.3 Outils de formation	28
5. Conclusions et recommandations pour une offre active de services de santé en français en Ontario	30
Bibliographie	32
Annexe A : Chronologie des services de santé en français	34
Annexe B: Éléments de contexte	35
B.1 <i>Loi sur les services en français</i> (loi 8)	
B.2 Réforme de la santé en Ontario (loi 36)	
B.3 Entités de planification des services en français	
Annexe C : Questionnaire d'enquête	40
Annexe D : Atelier de cartographie conceptuelle	43
D.1 Résultats	

Liste des acronymes et sigles

CCSSF :	Conseil consultatif des services de santé en français
CDSS :	Commission des déterminants sociaux de la santé
CLOSM :	Communauté de langue officielle en situation minoritaire
CNFS :	Consortium national de formation en santé
CSF :	Commissariat aux services en français
FCFA :	Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada
FLAC :	Formation linguistique et d'adaptation culturelle
FLS :	<i>French Language Services</i>
LISSL :	Loi sur l'intégration du système de santé local
LSF :	Loi sur les services en français
MSSLD :	Ministère de la santé et des soins de longue durée
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OPS :	<i>Ontario Public Services</i>
RIFSSSO :	Régroupement des intervenantes et des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario
RISF :	Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation minoritaire au Canada
RLISS :	Réseau local d'intégration des services de santé
RRASFO :	Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario
RSSF :	Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario
SEF :	Services en français

Sommaire

Le présent rapport fait état d'une première étape d'une recherche sur l'offre active de services en français (SEF) en Ontario. L'étude a été effectuée dans le cadre de l'entente Canada-Ontario sur les services en français pour le Bureau des services de santé en français du MSSLD. Elle a pour objectifs de recenser les définitions de l'offre active de SEF; d'identifier les pratiques d'offre active (facilitateurs et/ou obstacles); d'identifier les indicateurs de mesure de l'offre active; de proposer des recommandations permettant d'améliorer l'offre active de SEF.

En raison des limites imparties en terme de temps et de moyens, cette étude s'est limitée à préciser les pourtours du concept d'offre active et de ses modalités d'application, en privilégiant: a) une revue documentaire; b) une enquête auprès du premier groupe de professionnels attitrés à la fonction de coordination régionale des services de santé en français, les coordonnateurs aux SEF des actuels RLISS, au moyen d'un questionnaire auto-administré et c) un atelier de cartographie conceptuelle, une méthode de recherche participative.

L'étude n'a pas la prétention de brosser le portrait global de la situation des services de santé en français, ni d'évaluer les politiques antérieurement adoptées telle que la désignation des SEF, non plus que de faire office de consultation générale sur le thème.

Cette première étape de recherche sur l'offre active, ses méthodes et ses outils, démontre qu'il s'agit là d'un concept clé en matière de services de santé en français qui peut contrer les effets de la minorisation des francophones et améliorer les services en français. Les données obtenues, par les différentes étapes de recherche présentées dans ce document, indiquent que les coordonnateurs de services en français des RLISS comprennent bien la notion de l'offre active et qu'ils y voient un complément direct à une implantation plus active des services en français et de la désignation.

De plus, la réforme sur les services de santé de 2006 (Loi 36) met en évidence l'importance des réseaux locaux et de l'intégration du système de santé à l'échelle des communautés pour mieux répondre à leurs besoins et assurer la durabilité du système de santé et de soins. Cette nouvelle philosophie incite à rapprocher les systèmes de santé des populations contrairement à l'approche précédente qui était d'amener les populations vers les systèmes de santé. De surcroît, en vertu de sa Loi, le ministère de la santé doit aussi respecter les exigences de la Loi sur les services en français lorsqu'il dessert les collectivités francophones. Pour sa part, le Commissaire des services en français évoque l'absolue nécessité d'améliorer et de légiférer la communication en français. L'entrée en vigueur en juillet 2010 du Règlement sur la prestation des services en français par les tierces parties pour le compte de ministères et organismes gouvernementaux obligera désormais les organismes qui offrent des services au nom de la province à le faire en français. Le concept d'offre active devient ainsi une mesure d'équité et l'outil d'un changement de culture souhaité faisant en sorte que la prestation de services en français est bien réelle et ce dans le continuum des soins.

Ces derniers événements conjugués avec les fruits de notre recherche mettent en évidence le rôle du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de leadership ainsi que celui des RLISS et des fournisseurs de services en ce qui a trait à leur imputabilité en matière de services en français. Sans cadre de responsabilisation engageant ces acteurs de premier plan, il sera difficile, voire impossible, d'assurer l'implantation de l'offre active sachant que celle-ci peut contribuer à assurer des services de santé en français de qualité. Un important travail de planification des services de santé en français a été amorcé et le gouvernement de l'Ontario est responsable d'assurer des services en français ainsi que la communication dans cette langue. L'intérêt démontré par le MSSLD pour assurer des services en français de qualité pave la voie vers de plus amples études et documentations sur la question de l'offre active. Les acteurs sur le terrain que sont les équipes des RLISS, les nouvelles entités de planification des services de santé en français, les fournisseurs de services et la population francophone doivent mettre l'épaule à la roue pour assurer de meilleurs services en français; cette collaboration émergente requiert une compréhension commune de l'offre active, une documentation plus importante quant aux outils et aux bonnes pratiques ainsi qu'un plan de communication.

Afin de donner suite aux efforts entrepris jusqu'à maintenant pour assurer les droits constitutionnels du français en Ontario, nous proposons les recommandations suivantes :

RECOMMANDATION 1 : *Pour une définition opérationnelle de l'offre active*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée se dote d'une définition de l'offre active pour la santé en français et que celle-ci prenne en compte les critères suivants : offre proactive sans demande; visibilité, disponibilité et qualité; équité; approche centrée sur le client; accessibilité à l'ensemble des services de santé dans un continuum de soins.

RECOMMANDATION 2 : *Pour un plan de communication de l'offre active*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée élabore et mette en œuvre, selon les Directives sur les communications en français, un plan de communication visant à faire connaître le droit à des services de santé en français ainsi qu'à sensibiliser et informer la population et les intervenants en santé sur le concept de l'offre active et ses implications.

RECOMMANDATION 3 : *Pour une imputabilité du système à l'égard des SEF*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée établisse une filière d'imputabilité du système (gouvernement de l'Ontario, MSSLD, RLISS) à l'égard des SEF et de l'offre active comprenant des mesures d'évaluation de la qualité des services offerts en français dont celle de la satisfaction des francophones à l'égard des services reçus.

RECOMMANDATION 4 : Pour un engagement des fournisseurs à l'égard des SEF

Que les RLISS prévoient et assurent des ententes avec les fournisseurs de services de santé qui les engagent à développer l'offre active de SEF et à mesurer les progrès et l'atteinte des objectifs.

RECOMMANDATION 5 : Pour des outils et des pratiques d'offre active diffusés et partagés.

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée libère des fonds pour assurer la documentation des bonnes pratiques et des outils en matière d'offre active et qu'il en assure l'échange, la diffusion et le partage auprès de tous les intéressés.

1. Éléments de problématique

La population francophone de l'Ontario constitue, selon la définition de Santé Canada, une communauté de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Le statut de groupe en situation minoritaire qui caractérise les francophones peut avoir des conséquences sur leur santé, sur l'accès aux services et en conséquence sur l'équité en santé.

En finançant en 2009 le Réseau de recherche appliquée sur la santé de la population francophone de l'Ontario (RRASFO), le MSSLD reconnaît que la situation des francophones de la province peut avoir un impact sur leur santé et qu'elle mérite d'être mieux comprise et documentée. La présente recherche sur l'offre active de services de santé en français contribue à cet effort de compréhension et de recherche de solutions pour contrer ces inégalités et disparités de santé.

Trois éléments de problématique méritent d'être développés pour mettre en lumière l'importance que revêt le concept d'offre active des SEF aujourd'hui : la situation minoritaire, la réforme de la santé et ses nouvelles obligations et l'équité d'accès aux ressources publiques.

1.1 La situation minoritaire et ses effets sur le développement des communautés

À l'instar de l'auteure Ingrid Roy¹, nous préconisons l'usage de l'expression «groupes en situation minoritaire» au lieu de «minorités» et ce pour marquer le fait que ces derniers font l'objet d'une **minorisation**; un processus par lequel un groupe peut se voir défavorisé sur le plan de l'accès aux ressources. De plus, comme l'auteure le souligne, l'expression *groupes en situation minoritaire* «a l'avantage de ne plus placer le groupe en position d'infériorité par rapport aux autres groupes et met en évidence le fait que **c'est la situation qui crée problème et non le groupe en tant que tel.**»²

Les effets de cette minorisation, à la fois historique, politique et culturelle, ont été bien documentés dans les domaines du droit, de l'éducation et plus récemment dans celui de la santé. Les pratiques d'assimilation à la majorité anglophone ont freiné le déploiement d'institutions fondamentales pour le développement des communautés francophones et ont forcé l'adoption de l'anglais afin d'accéder aux services publics. Le deuxième effet d'importance a été la concentration de la population minoritaire dans des contextes d'éloignement et de plus grande précarité économique, avec pour conséquence une population plus âgée, moins éduquée et plus pauvre. Le concept de minorisation traduit donc le processus par lequel une population est désavantagée sur le plan de son développement. Dans le domaine de la santé, la recherche a clairement mis en lumière le

¹ I. Roy (2006) *Vers un droit de participation des minorités à la vie de l'État?*, Montréal, Wilson & Lafleur. Nous avons par ailleurs étayé cette position dans L. Bouchard et M. Desmeules (à paraître 2011) *Minorisation linguistique et santé au Canada. Les minorités de langue officielle en situation minoritaire sont-elles égales devant la santé?* Montréal, Presses de l'Université du Québec.

² *Ibid.*, p. 22; nous soulignons.

rôle des déterminants sociaux, principalement celui de la position sociale, sur la mauvaise santé, la morbidité et la mortalité précoces.³ Suivant ce cadre d'analyse, nos travaux antérieurs ont montré que les disparités de santé entre anglophones et francophones en Ontario sont avérées.⁴ Le MSSLD a reconnu ces inégalités au niveau de l'état de santé de la minorité linguistique francophone en Ontario et de son accès aux services de santé et est déterminé à définir et mettre en œuvre des mesures pour assurer une équité en santé pour les francophones de la province.

Le système de santé devrait être guidé par un engagement à l'égard de l'équité et [par] un respect de la diversité des collectivités lorsqu'il dessert la population de l'Ontario et respect[er] les exigences de la Loi sur les services en français lorsqu'il dessert les collectivités francophones.⁵

Malgré l'égalité de statut promue par la Loi sur les langues officielles, dans les pratiques, l'égalité de traitement demeure encore un défi à relever. Dans ce contexte, une approche d'offre active systématique des SEF, c'est-à-dire une offre qui précède la demande, pourrait s'avérer une mesure d'équité d'accès aux services envers la population francophone.

1.2 La réforme de la santé de l'Ontario et la création des RLISS

Les constats de l'accroissement des inégalités de santé, de l'accroissement constant des coûts d'une médecine hautement technologique et du rendement même du système quant à l'amélioration de la santé ont insufflé un vent de restructuration des systèmes de santé en faveur d'une vision intégrée des services de santé qui répondent adéquatement aux besoins des communautés. Alors que les systèmes de santé se sont à leur origine structurés autour de l'hôpital et des différentes spécialisations médicales affairées chacune de leur côté à prendre en charge la maladie, les réformes tendent à renverser ce processus pour mieux coordonner les services et remettre le patient, la personne, au centre du système.⁶ L'amélioration de la qualité des soins ainsi que l'utilisation judicieuse des ressources

³ Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (2008) *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS), en ligne : http://www.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf (consulté le 24/02/2011).

⁴ Voir par exemple : L. Bouchard, I. Gaboury, M.-H. Chomienne et I. Gagnon-Arpin (2009-2010) *Profil santé des communautés francophones minoritaires au Canada* (affiches) Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en contexte minoritaire au Canada – RISF, en ligne : <http://www.rasfo.ca/recherche/publications.shtml> (consulté le 02/06/2011).

⁵ MSSLD (2011) *Loi sur l'intégration du système de santé local*, en ligne : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/flhsf/flhs_lhinf.html (consulté le 07/06/2011).

⁶ L'OMS, dans son rapport intitulé *Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais* (2008), Genève, OMS, p. 6, plaide pour «un système de santé qui mette l'individu au centre des soins de santé», s'appuyant notamment sur le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est et Bureau régional du Pacifique occidental (2007) *People are the centre of health care : harmonizing mind and body, people and systems*, Genève, OMS.

constituent les éléments-clés du virage des soins primaires et communautaires comme «pivot et élément-clé du système de santé».⁷

La *Loi 36 sur les réseaux d'intégration des services de santé* (2006), à l'instar des autres réformes de santé au Canada, emprunte aussi cette voie en créant 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour mieux répondre aux besoins de santé des populations et ce à l'échelle de vie des communautés.

Cette réforme de santé offre pour la francophonie minoritaire une opportunité de faire valoir ses droits linguistiques et historiques et l'importance de la langue comme mesure essentielle de la qualité et de l'offre de services. De plus, l'esprit de ces réformes fait valoir l'importance de l'autodétermination et de la participation citoyenne à la définition des besoins et à leur gestion. L'offre active de SEF s'ancre dans la philosophie de la réforme qui est de rapprocher les services de la population, de mieux répondre aux besoins des personnes, des familles et des communautés. De plus, elle met l'accent sur le caractère proactif de l'offre de services plutôt que sur la demande, incluant la prestation effective de services.

Dans ce contexte, la politique antérieure de désignation de services en français «là où le nombre le permet» vient aujourd'hui contredire l'esprit de la réforme de santé. En raison de sa définition restreinte (en termes de masse populationnelle critique) et de son processus (l'organisation doit faire sa demande), la politique de désignation comporte des limites à l'accès véritable aux services de santé pour les francophones. De fait, une telle approche va à l'encontre même des principes d'équité, d'accessibilité et d'égalité soutenus par la *Loi sur les services en français* (LSF) : pour une égalité de statut comme de traitement, l'offre partielle et passive de SEF, davantage axée sur la demande, n'est définitivement pas appropriée.

1.3 L'équité en santé : égalité de statut, égalité de traitement

L'équité en santé, selon la définition proposée par M. Whitehead en 1991, signifie l'impératif de corriger les variations de santé qui sont non seulement inutiles et évitables mais de plus considérées inévitables et injustes.⁸ L'équité dans toutes les politiques apparaît dans les sociétés démocratiques comme la solution pouvant se porter garante de l'épanouissement et de la pleine réalisation de l'individu autant que des peuples. Achever l'équité en santé est donc fondamentalement un processus politique et un engagement envers la justice sociale devant guider l'ensemble des politiques.⁹

⁷ OMS (1978) *Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, tenue à Alma-Ata du 6 au 12 décembre 1978, Genève, OMS; cité par R. J. Romanow (2002) *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, p. 130.

⁸ M. Whitehead (1991) 'The Concepts and Principles of Equity in Health', *Health Promotion International*, vol. 6, no 3: 217-228.

⁹ B. Starfield (2006) 'State of the Art in Research on Equity in Health', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (1): 11-32.

L'équité en santé signifie que les mêmes services, de même qualité et dans les mêmes conditions d'accès soient disponibles à tous, quelque soit leur situation. L'équité en santé est un devoir moral de réduire, voire même d'éliminer, les inégalités sociales de santé. La situation minoritaire, qu'elle soit linguistique et/ou culturelle, recèle comme nous l'avons mentionné des éléments de vulnérabilité auquel le groupe majoritaire n'est pas confronté.

C'est pourquoi la Commission Romanow a élargi la définition de l'accessibilité aux services traditionnellement considérée du point de vue de la durée de l'attente ou de la distance, pour y inclure l'influence de facteurs sociaux et culturels tels que la langue, le sexe, le niveau d'instruction et l'état de santé.¹⁰ Le rapport de la Commission Romanow propose ainsi que Santé Canada soutienne les organisations et les établissements de soins ainsi que les gouvernements provinciaux pour leur permettre de surmonter «l'obstacle linguistique à l'accès aux soins.»¹¹

De son côté le gouvernement de l'Ontario en promulguant sa *Loi sur l'intégration du système de santé local* (LISSL) adopte une approche d'équité en santé et précise dans son préambule «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 et respecte les exigences de la *Loi sur les services en français* lorsqu'il dessert les collectivités francophones.»¹²

L'offre active de SEF devient, dans ce contexte, une mesure de redressement des inégalités en proposant un moyen concret de rapprocher les services de santé des besoins de la population francophone.

L'offre active de services de santé en français représente une **mesure d'équité** propre à assurer le respect de la *Loi sur les services en français* : pour qu'à l'égalité de statut corresponde une égalité de traitement.

¹⁰ Roy J. Romanow (2002) *op. cit.*, p. 170.

¹¹ *Ibid.*, p. 171.

¹² Gouvernement de l'Ontario (2006) *Loi 36 sur l'intégration du système de santé local*, préambule, point f), en ligne : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_0604_f.htm (consulté le 05/03/2011).

2. Objectifs de la recherche

Cette recherche a pour objectifs :

1. de recenser les définitions de l'offre active de SEF
2. d'identifier les pratiques d'offre active (facilitateurs et/ou obstacles)
3. d'identifier les indicateurs de mesure
4. de proposer des recommandations permettant d'améliorer l'offre active de SEF.

Le gouvernement de l'Ontario s'est dit disposé à une approche d'offre active de services en français : «[l]e gouvernement convient [...] que l'offre active de services en français est essentielle pour assurer que les ministères respectent l'esprit de la *Loi sur les services en français*.»¹³ Aussi, plus spécifiquement, «[l]e gouvernement de l'Ontario est d'accord avec le principe de l'offre active qui consiste à créer un environnement propice à recevoir ses services en français, que ce soit au téléphone, en personne, en ligne ou autrement.»¹⁴

La création récente d'un organisme-conseil de *Qualité des services de santé Ontario* montre le souci que le gouvernement a d'assurer la qualité et l'équité d'accès aux services de santé.

Nous voulons par cette étude contribuer non seulement au respect des droits de la minorité de langue officielle, mais aussi mettre en lumière les modalités de leur mise en œuvre en ce qui a trait aux services de santé dans la langue minoritaire, dans le contexte des engagements du Ministère de la santé à l'égard du bien-être et de la santé de ses populations.

3. Méthodologie

En raison des limites imparties en terme de temps et de moyens, cette étude s'est limitée à préciser les pourtours du concept d'offre active et de ses modalités d'application, en privilégiant a) une revue documentaire; b) une enquête auprès du premier groupe de professionnels attitrés à la fonction de coordination régionale des services de santé en français : les coordonnateurs aux SEF des actuels RLIS, au moyen d'un questionnaire auto-administré et c) d'un atelier de cartographie conceptuelle, une méthode de recherche participative.

Cette étude n'a pas la prétention de brosser le portrait global de la situation des services de santé en français, ni d'évaluer les politiques antérieurement adoptées telle que la désignation des SEF, non plus que de faire office de consultation générale sur le thème.

¹³ CSF (2011) *Rapport 2010-2011 : Un engagement partagé*, en ligne : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/files/CSF-rapport-annuel-2010-2011> (consulté le 02/06/2011), p. 55.

¹⁴ *Ibid.*, p. 41.

a. Revue documentaire

Cette première étape a permis de retracer l'historique des événements concernant les cadres politiques et juridiques des SEF. Les principaux résultats de cette revue documentaire sont présentés en annexes A et B (Chronologie des SEF et Éléments de contexte). Puis, nous avons recensé la documentation produite jusqu'à ce jour sur les SEF et l'offre active afin d'en extraire les définitions et cadres opérationnels qui semblent émerger. Les éléments de cette revue documentaire sont intégrés aux analyses du rapport.

Au premier chef, mentionnons l'importante contribution documentaire du Commissariat aux services en français (CSF) de l'Ontario quant à l'offre active de SEF. Ce thème traverse les nombreux rapports du commissaire qui reconnaît les promesses d'une telle approche pour l'amélioration des services de santé aux francophones et, ultimement, pour le respect des cadres législatifs des services publics en français.

Aussi, nous avons profité de l'apport de différents documents produits par des instances gouvernementales ontariennes, dont l'Office des affaires francophones de l'Ontario, principalement de leur *Practical Guide for the Active Offer of French-language Services in the Ontario Government* (2008), et d'un document produit par les Services publics de l'Ontario, *Framework for Action : A Modern Public Service* (2006). Ces deux documents ont contribué à affiner la définition du concept de même qu'à identifier des outils susceptibles d'assurer l'adoption d'une telle approche.

Finalement, l'apport de différents documents récents réalisés grâce aux contributions du Consortium national de formation en santé (CNFS) est à souligner, à savoir *L'offre active de services de santé de qualité en français : une question de sécurité, de légitimité et d'éthique* (2011) et *Formation linguistique, adaptation culturelle et services de santé en français* (2010). Ces documents représentent d'importantes contributions concernant les outils à développer et les approches à adopter pour assurer une offre active de services de santé en français.

b. Questionnaire auto-administré

Le questionnaire avait pour but de rechercher les points de vue individuels des coordonnateurs sur les SEF sur les enjeux liés aux SEF : l'offre et la demande, l'offre active, les fournisseurs et finalement leurs responsabilités et rôles dans l'offre active de services. Le questionnaire d'une quinzaine de questions, divisé en cinq sections, a été envoyé aux coordonnateurs le 15 mars 2011 et prenait environ deux heures à compléter. Le questionnaire est présenté à l'annexe C.

c. Cartographie conceptuelle

La cartographie conceptuelle est une méthode de recherche participative permettant de révéler les représentations que se font un groupe d'acteurs d'un sujet donné. Pour ce faire, nous avons réuni les coordonnateurs à un atelier de travail d'une durée d'une journée. Le but est, à partir d'un énoncé maître, de générer le maximum d'idées ou de dimensions qui peuvent y être reliées. Cet énoncé maître se formulait ainsi : «Quand je pense à l'offre active de services de santé en français, je pense...»

L'exercice a permis la formulation de cent dix-sept (117) énoncés classés en neuf (9) regroupements – ou grappes – thématiques, formés et nommés par les participants et illustrant ainsi la structure conceptuelle du problème de l'offre active des SEF. Les concepts ainsi ressortis sont ceux de : la responsabilisation vis-à-vis des SEF; l'accessibilité des SEF; l'intégration des SEF; l'identification de la population francophone; la sensibilisation aux SEF; les défis de l'offre et de la demande; l'engagement de la communauté; les ressources humaines; le financement et les incitatifs.

Les résultats de l'atelier sont détaillés en annexe D.

4. Les résultats

Les résultats ici présentés émanent des différentes méthodes d'enquête ci-haut mentionnées. On y retrouve ainsi des éléments tirés de la revue documentaire, du questionnaire auto-administré et de l'atelier de cartographie conceptuelle avec les coordonnateurs aux SEF des RLIS. Les énoncés produits dans le cadre de l'atelier servent de matériaux qualitatifs représentant le discours des participants. La référence de chacun des énoncés utilisés est indiquée entre parenthèses, d'abord par le numéro de grappe suivi du numéro de l'énoncé, et correspondent aux résultats présentés en annexe D.

4.1 Une définition consensuelle et opérationnelle de l'offre active

Au premier abord, l'offre active peut être considérée comme une invitation, verbale et/ou écrite, à s'exprimer dans la langue officielle de son choix. L'offre de parler dans la langue officielle de son choix doit précéder la demande de services.

Pour qu'il y ait offre active, il faut que l'offre soit visible, audible, accessible (par la parole) et évidente (grappe 2; énoncé 26) et que l'accueil et les services aux francophones soient automatiques, comme un réflexe, sans délai (2; 30).

Ce premier aspect insiste sur le caractère visible et audible de l'offre qui précède la demande et la suscite. Un bon exemple d'une définition soulignant ces aspects est celui de la définition proposée par le Commissariat aux services en français (CSF) de l'Ontario :

Essentiellement, le concept de l'offre active est une indication claire aux citoyens que, peu importe où ils se trouvent, ils peuvent recevoir des services en français puisque le nom de l'établissement ainsi que toutes les affiches, pancartes, dépliants, documents, etc., sont soit bilingues, soit offerts visuellement en anglais et en français. De plus, le personnel au comptoir ou au téléphone offre activement, dès la première interaction, un service dans ces deux langues. En somme, il s'agit de créer un environnement qui suscite la demande et anticipe les besoins spécifiques des francophones et de leur communauté.¹⁵

Ces aspects de visibilité, d'accessibilité et de disponibilité des services en langue minoritaire sont intimement liés aux besoins d'outils (pancartes, affiches, dépliants, etc.), de traduction et de professionnels bilingues. Ces aspects sont évidemment importants mais ne fournissent pas une définition complète du concept, notamment en éludant l'aspect de la *livraison* de SEF, au-delà de la seule invitation verbale ou écrite.

Dans ce sens, il apparaît opportun d'insister sur les aspects de livraison effective et de qualité des services de santé en langue minoritaire. L'offre active inclut aussi la capacité de livrer la marchandise en français (2; 38).

¹⁵ CSF (2010) *Rapport 2009-2010 : L'accès aux solutions*, en ligne : <http://www.flsc.gov.on.ca/files/files/FLSC-AnnualReport2010-Web-21mai.pdf> (consulté le 11/01/2011), p. 11.

À ce chapitre, la définition proposée dès 2006 par les Services publics de l'Ontario et reprise par l'Office des affaires francophones de l'Ontario en 2008 complète bien les premiers éléments jusqu'ici identifiés :

«The OPS [Ontario Public Services] Framework for Action: A Modern Ontario Public Service, released in 2006, speaks of an 'active offer' as follows :

'High quality modern public services also include an active offer and delivery of French-language services to Ontario's Francophone community. The OPS is effective in fulfilling its responsibilities under the FLS [French Language Services] Act when Francophone members of the public are informed about available services in French, have access to these services and are satisfied with the quality of these services.'¹⁶

En fait, non seulement faut-il offrir activement les services en français mais il faut s'assurer que leur accessibilité et leur prestation soient de qualité équivalente aux services en anglais (2; 16).

Pour nos répondants, la question de l'accessibilité est une dimension-clé de l'offre active. Elle constitue le deuxième regroupement conceptuel en importance après la dimension de la responsabilisation. On y mentionne que les SEF doivent être offerts automatiquement, sans délai, comme un réflexe (2; 30); qu'ils soient disponibles tout au long du parcours du patient depuis l'admission (2; 34); et dans tout le continuum de soins (2; 14). On souhaite que les services en français soient accessibles de la même manière et dans les mêmes délais que les services en langue majoritaire (2; 16). Ainsi, l'offre active de SEF est considérée comme une bonne pratique, la bonne chose à faire (2; 57), voire même la solution au problème de l'accès (2; 37) et qui de surcroît met le client au centre de l'intervention (2; 17) telles qu'énoncées dans les priorités du ministère de la santé.

De l'avis des répondants, certaines pratiques, souvent parce que incomplètes, représentent un frein à l'accessibilité et à la qualité des SEF en santé. Pour plusieurs d'entre eux, le lien entre qualité de la langue et qualité des services de santé est clair; ils soulignent ainsi les impacts négatifs d'une couverture de SEF incomplète et/ou de qualité moyenne sur la qualité des soins et des services. On mentionne à ce titre les limites des traducteurs automatisés, tels *Google translate* ou *Pocket translate*, pour assurer la qualité des services aux francophones.

En conclusion, les coordonnateurs aux SEF des RLISS témoignent de manière évidente de leur intérêt à développer l'offre active pour assurer une meilleure accessibilité et une qualité optimale des services de santé aux francophones. Il s'agit dans ce sens de donner aux SEF la place qui leur revient quant à la qualité et à l'équité des soins (3; 75), mieux encore de les considérer comme tout service public essentiel (3; 66)

La définition proposée par l'Office des affaires francophones insiste également sur l'environnement, le cadre d'une offre de services véritablement active :

¹⁶ Office des affaires francophones (2008). *Practical Guide for the Active Offer of French-language Services in the Ontario Government*, Gouvernement de l'Ontario, avril 2008, p. 3.

«According to the Office of Francophone Affairs, an active offer of FLS is provided in the context of planned activities that are : results-oriented, integrated into an agency's overall service delivery model, proactive, the result of a dialogue with the population served, a reflection of the needs of the population, and in place for the life-cycle of the service or initiative. It is important to underline that active offer is just that – it is offered by the agency staff; the onus is not on the member of the public to request services in French.»¹⁷

Dans les résultats de notre enquête, que ce soit dans les réponses au questionnaire recueillies ou dans les résultats de l'atelier de cartographie conceptuelle, toutes les composantes essentielles de l'offre active sont intégrées et étayées. Nous en déduisons que les coordonnateurs aux SEF des RLSS connaissent très bien ce concept et qu'ils sont en mesure de le promouvoir et de l'intégrer au sein de leur planification des SEF.

Pour faciliter la compréhension de tous les acteurs et intervenants en santé du concept et de l'approche de l'offre active, nous proposons que le Ministère de la santé et des soins de longue durée (MSSLD) se dote d'une définition opérationnelle de l'offre active pour la santé en français. Cette définition devra faire l'objet d'un consensus entre les divers intervenants en santé, la population visée de même qu'avec le Commissaire sur les services en français. Elle devra aussi être adoptée par les RLSS qui ont la responsabilité de planifier les services en français requis dans les communautés ontariennes.

RECOMMANDATION 1 : *Pour une définition opérationnelle de l'offre active*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée se dote d'une définition de l'offre active pour la santé en français et que celle-ci prenne en compte les critères suivants : offre proactive sans demande; visibilité, disponibilité et qualité; équité; approche centrée sur le client; accessibilité à l'ensemble des services de santé dans le continuum de soins.

4.2 L'offre active de SEF : une alternative à l'offre «là où le nombre le permet»

Les participants à notre enquête ont bien relevé le problème relié à l'offre de services basé sur la demande et considèrent que dans une situation minoritaire, c'est plutôt le fait d'offrir les services en français qui pourra stimuler la demande (6; 65). Ainsi l'offre active est vue comme une alternative qui ne doit plus se justifier par la masse critique de francophones (6; 56). Pour eux, une offre véritablement active doit être automatique (2; 47) et le fournisseur de SEF doit être proactif (3; 1) en offrant les services en français, nonobstant la demande. Ils perçoivent par ailleurs qu'il s'agit d'un rêve des communautés francophones (6; 9) car les SEF ne sont pas considérés comme une priorité dans le système de santé (6; 71).

¹⁷ MSSLD (2008). *Health Services Providers. French Language Services. Accountability Report and Implementation Plan*, p. 23.

Conscients que de nombreux organismes se justifient de ne pas offrir les SEF en raison de la faible ou de l'absence de demande, les coordonnateurs SEF plaident pour un changement de vision de l'offre de services basée sur la demande ou le nombre, par l'adoption d'une approche d'offre active de services de santé en français intégrée à part entière dans le système de santé. En bref, tous les services de santé doivent être disponibles dans les deux langues officielles (3; 48) en raison de l'égalité de leur statut (3; 49).

En l'état actuel, les répondants jugent que l'offre de SEF *très faible*, voire même *inexistante* dans certaines régions. Quant à l'offre active, elle est perçue comme étant plutôt rare (6; 8). Du côté de la demande, les résultats de l'enquête montrent que les coordonnateurs des SEF l'évaluent comme *importante*.

4.3 Un plan de communication et de sensibilisation aux SEF

L'offre active de SEF, comme nouvelle vision des services publics essentiels et parfaitement intégrés au système de santé, exige un plan de communication et de sensibilisation autant au niveau du politique, des organisations que de la communauté (1; 95). L'offre active de SEF doit être proactive non seulement dans le cadre de la livraison d'un soin ou d'un service mais également dans le système de santé dans son ensemble : le concept doit être défini, diffusé et connu pour être effectif.

L'esprit général présidant à la communication de l'offre active de SEF est celui qui place le client au centre de l'intervention : «the onus is not on the member of the public to request services in French.»¹⁸ Il y a donc offre active lorsque l'organisme démontre et communique de toutes les façons possibles à la communauté et au client qui se présente à ses portes qu'il a la capacité d'offrir des services en français de qualité : par l'affichage, par la documentation disponible et par la présence de ressources humaines aptes à desservir les clients francophones. Une offre active implique que l'organisme offre le service plutôt que d'attendre que le client en fasse la demande et que les intervenants identifient les besoins du client quant à la langue de service et s'assurent que les services sont bel et bien livrés.

Le caractère proactif est à ce titre répété par les coordonnateurs : il y a offre active lorsque c'est évident pour les francophones que les services sont disponibles dans leur langue (2; 20) notamment par l'affichage et la présence de documentation en français. De plus, il s'avère nécessaire de faire connaître aux communautés francophones l'existence des SEF et promouvoir leur utilisation (7; 79).

Cet exercice de communication ne s'arrête toutefois pas aux communautés francophones. Il y a effectivement intérêt à ce que toute la population ontarienne, et au premier chef les intervenants en santé, comprenne les cadres de l'offre active de services de santé en français. Il faut informer les anglophones pour qu'ils sachent que les SEF sont un droit, même pour les francophones bilingues (5; 52). Ce pourrait être un moyen également de

¹⁸ MSSLD (2008), *op. cit.* Voir aussi 2; 17.

contrer de possibles attitudes réfractaires quant aux SEF par la majorité anglophone (6; 25).

Enfin, il importe que le concept d'offre active des SEF fasse partie des politiques des organismes (3; 92) et soit intégré dans la culture organisationnelle, dans les conseils d'administration jusqu'aux services directs, et qu'on en reconnaisse la valeur ajoutée (3; 31). Une bonne communication de la disponibilité des SEF, de l'avis des coordonnateurs SEF, aurait l'avantage de favoriser le sentiment d'inclusion des francophones et de les motiver à s'exprimer en français quand ils ont besoins de services de santé.

Ce besoin de sensibiliser et d'informer la population francophone à son droit à des SEF a par ailleurs récemment fait l'objet d'une recommandation du CSF, à l'adresse de la ministre déléguée aux affaires francophones : «Que le gouvernement mette en place une stratégie de promotion permanente de l'offre de services gouvernementaux en français auprès de la population francophone partout en Ontario.»¹⁹

Aussi, une campagne de communication à l'adresse des francophones doit être planifiée et conçue en fonction de ses destinataires, bref selon les *Directives sur les communications en français* adoptées le 13 mai 2010 par le Conseil de gestion du gouvernement et le Conseil du Trésor de l'Ontario.²⁰

Le commissaire, dans son plus récent rapport annuel, salue cette directive, mais prend toutefois soin de souligner le chemin qui reste à faire, notamment pour le MSSLD :

Grâce aux plaintes reçues, le commissaire continuera de rappeler aux ministères ainsi qu'aux organismes classifiés, le caractère obligatoire de la directive. D'ailleurs, il a encore dans sa mire le **Ministère de la Santé et des Soins de longue durée**, qui pêche sur deux plans : la non-équivalence des pages anglaises et françaises de son site Web et l'unilinguisme anglais du site Web de plusieurs de ses RLIS.²¹

Ces arguments mettent en évidence le rôle du MSSLD en matière de communication en français : il doit faire figure d'exemple en assurant une communication en français de qualité et en rappelant le caractère obligatoire de la directive aux organismes et fournisseurs de services de santé.

En ce qui a trait à l'offre active de services de santé en français, les coordonnateurs ont mis en évidence d'importants besoins de communication et de sensibilisation; nous proposons que le MSSLD établisse une stratégie de communication afin de faire connaître le concept de

¹⁹ CSF (2011) *Rapport 2010-2011*, op. cit., p. 55.

²⁰ Ces ratés, notons-le, ont été reconnues par le Gouvernement ontarien qui a promptement présenté ses excuses aux francophones de la province; voir Dominique LaHaye, «Des excuses du premier ministre Dalton McGuinty», *Le Droit*, 18 septembre 2009, en ligne : <http://www.cyberpresse.ca/le-droit/dossiers/grippe-a-h1n1/200909/18/01-903408-des-excuses-du-premier-ministre-dalton-mcguinty.php> (consulté le 01/06/2011).

²¹ CSF (2011), *Rapport 2010-2011*, op. cit., p. 14 (souligné dans le texte).

l'offre active dans le secteur de la santé et de le promouvoir. La recommandation suivante traite de cet aspect.

RECOMMANDATION 2 : *Pour un plan de communication de l'offre active*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée élaborer et mette en œuvre, selon les Directives sur les communautés en français, un plan de communication visant à faire connaître le droit à des services de santé en français ainsi qu'à sensibiliser et informer la population et les intervenants en santé sur le concept de l'offre active et ses implications.

Cette stratégie doit nécessairement cibler plusieurs clientèles dont la population visée et les fournisseurs de services de santé en français; de plus, elle doit nécessairement s'appuyer sur la participation de la communauté francophone.

4.4 L'imputabilité et la responsabilisation du ministère

Au-delà des cadres juridiques et des louables intentions, force est de constater que l'offre active de services de santé en français est non seulement peu connue mais également fort peu effective à l'heure actuelle en Ontario. À plus d'une occasion, le problème de l'imputabilité du système face aux engagements pris concernant les SEF a été soulevé (1; 70).

De fait, cette question de la responsabilisation est centrale dans une approche d'offre active de services de santé en français, constituant le premier regroupement et le plus important thème de l'exercice de conceptualisation de l'offre active de SEF que nous avons effectué.

Premièrement, on s'attend à ce que les RLSS, en tant qu'agences de la Couronne, respectent la LSF de manière proactive (1; 112); qu'ils soient imputables quant à l'offre et la livraison réelle de SEF (1; 114) et en conséquence que des mesures de responsabilisation vis-à-vis de la loi sur SEF soient établies (1; 105); en tant que planificateurs du système local de santé, qu'ils responsabilisent les fournisseurs quant à l'offre et la livraison de SEF (1; 113) et qu'ils assurent la surveillance de la prestation et de la qualité des SEF (1; 117).

Dans le but de responsabiliser les organismes et fournisseurs de services, le CSF en appelle aussi à une intervention des ministères du gouvernement de l'Ontario, nommément, dans le cas qui nous occupe, le MSSLD :

C'est maintenant devenu un thème récurrent pour le commissaire que de parler encore de la nécessité absolue de mettre fin aux échappatoires concernant les services au public offerts par des fournisseurs de services privés pour le compte du gouvernement. La *Loi* [sur les services en français] est pourtant très claire quant aux obligations des ministères de s'assurer que les services offerts à la population soient offerts évidemment en français.²²

²² CSF (2011), *Rapport 2010-2011*, op.cit., p. 39.

Dans ce contexte, nous considérons qu'il serait tout à l'avantage du MSSLD de préconiser un abord à la fois exemplaire et conséquent face aux SEF en santé, à savoir une approche résolument proactive. Dans cet ordre d'idées, nous proposons que le MSSLD fasse acte de leadership en instaurant une véritable filière d'imputabilité face aux engagements en matière de SEF et en donnant les moyens nécessaires aux différentes instances impliquées pour assurer le respect de ces engagements.

Comme nous l'avons précédemment souligné, il importe de faire connaître le concept d'offre active à tous les niveaux : communautaire, professionnels et gouvernemental (1; 95) et que les gouvernements (fédéral et provincial) donnent l'exemple en instaurant une culture organisationnelle dans laquelle les SEF sont une composante tout aussi essentielle que les autres (1; 78).

On pense aussi que la désignation des organismes offrant des SEF doit être encouragée (1; 103) et que toutes les organisations offrant des services en français devraient obtenir leur désignation (1; 104). Pour en arriver à responsabiliser le système, et plus particulièrement les fournisseurs, les coordonnateurs ont souligné l'intérêt d'évaluer et de documenter la qualité des SEF, notamment directement à la source, à savoir auprès de la clientèle francophone. Il pourrait s'agir ici de sondages, de questionnaires ou de fiches d'appréciation des services offerts. Les RLISS, comme courroie de transmission entre le MSSLD et les fournisseurs, se doivent d'assurer la mise en œuvre et le respect des directives et engagements du gouvernement de l'Ontario. Pour ce faire, ils doivent être outillés (financement) et pouvoir mettre en œuvre de réelles mesures d'évaluation (qualité, suivi) auprès des fournisseurs, notamment en encourageant ces derniers à obtenir leur désignation. En corolaire à la responsabilisation vient la question du financement et des incitatifs, et la nécessité que les SEF soient considérés dans le financement de base des services de santé (9; 99).

Les efforts des vingt dernières années en matière de désignation sont certes louables mais les résultats démontrent clairement la nécessité de mettre en place des mécanismes de surveillance des services offerts et d'évaluations basées sur des indicateurs de progrès à intervalles réguliers. Pour effectuer un tel travail, les coordonnateurs aux SEF des RLISS, en relation avec les entités de planification, s'avèrent des acteurs incontournables. La recommandation suivante traite de l'aspect de la responsabilisation.

RECOMMANDATION 3 : Pour une imputabilité du système à l'égard des SEF

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée établisse une filière d'imputabilité du système (gouvernement de l'Ontario, MSSLD, RLISS) à l'égard des SEF et de l'offre active comprenant des mesures d'évaluation de la qualité des services offerts en français dont celle de la satisfaction des francophones à l'égard des services reçus.

Considérant la réponse gouvernementale à une recommandation du CSF dans le sens de la responsabilisation des fournisseurs, il nous est permis de croire que le processus de rectification est enclenché :

Le gouvernement de l'Ontario reconnaît l'importance de veiller à ce que les ministères respectent la *Loi sur les services en français*, y compris dans les situations où des services sont offerts par des tiers au nom du gouvernement ou de ses organismes. Il s'engage à examiner le développement d'un règlement qui aborderait cette question importante.²³

Le CSF a tracé une piste de solution intéressante dans son rapport déposé en mai dernier :

[...] le problème de l'offre active de services en français est un problème endémique dans les services gouvernementaux en Ontario et pourrait être résolu par l'adoption d'une directive claire à cet égard du Conseil de gestion du Cabinet et par le Conseil du Trésor.²⁴

4.5 Les fournisseurs de services et soins de santé en français

Au plus près de l'offre de services et de soins, se retrouvent les fournisseurs et leur personnel. À ce niveau comme aux autres niveaux jusqu'ici identifiés, il existe des freins à l'établissement et au respect d'une offre active de SEF. De fait, il importe ici de broser le tableau de ces obstacles et d'identifier les pistes susceptibles d'assurer l'avenir de l'offre active de services de santé en français; en bref, d'assurer le respect de la loi.

D'emblée, le niveau d'engagement des fournisseurs de services de santé a été jugé plutôt sévèrement sur la question des SEF par les coordonnateurs. Il y a un manque d'engagement des pourvoyeurs de services pour les SEF (6; 22), il faut que le concept d'offre active fasse partie des politiques des organismes (3; 92). En ce sens, le MSSLD et les RLISS doivent assurer que leurs fournisseurs de services soient tenus de mettre en place les SEF désirés et qu'ils aient à en rendre compte.

RECOMMANDATION 4 : Pour un engagement des fournisseurs à l'égard des SEF

Que les RLISS prévoient et assurent des ententes avec les fournisseurs de services de santé qui les engagent à développer l'offre active de SEF et à mesurer les progrès et l'atteinte des objectifs.

Par ailleurs, les coordonnateurs ont tracé de nombreuses pistes quant aux moyens à préconiser pour améliorer le niveau d'engagement des fournisseurs face aux SEF et ainsi assurer une offre active de services de santé en français :

- 1) développement des ressources humaines francophones;
- 2) établissement d'un protocole d'accueil;
- 3) identification des francophones;
- 4) formation culturelle et linguistique.

Nous abordons chacun de ces thèmes dans les sections suivantes.

²³ *Ibid.*, p. 56.

²⁴ *Ibid.*, p. 19.

4.5.1 *Développement des ressources humaines francophones*

Le manque de ressources humaines francophones (8; 3) dans le système de santé ontarien est sans nul doute un problème majeur. Pour les coordonnateurs, l'engagement et la responsabilisation des fournisseurs dans ce créneau sont souhaitables : ils mentionnent ainsi l'empressement souhaité des fournisseurs des SEF à recruter du personnel bilingue de manière proactive (8; 2).

Toutefois, les fournisseurs ne peuvent être tenus seuls responsables d'un tel état de fait, la formation académique et professionnelle en français étant également lacunaire, de l'avis des coordonnateurs (8, 4). Le manque de formation et le manque de personnel ont d'importantes conséquences sur l'offre et la livraison des services et soins en français, et ultimement sur la qualité des soins et la santé des francophones. Il y a un manque de connaissance de la terminologie spécialisée en français (8; 7) et des lacunes du langage spécialisé (clinique) (8; 5).

Au-delà de la nécessité de recruter le personnel pouvant s'exprimer en français, il y a aussi nécessité de bien utiliser les ressources déjà disponibles : la gestion des ressources humaines francophones semble, de l'avis des coordonnateurs, tout aussi importante que le recrutement pour favoriser les SEF. Les coordonnateurs avancent que les politiques des organismes et fournisseurs doivent inclure des postes pour les SEF et leur pérennité (3; 83). Concernant l'assignation des ressources, ils ont souligné l'absence de coordination dans l'affectation du personnel francophone aux patients francophones (8; 45). Le problème est selon eux systémique : l'organisation n'est pas structurée pour intégrer les besoins des tâches en français (8; 42).

Un répondant au questionnaire a souligné que les SEF souffraient, au même titre que d'autres domaines du système de santé, de problèmes structurels d'organisation des services et de gestion des ressources humaines. De fait, une mauvaise gestion des ressources humaines en place risque d'essouffler et ultimement de décourager le personnel francophone : le personnel francophone craint de s'afficher de peur d'alourdir sa tâche (8; 43). Les coordonnateurs considèrent ces craintes fondées : le professionnel francophone est assujéti à un fardeau plus lourd s'il s'affiche francophone (8; 44). Les demandes de traduction, de rédaction ou d'interprétation faites aux professionnels francophones dépassent souvent leurs compétences (8; 46). À une pression induite sur le personnel francophone déjà trop peu nombreux, les coordonnateurs soulignent qu'ajoutée à un niveau de formation inadéquat, une gestion des ressources lacunaire peut également avoir ses conséquences sur la qualité de la communication au patient et, au final, sur la qualité des soins.

Sur cette question de la gestion des ressources, des pistes positives sont tracées par les coordonnateurs : l'un a ainsi émis le souhait de voir advenir des stratégies collaboratives entre fournisseurs et organismes pour assurer des SEF et minimiser la duplication des services. Un autre a plaidé pour l'octroi de fonds aux organismes pour l'embauche d'un coordonnateur aux SEF et ce même pour les organismes non désignés. Un autre répondant a quant à lui souligné l'importance d'un engagement clair des agences et fournisseurs de

SEF dans l'affectation de son personnel bilingue aux patients francophones. Un énoncé de la cartographie va plus loin, en plaidant pour l'affectation de personnel bilingue même aux clients francophones qui demandent leurs services en anglais (8; 61).

Face à cela et suite à la lecture des propositions émises par les coordonnateurs dans leurs réponses à notre questionnaire, nous considérons que le MSSLD de même que les RLISS doivent faire tout en leur pouvoir pour soutenir une opération continue de recrutement, de rétention et d'affectation de professionnels aptes à offrir des services de santé en français de qualité, notamment par l'établissement et/ou le développement de mesures financières incitatives (bourses d'études, programme de stages en français, etc.). Le MSSLD doit aussi appuyer le travail du Consortium national de formation en santé (CNFS) qui assure un nombre de plus en plus important de programmes de formation en santé dans les institutions de formation postsecondaire francophones et ce afin d'augmenter le nombre de gradués en santé disponibles pour donner des services en français.

4.5.2 Établissement d'un protocole d'accueil

Pour assurer une offre active et effective de SEF, les coordonnateurs n'ont pas manqué de souligner la nécessité qu'il y ait un protocole que le personnel anglophone pourrait utiliser face à un client francophone pour assurer des SEF (3; 106). Dans la même veine, un répondant au questionnaire a plaidé pour le développement d'un plan d'intervention pour desservir les francophones lorsque le professionnel de santé ne parle pas la langue (service d'interprétation sur les lieux ou, à défaut, référence à des services externes). Les fournisseurs doivent être responsables d'établir de tels plans et/ou protocoles pour garantir l'offre et la livraison de SEF.

Par ailleurs, les SEF nécessitent également des mesures précises quant aux directives des fournisseurs à l'adresse du personnel. Il y a lieu ainsi d'assurer une présence, en tout temps, d'employés bilingues bien au fait de leurs responsabilités quant à l'offre de SEF. L'offre active doit être considérée comme une attente et une obligation pour les postes désignés bilingues (8; 93). Aussi, plus largement, tous les intervenants de la santé devraient être informés du droit à des SEF et de ses modalités, notamment via la responsabilité d'une offre active de services. Par exemple, ils doivent être informés qu'il est de leur devoir d'assurer des SEF aux clients francophones, directement (s'ils parlent français) ou indirectement (en référant le client au personnel habilité). Il faut que l'offre active soit intégrée dans le processus de suivi du parcours du patient : admission, références autres services (2; 34).

Pour qu'il y ait offre active, il faut que l'offre de SEF soit intégrée au travail des professionnels de la santé (8; 36). Dans un contexte où la culture organisationnelle reconnaîtrait l'offre active comme gage de garantie des engagements quant à la qualité des services aux francophones et qu'il y a un besoin d'appuis et d'outils pour intégrer celle-ci, il y a lieu de considérer que la communication et la promotion des SEF doivent être incluses dans les descriptions de tâches des professionnels (8; 82).

4.5.3 *Identification des francophones*

Les coordonnateurs aux SEF des RLISS ont reconnu l'utilité de l'identification des francophones (4; 53) pour assurer une offre active. L'identification est à deux niveaux : d'abord, il y a l'identification de la clientèle francophone; ensuite celle des professionnels pouvant desservir ladite clientèle, en français.

D'abord, au premier contact, le personnel doit tenir compte de la langue en invitant le client, dans les deux langues, à s'exprimer dans la langue de son choix. Ensuite, il est important que le personnel d'accueil fasse connaître la disponibilité des services offerts en français. À ce titre, un besoin de formation du personnel a été identifié pour assurer la réception, l'identification et l'orientation de la clientèle francophone vers des SEF auxquels ils ont droit. L'offre active nécessite un personnel bien formé pour bien identifier la clientèle dans un continuum de soins (4; 33). En effet, il ne s'agit pas seulement de questionner le client sur la langue qu'il préfère, mais bien de lui faire savoir que les SEF en français sont disponibles et d'égale qualité aux services en anglais. Il faut poser les bonnes questions pour identifier les francophones (4; 55). En lien avec les notions de minorisation et d'offre active, répétons-le, les coordonnateurs ont souligné les dangers de la question : préférez-vous recevoir vos services de santé en français ou en anglais? (4; 54). Aussi, en appui au personnel, l'organisme doit prévoir et fournir les outils nécessaires à l'identification des francophones (4; 29). Dans ce sens, le système d'information doit prévoir un espace réservé à l'identification de la langue d'usage du patient (3; 35).

Ensuite, les coordonnateurs ont retenu l'identification des professionnels comme un moyen pour contrer les disparités dont sont victimes les francophones et assurer une offre active de SEF : un professionnel doit s'identifier comme francophone de manière évidente (2; 10). Notons aussi que, pour les coordonnateurs, la responsabilisation et l'intégration du système vis-à-vis des SEF concernent aussi les ordres professionnels : ces derniers devraient jouer un rôle en identifiant leurs professionnels bilingues (8; 101).

4.5.4 *Formation culturelle et linguistique*

Dans le cadre d'une offre active de SEF, le fait de placer le client au centre de l'intervention implique une approche proactive de communication du personnel : une approche d'adaptation linguistique et culturelle. De manière générale, pour contrer les effets de la minorisation, le personnel doit jouer un rôle proactif en faisant connaître les services disponibles en français et en invitant les francophones à s'en pourvoir. Le professionnel doit mettre à l'aise le client / patient francophone (2; 11) afin qu'il puisse s'exprimer naturellement en français (2; 15). La communication de l'offre active doit également informer le patient francophone qu'il a droit à des SEF pour qu'il ait l'assurance de recevoir des services dans un continuum de soins (2; 14).

Les coordonnateurs, notamment par l'entremise du questionnaire, ont insisté sur la pertinence d'assurer de manière continue la formation linguistique et culturelle des professionnels en santé car leur capacité linguistique (en français) doit souvent être améliorée et mise à jour, ces derniers travaillant généralement en milieu anglophone. De

même, le niveau de langue utilisée par les professionnels doit être adapté aux clientèles francophones (2; 53). Pour ce faire, il y a nécessité pour les organismes de fournir des ressources, outils, formation linguistique et appui à leur personnel bilingue (8; 77).

Les mesures que les employeurs prennent pour encourager les professionnels de la santé bilingues à s'exprimer en français constituent des incitatifs utiles pour soutenir l'offre active de services en français. Selon les gestionnaires interrogés²⁵, la principale mesure d'appui demeure la possibilité de suivre des programmes de formation pour apprendre le français ou pour maintenir ses compétences linguistiques.²⁶

De fait, de telles formations devraient mettre de l'avant l'importance pour les professionnels de s'adapter aux capacités linguistiques du patient (2; 18). Pour véritablement mettre à l'aise le client francophone, un souci d'adaptation du niveau de langue est impératif dans une approche d'offre active, d'autant plus dans le contexte d'un langage spécialisé tel celui de la médecine. Le langage doit être simple selon les besoins du patient (2; 19).

À l'adaptation purement linguistique s'ajoute une autre adaptation nécessaire : l'adaptation culturelle. L'offre active comprend une adaptation culturelle aux coutumes et traditions des familles (5; 69). L'adaptation culturelle représente aussi un moyen d'établir une relation de confiance entre les pourvoyeurs de services et la clientèle francophone : la relation de confiance est importante pour l'offre active de SEF (7; 41). Il faut que le client ait confiance dans les organismes pourvoyeurs de services de santé (7; 40).

²⁵ Dans l'étude citée, 72 gestionnaires œuvrant dans des milieux de santé en français en situation minoritaire du Canada ont été interrogés. Voir Marielle Beaulieu (2010) *Formation linguistique, adaptation culturelle et services de santé en français. Sommaire*, Consortium national de formation en santé (CNFS), p. 7.

²⁶ Marielle Beaulieu (2010) *op. cit.*, p. 8.

4.6 Des outils pour une offre active de services de santé en français

Le tableau jusqu'ici brossé, surtout attentif aux manquements et lacunes du système à l'égard de l'offre active de SEF en santé, ne pourrait être complet sans le riche apport des coordonnateurs en terme d'outils et de perspectives d'avenir. Bien au-delà des constats, quelque peu négatifs mais toutefois réalistes, il importe d'insister sur les modalités de développement de l'offre active qui ont émanées des réflexions des coordonnateurs aux SEF des RLSS sur la question.

Les outils proposés sont nombreux et variés. Pour en rendre compte, nous avons privilégié une présentation thématique, que voici :

1. Outils de communication
2. Outils de gestion
3. Outils de formation.

Nous abordons ces thèmes dans les sections suivantes.

4.6.1 *Outils de communication*

D'emblée, nous répétons qu'une stratégie de communication sur les SEF, leur disponibilité et l'offre active profiterait au MSSLD et aux RLSS en ce qui a trait à leur conformité aux *Directives sur les communications en français* du Conseil de gestion du gouvernement et le Conseil du Trésor de l'Ontario.

En toile de fond de toute communication visant à faire connaître l'accessibilité à des SEF de manière proactive, on doit insister sur les besoins à la fois simples et incontournables que sont l'affichage et la documentation bilingues : ce sont-là les premiers signes visibles pour que la clientèle soit informée de la disponibilité des SEF. De même, les communications directes du personnel aux patients, à l'accueil et dans le suivi des soins, doivent également tenir compte de l'impératif d'une offre active de SEF.

Aussi, les coordonnateurs, surtout dans le cadre de l'atelier de cartographie conceptuelle, ont insisté sur la valeur d'exemple d'organismes et de fournisseurs qui ont développé et mené à bien des pratiques d'offre active de SEF : les exemples d'une bonne offre active doivent être diffusés et promus (5; 90). Il faut par ailleurs documenter les modèles de bonnes pratiques, les diffuser et les partager (5; 91). Ces exemples, tel que le préconisent les coordonnateurs, pourraient être puisés à même l'expérience des organismes désignés, ainsi considérés comme des chefs de file quant aux SEF (1; 102).

Il s'agit là d'une piste très intéressante pour assurer l'avenir de l'approche de l'offre active de services de santé en français; pour ce faire, nous souhaitons que des moyens soient consentis pour que les outils existants en matière d'offre active ainsi que les bonnes pratiques soient documentés et, ensuite, communiqués et diffusés. Bien que les coordonnateurs aient identifié quelques bonnes pratiques, ils ont aussi insisté sur

l'importance de les partager et d'en identifier encore davantage. Il serait aussi souhaitable que le MSSLD veille à ce que cette cueillette d'outils et de bonnes pratiques dépassent les limites géographiques de l'Ontario; en effet, compte tenu de sa législation en matière de langues officielles, les organismes de santé de la province du Nouveau-Brunswick pourraient sans doute partager de tels outils ou pratiques, lesquels seraient utiles pour les fournisseurs de santé en Ontario.

4.6.2 *Outils de gestion*

Une gestion ouverte à l'approche de l'offre active doit prévoir des moyens d'identifier la clientèle francophone dès l'admission en incluant les données linguistiques à son système d'information (3; 35). Aussi, un protocole d'accueil et d'orientation de la clientèle francophone, même dans le cas d'un francophone se déclarant bilingue, doit être mis en place pour garantir un accès à des professionnels pouvant desservir en français.

En vue de responsabiliser le système à l'égard des SEF en santé et de l'égalité de traitement, il y a lieu d'assurer l'évaluation de la qualité des services et soins de santé en français en rendant compte du niveau d'appréciation de la clientèle francophone. Ainsi devrait être prévue des modalités d'évaluation de la qualité des SEF par les coordonnateurs des RLIS et des moyens de sévir : il doit y avoir des conséquences à la non application de la Loi sur les services en français (1; 105).

Finalement, dans le but d'assurer le recrutement, la rétention et la formation du personnel en place et futur, notons la possibilité d'incitatifs financiers et d'aménagements propres à rendre le personnel bilingue plus intéressé et apte à desservir la clientèle francophone.

4.6.3 *Outils de formation*

Les besoins de formation, et plus spécifiquement d'outils de formation, se sont avérés importants sinon criants sur la question de l'offre active de services de santé en français. Heureusement, des initiatives passées et d'autres plus récentes peuvent contribuer à combler ces lacunes.

En tout premier lieu, il nous semble opportun de souligner l'utilité de l'outil qu'est le ***Practical Guide for the Active Offer of French-language Services in the Ontario Government*** produit par l'Office des affaires francophones en 2008.²⁷ Ce document définit bien le concept et l'approche de l'offre active et profiterait grandement à être diffusé ou, encore mieux, à être réédité (et traduit) de manière à intégrer les services publics par des tiers, à savoir dans le cas qui nous occupe les fournisseurs de services de santé.

²⁷ Office des affaires francophones (2008) *op. cit.*

Mentionnons aussi l'élaboration d'une **formation en ligne sur l'offre active** par Service Ontario.²⁸ Un tel outil, d'autant plus en raison de son accessibilité via Internet, a tout le potentiel pour assurer la diffusion de l'approche de l'offre active et son appropriation pour les services publics ontariens, et plus spécifiquement des services de santé en français.

Ensuite, la préparation en cours de **modules d'apprentissage sur l'offre active** par un groupe du CNFS qui permettra de soutenir l'apprentissage en matière d'offre active et le manque flagrant de matériel didactique à l'adresse des étudiants et des professionnels de la santé.²⁹ D'ailleurs, le CNFS se penche sur tout l'aspect de l'outillage des étudiants francophones afin de leur procurer des outils pertinents à l'offre de services de santé en français dans les milieux minoritaires. De plus, le CNFS parraine présentement de nombreux programmes de formation linguistique et d'adaptation culturelle, offerts dans les institutions de formation postsecondaire, qui visent à renforcer les habiletés linguistiques et culturelles des professionnels de la santé.

Finalement, un exemple de **formation réussie sur l'offre active** à l'adresse du personnel est celui réalisé dans le cadre du programme *Ontario au travail* dans la région de Toronto. Comme le rapporte le CSF dans son plus récent rapport,

[...] [c]ette formation indiquait [...] aux employés de communiquer des messages clairs aux clients francophones pour les aviser de la disponibilité des services en français [...] [et les] sensibilis[ait] sur leurs responsabilités et obligations en vertu de la *Loi sur les services en français* [...] ³⁰

À notre avis, les expériences en matière d'outils de communication, de gestion et de formation dans les secteurs de l'offre active et de la santé en français doivent être partagées et diffusées auprès de tous les acteurs dans le domaine des SEF. La recommandation suivante traite de cet aspect.

RECOMMANDATION 5 : Pour des outils et des pratiques d'offre active diffusés et partagés.

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée libèrent des fonds pour assurer la documentation des bonnes pratiques et des outils en matière d'offre active et qu'il en assure l'échange, la diffusion et le partage auprès de tous les intéressés.

²⁸ Voir CSF (2011) *Rapport 2010-2011*, op. cit. p. 19.

²⁹ Voir Lise Lortie & André J. Lalonde (2011) op. cit., p. 3.

³⁰ CSF (2011) *Rapport 2010-2011*, op. cit., pp. 29-30.

5. Conclusions et recommandations

Cette première étape de recherche sur l'offre active, ses méthodes et ses outils, démontre qu'il s'agit là d'un concept clé en matière de services de santé en français qui peut contrer les effets de la minorisation et améliorer les services en français. Les données obtenues, par les différentes étapes de recherche présentées dans ce document, indiquent que les coordonnateurs de services en français des RLISS comprennent bien la notion de l'offre active et qu'ils y voient un complément direct à une implantation plus active des services en français et de la désignation.

De plus, la réforme sur les services de santé de 2006 (Loi 36) met en évidence l'importance des réseaux locaux et de l'intégration du système de santé à l'échelle des communautés pour mieux répondre à leurs besoins et assurer la durabilité du système de santé et de soins. Cette nouvelle philosophie incite à rapprocher les systèmes de santé des populations contrairement à l'approche précédente qui était d'amener les populations vers les systèmes de santé. De surcroît, en vertu de sa Loi, le ministère de la santé doit respecter les exigences de la Loi sur les services en français lorsqu'il dessert les collectivités francophones. Pour sa part, le Commissaire des services en français évoque l'absolue nécessité d'améliorer et de légiférer la communication en français. L'entrée en vigueur en juillet 2010 du Règlement sur la prestation des services en français par les tierces parties pour le compte de ministères et organismes gouvernementaux³¹ obligera désormais les organismes qui offrent des services au nom de la province à le faire en français. Le concept d'offre active devient ainsi une mesure d'équité et l'outil d'un changement de culture souhaité, faisant en sorte que la prestation de services en français est bien réelle et ce dans le continuum des soins.

Ces derniers événements conjugués avec les fruits de notre recherche mettent en évidence le rôle du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de leadership ainsi que celui des RLISS et des fournisseurs de services en ce qui a trait à leur imputabilité en matière de services en français. Sans cadre de responsabilisation engageant ces acteurs de premier plan, il sera difficile, voire impossible, d'assurer l'implantation de l'offre active sachant que celle-ci peut contribuer à assurer des services de santé en français de qualité. Un important travail de planification des services de santé en français a été amorcé et le gouvernement de l'Ontario est responsable d'assurer des services en français ainsi que la communication dans cette langue. L'intérêt démontré par le MSSLD pour assurer des services en français de qualité pave la voie vers de plus amples études et documentations sur la question de l'offre active. Les acteurs sur le terrain que sont les équipes des RLISS, les nouvelles entités de planification des services de santé en français, les fournisseurs de services et la population francophone doivent mettre l'épaule à la roue pour assurer de meilleurs services en français; cette collaboration émergente requiert une compréhension commune de l'offre active, une documentation plus importante quant aux outils et aux bonnes pratiques ainsi qu'un plan de communication.

³¹ *Loi sur les services en français*, Règlement de l'Ontario 284/11, Prestation de services en français pour le compte d'organismes gouvernementaux. Codifié le 1er juillet 2011.

Afin de donner suite aux efforts entrepris jusqu'à maintenant pour assurer les droits constitutionnels du français en Ontario, nous proposons les recommandations suivantes :

RECOMMANDATION 1 : *Pour une définition opérationnelle de l'offre active*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée se dote d'une définition de l'offre active pour la santé en français et que celle-ci prenne en compte les critères suivants : offre proactive sans demande; visibilité, disponibilité et qualité; équité; approche centrée sur le client; accessibilité à l'ensemble des services de santé dans le continuum de soins.

RECOMMANDATION 2 : *Pour un plan de communication de l'offre active*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée élabore et mette en œuvre, selon les Directives sur les communications en français, un plan de communication visant à faire connaître le droit à des services de santé en français ainsi qu'à sensibiliser et informer la population et les intervenants en santé sur le concept de l'offre active et ses implications.

RECOMMANDATION 3 : *Pour une imputabilité du système à l'égard des SEF*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée établisse une filière d'imputabilité du système (gouvernement de l'Ontario, MSSLD, RLISS) à l'égard des SEF et de l'offre active comprenant des mesures d'évaluation de la qualité des services offerts en français dont celle de la satisfaction des francophones à l'égard des services reçus.

RECOMMANDATION 4 : *Pour un engagement des fournisseurs à l'égard des SEF*

Que les RLISS prévoient et assurent des ententes avec les fournisseurs de services de santé qui les engagent à développer l'offre active de SEF et à mesurer les progrès et l'atteinte des objectifs.

RECOMMANDATION 5 : *Pour des outils et des pratiques d'offre active diffusés et partagés.*

Que le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée libèrent des fonds pour assurer la documentation des bonnes pratiques et des outils en matière d'offre active et qu'il en assure l'échange, la diffusion et le partage auprès de tous les intéressés.

Bibliographie

- Allard, P. (2010) «Services en français. Marteler l'offre active», *Le Droit*, 4 juin 2010.
- Beaulieu, M. (2010) *Formation linguistique, adaptation culturelle et services de santé en français. Programme de formation linguistique et d'adaptation culturelle*, Consortim national de formation en santé / Société Santé en français, octobre 2010.
- Boileau, F. (2009) «L'importance de l'offre active de services en français en santé», *Info franco CAMH. Le journal électronique francophone de CAMH Nord-Ontario*, vol. 1, no 4, novembre 2009, en ligne : [http://www.camh.net/About CAMH/Ontario Regional Services/Northern Area/Info%20Franco%20mai%202009.pdf](http://www.camh.net/About%20CAMH/Ontario%20Regional%20Services/Northern%20Area/Info%20Franco%20mai%202009.pdf) (consulté le 11/01/2011).
- Bouchard, L. et M. Desmeules (à paraître 2011) *Minorités de langue officielles du Canada : Égales devant la santé?* Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, L., I. Gaboury, M.-H. Chomienne et I. Gagnon-Arpin (2009-2010) *Profil santé des communautés francophones minoritaires au Canada* (affiches) Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en contexte minoritaire au Canada – RISF, en ligne : <http://www.rrasfo.ca/recherche/publications.shtml> (consulté le 02/06/2011).
- Bowen, S. (2001) *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php> (consulté le 12/10/2010).
- Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est et Bureau régional occidental (2007) *People are the centre of health care : harmonizing mind and body, people and systems*, Genève, OMS.
- Chalifour, A. (2010) «Six entités de planification pour les services de santé en français : promesse tenue», *L'Express. L'Hebdo des francophones du grand Toronto*, semaine du 20 déc. au 26 déc. 2010.
- Commissariat aux services en français (2011) *Rapport 2010-2011 : Un engagement partagé*, en ligne : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/files/CSF-rapport-annuel-2010-2011> (consulté le 02/06/2011).
- Commissariat aux services en français (2011) *Rapport d'enquête – Dépliant unilingue anglais sur la grippe H1N1 : Des communications en voie de guérison*, en ligne : <http://www.csf.gouv.on.ca> (consulté le 31/05/2011).
- Commissariat aux services en français (2010) *Rapport 2009-2010 : L'accès aux solutions*, en ligne : <http://www.flsc.gov.on.ca/files/files/FLSC-AnnualReport2010-Web-21mai.pdf> (consulté le 11/01/2011).
- Commissariat aux services en français (2009) *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*, en ligne : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/Rapport.pdf> (consulté le 11/01/2011).
- Commissariat aux services en français (2009) *Rapport 2008-2009 : Une voix, des changements*, en ligne : http://www.flsc.gov.on.ca/files/FR_csf_rapport_annuel_08_09.pdf (consulté le 11/01/2011).
- Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (2008) *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS), en ligne : http://www.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf (consulté le 24/02/2011).

- Communiqué de presse de la députée Madeleine Meilleur (2010) *Initiative visant à assurer que les francophones jouent un rôle actif dans les services de santé. Le gouvernement McGuinty crée une nouvelle entité de planification des services de santé en français*, 29 juin 2010.
- Entente entre les RLSS de Champlain et du Sud Est et le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (2011).
- Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA) (2001) *Santé en français. Pour un meilleur accès à des services de santé en français* pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, juin 2001.
- Groupe de travail sur les services de santé en français (2005) *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*, octobre 2005.
- LaHaye, D. (2009) «Des excuses du premier ministre Dalton McGuinty», *Le Droit*, 18 septembre 2009.
- Lortie, L. & A. J. Lalonde (2011) *L'offre active de services de santé de qualité en français : une question de sécurité, de légitimité et d'éthique. Cadre de référence. Pour le développement de compétences et du leadership en matière d'offre active des services de santé de qualité en français*, Consortium national de santé en français, préparé par Les Sentiers du Leadership, Document de travail, mars 2011.
- Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (2008) *Health Services Providers. French Language Services. Accountability Report and Implementation Plan*.
- Office des affaires francophones. *La Loi sur les services en français en bref*, en ligne : <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi.html> (consulté le 12/01/2011).
- Office des affaires francophones (2008) *Practical Guide for the Active Offer of French-language Services in the Ontario Government*, Gouvernement de l'Ontario, avril 2008.
- OMS (2008) *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, Rapport sur la santé dans le monde, Genève, OMS.
- OMS (1978) *Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, tenue à Alma-Ata, 6-12 décembre 1978, Genève, OMS.
- Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario – RSSFE (2010) *La désignation des établissements de santé dans l'Est de l'Ontario. Mise en contexte*, présentation PowerPoint, décembre 2010.
- Réseau francophone de soutien professionnel (2010) *Services en français en Ontario*, en ligne : http://www.reseaufranco.com/fr/recherche/Politiques_publicques/pages51308.html (consulté le 24/05/2011).
- Réseaux locaux d'intégration des services de santé (2011) *Foire aux questions*, en ligne : <http://www.lhins.on.ca/faq.aspx> (consulté le 24/05/2011).
- Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (2008) *Les défis du recrutement et de la rétention en milieu minoritaire francophone dans le secteur de la santé*, mai 2008.
- Romanow, R. J. (2002) *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Services Ontario (2010) «Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. Préambule», *Lois-en-ligne*, en ligne : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06|04_f.htm (consulté le 24/05/2011).
- B. Starfield (2006) 'State of the Art in Research on Equity in Health', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (1) : 11-32.
- Whitehead, M. (1991) 'The Concepts and Principles of Equity in Health', *Health Promotion International*, vol. 6, no 3 : 217-228.

Annexe A Chronologie des services de santé en français

Chronologie des services de santé en français en Ontario

- 1975 Création du Comité d'action sur les services de santé en langue française
- 1976 Rapport du Comité d'action sur les services de santé en langue française sous la direction de J Dubois
- 1977 Création du bureau provincial des services en français du gouvernement
- 1982 Adoption d'une politique permettant la désignation de postes bilingues
- 1984 Adoption d'une garantie législative se rapportant à la prestation de services sociaux en français (*Loi sur les services à l'enfance et à la famille*)
- 1985 Le Bureau du coordonnateur provincial des services en français devient l'Office des affaires francophones
- 1986 Adoption de la *Loi sur les services en français* (Ontario)
- 1988 Adoption de la *Loi sur les langues officielles* (Canada)
- 1988 Désignation des 47 premiers organismes en vertu de la *LSF*
Entente Canada-Ontario sur la promotion des langues officielles
- 1989 Entrée en vigueur du droit de recevoir des services en français en vertu de la *LSF* (total de 71)
- 1989 Création du 1^{er} Centre médico-social communautaire à Toronto
- 1990 Désignation de 24 organismes en vertu de la *LSF*
- 1991 Désignation de 15 organismes en vertu de la *LSF* (total de 86)
- 1992 Désignation de 12 organismes en vertu de la *LSF* (total de 98)
- 1993 Désignation de 24 organismes en vertu de la *LSF* (total 122)
- 1994 Désignation de 8 organismes en vertu de la *LSF* (total de 130)
- 1996 Commission de restructuration des services de santé
- 1997 *L'Affaire Montfort*
- 1999 Fondation du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (RSSFE)
- 2001 Jugement Montfort de la Cour d'appel de l'Ontario
- 2002 Protocole d'entente de 5 ans entre le MSSLD et le Réseau des services de santé en français de l'Est
Désignation de 11 organismes en vertu de la *LSF* (total de 196 dont 66 depuis 1995)
- 2003 Augmentation de 7.4 M au financement de base de l'Hôpital Montfort et subvention de 20.8M
- 2003 Création du Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
- 2003 Création du Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario
- 2004 Création du Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario
- 2004 Désignation de 5 organismes en vertu de la *LSF* (total de 201)
- 2004 Engagement financier de 125M pour agrandir l'Hôpital Montfort
- 2005 Rapport du Groupe de travail sur les services de santé en français, dirigé par G Savoie
- 2006 Adoption de la *Loi sur l'intégration du système de santé local* (Ontario)
- 2007 Consultation publique du MSSLD sur l'avenir du système de santé en Ontario
- 2007 Création du Commissariat aux services en français en Ontario
- 2007 Création du Conseil consultatif des services de santé en français
- 2010 Reconnaissance des réseaux francophones comme entités de planification des services en français
- 2011 Entrée en vigueur du Règlement sur la prestation des services en français par les tierces parties pour le compte d'organismes gouvernementaux

Annexe B Éléments de contexte

Le concept d'offre active de services de santé en langue minoritaire revêt une importance accrue en Ontario. Par exemple, le CSF a souligné l'importance d'une approche d'offre active dans pas moins de quatre récents rapports.³² L'offre active dans le champ de la santé semble revêtir une importance accrue dans le contexte particulier qu'est le besoin de soins, souvent associé à un état de détresse, de vulnérabilité.³³ De fait, dans une telle situation d'urgence, on peut comprendre que la demande puisse se faire timide, surtout si on s'imagine, à tort ou à raison, qu'elle provoquera un retard (quand les attentes sont déjà importantes sans cela) ou encore que les services seront de moindre qualité.

Chaque francophone qui ne reçoit pas une offre active de services en français se décourage et comprend qu'il est mieux d'apprendre l'anglais au plus vite s'il veut recevoir des services gouvernementaux.³⁴

Le gouvernement [de l'Ontario] convient comme le commissaire que l'offre active de services en français est essentielle pour assurer que les ministères respectent l'esprit de la *Loi sur les services en français*.³⁵

À l'abord du concept d'offre active, il est utile de broser un succinct tableau contextuel des services de santé en français en Ontario, notamment des principaux cadres juridiques et législatifs qui s'y rapportent.

B.1 *Loi sur les services en français* (loi 8)

Les pratiques d'offre active de services de santé en français en Ontario découlent d'un cadre juridique et législatif qu'il est opportun de rappeler, à tout le moins depuis la *Loi sur les services en français* (LSF) – ou *Loi 8*, adoptée en 1986³⁶. La loi elle-même, et plus encore ce qu'elle implique quant à l'égalité de statut de la minorité francophone vis-à-vis de la majorité anglophone, élargit les perspectives de l'étude de l'offre active de services de santé en français en Ontario.

³² CSF (2011) *Rapport 2010-2011 : Un engagement partagé*, en ligne :

<http://www.csf.gouv.on.ca/files/files/CSF-rapport-annuel-2010-2011.pdf> (consulté le 02/06/2011); CSF (2011) *Rapport d'enquête – Dépliant unilingue anglais sur la grippe H1N1 : Des communications en voie de guérison*, en ligne : <http://www.csf.gouv.on.ca> (consulté le 31/05/2011); CSF (2010) *Rapport 2009-2010 : L'accès aux solutions*, en ligne : <http://www.flsc.gov.on.ca/files/files/FLSC-AnnualReport2010-Web-21mai.pdf> (consulté le 11/01/2011); CSF (2009) *Rapport 2008-2009 : Une voix, des changements*, en ligne :

http://www.flsc.gov.on.ca/files/FR_csf_rapport_annuel_08_09.pdf (consulté le 11/01/2011); CSF (2009) *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*, en ligne : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/Rapport.pdf> (consulté le 11/01/2011); François Boileau (2009) «L'importance de l'offre active de services en français en santé», *Info franco CAMH. Le journal électronique francophone de CAMH Nord-Ontario*, vol. 1, no 4, novembre 2009, en ligne : http://www.camh.net/About/CAMH/Ontario_Regional_Services/Northern_Area/Info%20Franco%20mai%2009.pdf (consulté le 11/01/2011).

³³ Parmi d'autres, le journaliste Pierre Allard a bien ciblé ce cadre particulier de l'offre active de services de santé en français : «Quand un parent francophone se présente avec un bambin malade au Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario, sa seule préoccupation est le bien-être de l'enfant. Il s'adressera peut-être en français au préposé ou à l'infirmière mais passera le plus souvent à l'anglais s'il craint, pour diverses raisons, d'indisposer son interlocuteur. **Il est là pour obtenir un service, non pour mener un combat linguistique.**» Pierre Allard. «Services en français. Marteler l'offre active», *Le Droit*, 4 juin 2010 (nous soulignons).

³⁴ CSF (2011) *Rapport 2010-2011*, op. cit., p. 41.

³⁵ *Ibid.*, p. 55.

³⁶ La LSF est entrée en vigueur le 19 novembre 1989. Voir «L'historique des services en français en Ontario», en ligne : <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi-historique.html> (consulté le 14/06/2011)

Dans une acception large, l'esprit de la LSF embrasse les services publics en Ontario et ce dans une optique de préservation culturelle de la francophonie. C'est par exemple l'approche préconisée par le CSF :

L'objet de la *Loi sur les services en français*, loi quasi constitutionnelle, est de sauvegarder, pour des générations à venir, le patrimoine culturel de la population francophone de l'Ontario.³⁷

Dans un récent rapport à propos de la LSF, le CSF rappelle «qu'elle est la mise sur papier du statut officiel du français stipulé dans la Constitution, du patrimoine culturel de la population francophone ainsi que de la nécessité non seulement de reconnaître et de protéger cet héritage, mais aussi d'être proactif quant à son développement à long terme.»³⁸

C'est le Bureau du coordonnateur provincial des services de santé en français³⁹, qui est «responsable de l'élaboration des politiques et des lignes directrices en vue de la mise en œuvre de la **Loi sur les services en français**, au sein du **Ministère de la santé et des soins de longue durée** en Ontario. Des hôpitaux, centres de santé communautaire, maisons pour les aînés, centres de counseling, et d'autres organismes offrant des services de santé en Ontario sont obligés d'offrir des services en français.»⁴⁰

L'application de la loi a toutefois ses limites : la disponibilité des services publics garantie par la loi est ainsi assurée dans les *régions désignées* :

[...] Grâce à la *Loi sur les services en français*, tous les services offerts au public par les ministères et organismes gouvernementaux [...] sont disponibles en français dans les bureaux gouvernementaux situés dans une région désignée ou la desservant.⁴¹ [Notons ici que les régions désignées dont il est question regroupent une majorité d'Ontariens francophones :] «environ 85% des franco-ontariens habitent dans une région désignée [...]»⁴²

nous rappelle l'Office des affaires francophones de l'Ontario.

Sur le plan opérationnel des services de santé en français, la LSF :

- garantit au public le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario situés dans 25 régions désignées;
- permet au Ministre ou à une instance dûment mandatée d'identifier des organismes financés en partie par les fonds publics afin qu'ils deviennent des fournisseurs officiels de services en français.⁴³

La *Loi 8*, dans cette optique, tire son opérationnalité de la pratique de désignation puisqu'elle ne s'applique que pour ces fournisseurs. Selon l'Office des affaires francophones, «[i]l y a actuellement 25 régions désignées sous la LSF [Loi sur les services en français]. Pour obtenir sa désignation, une région doit en principe compter au moins 10% de francophones ou, dans les centres urbains, 5000 francophones [...]»⁴⁴

³⁷ CSF (2010), *op. cit.*, p. 11.

³⁸ CSF (2011), *Rapport d'enquête*, *op. cit.*, p. 3.

³⁹ Voir le site Internet : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/flhsf/flhs_mnf.html (consulté le 24/05/2011).

⁴⁰ Réseau francophone de soutien professionnel (2010) *Services en français en Ontario*, en ligne : http://www.reseaufranco.com/fr/recherche/Politiques_publicques/pages51308.html (consulté le 24/05/2011); souligné dans le texte.

⁴¹ Office des affaires francophones. *La Loi sur les services en français en bref*, en ligne : <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi.html> (consulté le 12/01/2011).

⁴² *Idem.*

⁴³ Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario – RSSFE. *La désignation des établissements de santé dans l'Est de l'Ontario. Mise en contexte*, présentation PowerPoint, décembre 2010, diapo. 4.

⁴⁴ Office des affaires francophones, en ligne : <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi-cartedesig.html> (consulté le 12/01/2011).

Il est à ce stade pertinent de noter que la LSF, non pas dans son essence mais bien dans son application, a eu son lot de critiques. Parmi celles-ci, certains observateurs ont souligné le peu d'autorité des instances sensées veiller à son application et la tiédeur, voire l'absence de mesures et sanctions pour assurer l'imputabilité des fournisseurs de services désignés. C'est notamment le cas du Groupe de travail sur les services de santé en français dans sa *Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation* proposée en 2005 :

Ni le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ni les fournisseurs désignés pour proposer des services de santé en français n'ont dû rendre de comptes en ce qui concerne la fourniture [sic] de ces services à la communauté franco-ontarienne. Il n'existe aucun mécanisme interne d'imputabilité en cas de non-respect des dispositions de la *Loi sur les services en français*. Par conséquent, tout suivi mené par l'unité des coordonnateurs francophones du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée est davantage symbolique qu'efficace.⁴⁵

Le groupe de recherche statue ainsi, quant aux causes d'inefficacité de la LSF, que

[...] la principale cause d'inobservation de la *Loi sur les services en français* est l'absence de sanctions dans les cas de non-conformité. De plus, les fournisseurs «identifiés» pour fournir des services en français sont rarement soumis à l'obligation de rendre des comptes. Certes, le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée a une équipe provinciale de «coordonnateurs» des services en français qui évalue la qualité et l'accessibilité des services de santé offerts en français. Mais leur travail ne fait pas l'objet de sanctions ni de mesures d'application de la loi [...]⁴⁶

Ce constat est par ailleurs réitéré par le CSF : «En cas de manquement à leur obligation de fournir des services en français, les fournisseurs privés ne subissent aucune conséquence.»⁴⁷

En somme, nombreux sont les intervenants du champ de la santé en français qui considèrent que l'application de la *Loi 8* a ses ratés. Notons pour finir que ces imprécisions quant aux modalités d'application de la LSF, selon l'avis de certains, ne sont pas nécessairement fortuites :

«[...] l'intention du législateur était de remettre à l'appareil administratif le soin de la création des normes autant que celui de leur mise en œuvre. La loi [sur les services en français] ne sacrifie pas le principe fondamental du droit à un service en français quand une désignation est intervenue et c'est peut-être le seul élément qui a jusqu'ici fait l'objet de litiges judiciaires. L'économie de cette loi favorise un contrôle administratif et parlementaire plutôt qu'une judiciarisation du dossier [...]»⁴⁸

B.2 Réforme de la santé en Ontario (loi 36)

En 2006, le Gouvernement de l'Ontario a mis en œuvre une réorganisation du système de santé en créant des réseaux locaux d'intégration du système de santé (RLISS) (*Loi sur l'intégration du système de santé local* (LISSL) ou *Loi 36*) lesquels devaient désormais voir à toute la planification et l'offre de services sur les 14 nouveaux territoires régionaux. En ce qui a trait aux services en français, il faut souligner la création du Conseil consultatif des services de santé en français (CCSSF, 2007) et plus récemment la nomination de nouvelles entités de planification des SEF en reconnaissant aux réseaux des services de santé en français un rôle primordial (2010-2011).

Par la *Loi 36*, le gouvernement ontarien entend rapprocher les services et la planification de ceux-ci des populations concernées, notamment des communautés francophones. Ainsi peut-on lire, dans le préambule de

⁴⁵ Groupe de travail sur les services de santé en français (2005) *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*, octobre 2005, pp. 11-12.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 27.

⁴⁷ CSF (2011) *Rapport 2010-2011*, op. cit., p. 18.

⁴⁸ Pierre Foucher (2010) «La loi sur les services en français de l'Ontario : innovations et pistes d'avenir», dans *La Loi 8, la Charte et l'avenir*, Michel Giroux & Julie Boissonneault (dir.), Sudbury, Institut franco-ontarien, p. 44.

la *Loi 36* : «La population de l'Ontario et son gouvernement respectent les exigences de la *Loi sur les services en français* lorsqu'il dessert les collectivités francophones.»⁴⁹

Dans un premier temps, les RLISS ont comme mandat d'assurer une communication avec les populations qu'ils desservent : «[l]a fonction de base et la raison d'être des RLISS est de collaborer avec les collectivités.»⁵⁰ Sur le plan opérationnel, [c]haque RLISS détermine le processus, la structure et la fréquence axées sur la participation de la collectivité en tenant compte des caractéristiques et des besoins particuliers de la collectivité locale [...].»⁵¹

La *Loi 36*, sur le plan particulier des services de santé en français, s'inscrit dans les cadres de la *Loi 8* en assurant une planification des services de santé en français par les RLISS et ce en dehors même des régions désignées ci-haut mentionnées. En vertu de leur rôle de planification, de financement et d'intégration des services de santé, chaque RLISS doit fournir des services en français conformément à la *Loi sur les services en français*.⁵²

En 2007, le processus de planification des services de santé et de communication à l'adresse des francophones ontariens s'est défini davantage par la création par le MSSLD d'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.»⁵³

Cette question de l'engagement de la communauté francophone dans la planification des services de santé lui étant destinés a fait l'objet, à partir de septembre 2008, d'un projet de règlement suivi d'une période de consultation publique de 60 jours sur la façon dont les RLISS seraient responsables de dialoguer avec leurs communautés francophones respectives. Selon l'avis du CSF, la participation de la communauté francophone à cette occasion a fait foi «d'une réelle mobilisation de la communauté.»⁵⁴ Le CSF, dans son *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*, est on ne peut plus clair :

Recommandation 4

Le commissaire recommande au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de modifier le projet de règlement afin de revenir au libellé de la *LISSL* [Loi sur l'intégration du système de santé local] et de prévoir de réelles entités de planification de services de santé en français, pour chacun des RLISS ou pour des regroupements de RLISS.⁵⁵

C'est finalement en janvier 2010 qu'un règlement est adopté pour encadrer et assurer l'engagement de la communauté francophone :

Le 1^{er} janvier 2010, le nouveau règlement 515/09⁵⁶ pris en application de l'article 16 de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local est entré en vigueur pour appuyer l'engagement coordonné et efficace des collectivités francophones à l'égard des questions relatives aux services de santé en français. Ce règlement décrit comment le ministère sélectionnera les entités de planifications des services de santé en français qui collaboreront avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).⁵⁷

⁴⁹ Services Ontario (2010) «Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. Préambule», *Lois-en-ligne*, en ligne : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06l04_f.htm (consulté le 24/05/2011).

⁵⁰ Réseaux locaux d'intégration des services de santé (2011) *Foire aux questions*, en ligne : <http://www.lhins.on.ca/faq.aspx> (consulté le 24/05/2011).

⁵¹ *Idem*.

⁵² *Idem*.

⁵³ Services Ontario (2010) Partie III, art. 14, par. 2.1, *op. cit.*

⁵⁴ CSF (2009) *Rapport 2008-2009*, *op.cit.*, p. 35.

⁵⁵ CSF (2009) *Rapport spécial*, *op. cit.*, p. 18.

⁵⁶ Voir en ligne : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regis/french/elaws_regis_090515_f.htm (consulté le 24/05/2011).

⁵⁷ Réseau francophone de soutien professionnel (2010) *op. cit.*

B.3 Entités de planification

La première entité de planification reconnue par le Gouvernement de l'Ontario fut le Réseau des services de santé de l'Est de l'Ontario (RSSFE) en juin 2010. Le but, pour le gouvernement ontarien, est «de s'assurer que la planification locale tient compte des besoins des collectivités francophones de l'Est de l'Ontario»⁵⁸ et ce en collaboration avec le RLISS de Champlain et le RLISS du Sud-Est. Au terme de l'année 2010, cinq autres entités de planification se sont ajoutées, d'abord dans le Nord (juin) puis le Sud de la province (décembre).⁵⁹

De manière générale, ces entités de planifications ont pour mandat de conseiller les RLISS sur la prestation des services et sur les besoins et priorités des collectivités francophones locales. Plus spécifiquement, les entités pourvoient des conseils aux RLISS sur les questions suivantes :

- a) méthodes d'engagement de la collectivité francophone dans chacune des zones;
- b) 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;
- c) services de santé offerts à la collectivité francophone dans ces zones;
- d) identification et désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans ces zones;
- e) stratégies pour améliorer l'accès aux services de santé en français, l'accessibilité de ces services et leur intégration au système de santé local;
- f) planification et intégration des services de santé dans les zones.⁶⁰

⁵⁸ Communiqué de presse de la députée Madeleine Meilleur (2010) *Initiative visant à assurer que les francophones jouent un rôle actif dans les services de santé. Le gouvernement McGuinty crée une nouvelle entité de planification des services de santé en français*, 29 juin 2010.

⁵⁹ En juin 2010, le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario devint une entité de planification auprès du RLISS du Nord; en décembre 2010, d'autres entités virent le jour : l'une pour la région Érié St-Clair / Sud-Ouest; l'une pour la région Waterloo, Hamilton et Niagara; une autre pour la région Toronto Centre, Centre Ouest et Mississauga Halton; et finalement une autre pour la région Centre-Sud-Ouest. Voir l'article d'Annik Chalifour, «Six entités de planification pour les services de santé en français : promesse tenue», *L'Express. L'Hebdo des francophones du grand Toronto*, semaine du 20 déc. au 26 déc. 2010, en ligne : <http://www.lexpress.to/archives/5867/> (consulté le 24/05/2011).

⁶⁰ *Entente entre les RLISS de Champlain et du Sud Est et le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario* (2011), p. 5.

Annexe C Questionnaire aux coordonnateurs aux SEF des RLISS

But

Brosser un portrait de l'état de l'*offre active* de services de santé en français en Ontario à partir des connaissances et représentations des coordonnateurs des services en français aux RLISS.

Objectifs

- Connaître les définitions de l'*offre active* des coordonnateurs.
- Connaître l'avis des coordonnateurs concernant la question de l'offre et de la demande des services de santé en français.
- Identifier les bonnes et les moins bonnes pratiques d'*offre active*.
- Identifier ce que les coordonnateurs considèrent comme de bons outils pour une *offre active* de services en français.
- Identifier les motivations et les obstacles relatifs à l'*offre active*.
- Connaître les responsabilités des coordonnateurs quant à l'*offre active* et à l'évaluation des organismes fournisseurs (désignation).
- Connaître les représentations des coordonnateurs quant à l'état actuel de l'*offre active* de services en français.
- Connaître les représentations des coordonnateurs quant à l'avenir des services en français dans une perspective d'*offre active*.

Le financement de cette étude provient de l'entente Canada-Ontario sur les services en français.

QUESTIONNAIRE

Veillez répondre au questionnaire à l'aide d'un logiciel de traitement de texte ; vous pouvez éliminer les lignes qui ne sont présentes qu'à titre indicatif relativement à la longueur des réponses attendues.

Par ailleurs, sentez-vous bien à l'aide dans la forme des réponses : elles peuvent être du type «point form» et n'ont pas nécessairement à combler les lignes suggérées. Les réponses les plus courtes et concises possibles sont appréciées. Le questionnaire comporte 6 sections qui contiennent au total 14 questions et 17 sous-questions. Nous évaluons à 45 minutes – 1 heure le temps nécessaire pour y répondre.

Merci !

PARTIE 1 : PORTRAIT DES REPONDANTS

Nom, prénom :

RLISS d'affiliation :

Lieu / modalité d'entrevue :

Date / heure de l'entrevue :

Depuis combien de temps êtes-vous coordonnateur aux services de santé en français ?

- A) Avez-vous toujours travaillé dans la même région ? Si non, dans quelle autre région avez-vous travaillé ?
- B) Depuis combien de temps œuvrez-vous dans le domaine des services de santé en français ?

PARTIE 2 : ÉTAT DE LA SITUATION :

OFFRE ET DEMANDE POUR LES SERVICES DE SANTE EN FRANÇAIS

1. Selon vous, comment pourrait-on qualifier l'état de la demande des services de santé en français dans la région que vous desservez ?
Très importante - Importante - Moyenne - Faible - Inexistante
 - a) Quels sont les critères sur lesquels vous vous appuyez pour qualifier votre évaluation ?
 - b) Dans votre région, y a-t-il eu des études ou des recherches qui ont été effectuées concernant la demande de services en français ? Si oui, pouvez-vous les identifier ?
2. Selon vous, comment pourrait-on qualifier l'état de l'offre des services de santé en français dans la région que vous desservez ?
Très importante - Importante - Moyenne - Faible - Inexistante
 - a) Quels sont les critères sur lesquels vous vous appuyez pour qualifier votre évaluation ?
 - b) Dans votre région, y a-t-il eu des études ou des recherches qui ont été effectuées concernant l'offre de services de santé en français ? Si oui, pouvez-vous les identifier ?

PARTIE 3 : L'OFFRE ACTIVE DE SERVICES DE SANTE EN FRANÇAIS

3. Que signifie, pour vous, une *offre active* de services de santé en français ?
 - a) Le RLISS pour lequel vous travaillez possède-t-il un règlement ou une politique sur l'*offre active* de services de santé en français ? Si oui, quelle est-elle, brièvement ?
 - b) Quels sont les facteurs qui déterminent s'il y a ou non *offre active* de services de santé en français pour les fournisseurs de services ?
4. Pouvez-vous identifier de bonnes pratiques en matière d'*offre active* de services de santé en français dans la région que vous desservez ?
 - a) Parmi celles-ci, quelles sont celles qui vous semblent les plus importantes ou les plus appropriées pour assurer une *offre active* de services de santé en français ?
 - b) Pouvez-vous donner des exemples ? (sites, lieux, services, etc.)

5. Pouvez-vous identifier de moins bonnes pratiques en matière d'*offre active* de services de santé en français (ou des pratiques qui ne donnent pas les résultats désirés) dans la région que vous desservez ?
 - a) Parmi celles-ci, quelles sont celles que vous considérez les moins efficaces à une *offre active* de services de santé en français ?
 - b) Pouvez-vous donner des exemples ? (sites, lieux, services, etc.)
8. Selon vous, qu'est-ce que vous considérez comme de bons outils pour favoriser l'*offre active* de services de santé en français ?
 - a) Pouvez-vous donner des exemples de leur application ?

PARTIE 4 : LES FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTE

9. Quels sont les facteurs pouvant motiver les fournisseurs de services à assurer une *offre active* de services de santé en français ?
 - a) Pouvez-vous donner des exemples ou en parler plus longuement ?
10. À l'inverse, quels sont les facteurs, en matière d'*offre active* de services de santé en français, pouvant constituer des obstacles aux fournisseurs de services ?
 - a) Pouvez-vous donner des exemples ou en parler plus longuement ?

PARTIE 5 : LES RESPONSABILITES DES COORDONNATEURS/TRICES DE SERVICES EN FRANÇAIS

11. Dans le cadre de vos fonctions, considérez-vous avoir des responsabilités envers l'*offre active* de services de santé en français ?
 - a) Si oui, pouvez-vous préciser ces responsabilités ?
12. Dans le cadre de la politique de désignation des organismes fournisseurs de services de santé en français, y a-t-il des mécanismes d'évaluation de l'*offre active* des services ?
 - a) Si oui, pouvez-vous les identifier ?
 - b) Selon vous, ces mécanismes sont-ils adéquats ?

CONCLUSION

13. Selon vous, l'approche de l'*offre active* de services de santé en français représente-t-elle une approche positive pour l'amélioration de la livraison et de la qualité de ces services ?
14. Ceci complète nos questions. Auriez-vous d'autres commentaires à ajouter sur l'*offre active* de services de santé en français ?

Annexe D Cartographie conceptuelle

D.1 Présentation de la démarche

Cette approche s'appuie à la fois sur des données qualitatives, recueillies par le biais d'un atelier de groupe, et sur des données quantitatives (analyses statistiques multivariées). Elle permet de visualiser l'univers conceptuel que se font les acteurs sur un sujet donné.

À partir d'un énoncé maître, à savoir «**Quand je pense à l'offre active de services de santé en français, je pense...**», les participants ont été invités à exprimer leurs représentations lorsqu'ils pensent à l'offre active de SEF dans le champ de la santé en Ontario. L'objectif était d'identifier la plus grande diversité d'énoncés possibles (pour finalement atteindre un total de cent dix-sept – 117 – énoncés) qui peuvent caractériser ou définir ce qu'est, pourrait ou encore devrait être l'offre active de SEF en Ontario.

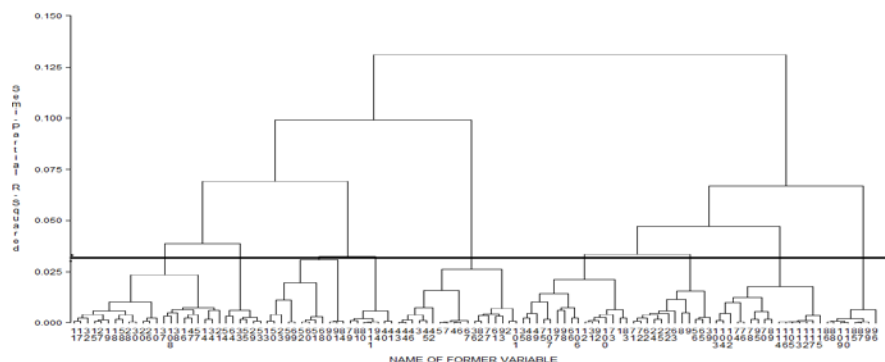
Suite à cela, les participants doivent, individuellement, réaliser deux tâches :

- 1) classer l'ensemble des énoncés et produire une carte individuelle dans laquelle chaque ensemble, ou grappe, devait être nommé;
- 2) attribuer une cote d'importance à chacun des énoncés (sur une échelle de 1 à 10, où 10 représente le score correspondant à ce qui était le plus important selon eux).

Le dendrogramme suivant illustre le résultat d'une classification que l'on compare à un arbre constitué par l'ensemble des énoncés, les regroupements étant les branches et chaque énoncé, les feuilles. Dans l'exemple suivant, le nombre optimal de regroupements (9) se situe statistiquement au-dessus de la ligne.

Graphique 1

Dendrogramme : identification du nombre de concepts



À partir des résultats produits par les analyses, les participants ont finalement été invités à valider les résultats produits. Il s'agissait de confirmer qualitativement la consistance des regroupements et de leur attribuer par consensus une étiquette. À terme, une cartographie collective est ainsi produite.

D.2 Résultats

Les regroupements ainsi obtenus à la suite du traitement statistique et validés par les participants sont présentés par ordre d'importance. Le titre (concept) des grappes ont été formulé par les participants. Les cotes (1 à 10 – le plus important) permettent à la fois de voir la moyenne du regroupement et de l'énoncé.

Grappe 1 : Responsabilisation		(8,77)
1.	que les RLISS, en tant qu'agences de la Couronne, respectent la Loi sur les services en français de manière proactive (#112)	(9,87)
2.	que les RLISS, en tant que planificateurs du système local, doivent responsabiliser les fournisseurs quant aux SEF (#113)	(9,47)
3.	à l'importance de l'imputabilité des RLISS vis-à-vis des SEF (#114)	(9,47)
4.	que les RLISS doivent s'assurer que la livraison des SEF est inscrite dans toutes les initiatives financées par les RLISS (#115)	(9,33)
5.	que la culture organisationnelle de l'offre active doit commencer au niveau gouvernemental (fédéral et provincial) (#78)	(9,33)
6.	à l'importance d'assurer une vérification et une évaluation de la qualité des SEF (#117)	(9,00)
7.	à l'importance d'assurer la responsabilisation des fournisseurs : qualité des SEF et satisfaction des francophones (#116)	(8,87)
8.	au déséquilibre entre la Loi sur les services en français et le suivi de l'application par le Ministère de la santé (#74)	(8,80)
9.	à faire connaître le concept d'offre active à tous les niveaux : communauté, gouvernements, organismes, professionnels (#95)	(8,80)
10.	qu'il doit y avoir des conséquences à la non-application de la Loi sur les services en français (#105)	(8,67)
11.	qu'on doit utiliser les organismes désignés comme des chefs de file quant aux SEF (#102)	(8,33)
12.	que la désignation des organismes devrait être encouragée (#103)	(8,27)
13.	aux manquements d'application des engagements de la Loi sur les services en français quant aux SEF (#76)	(8,27)
14.	à encourager les organismes francophones à obtenir leur désignation (#104)	(8,07)
15.	que les RLISS et les organisme devraient mieux comprendre et connaître l'organisation d'une offre active de SEF (#89)	(8,00)
16.	à la nécessité que le système accepte différentes normes pour assurer les SEF (#70)	(7,80)

Grappe 2 : Accessibilité aux SEF		(8,73)
1. que l'accueil et les services aux francophones soient automatiques, comme un réflexe, sans délai (#30)		(9,53)
2. que l'offre active soit intégrée dans le processus de suivi du parcours du patient : admission, référence autres services (#34)		(9,53)
3. que l'offre de services en français soit visible pour les patients (#20)		(9,27)
4. que l'offre active doit être automatique (#47)		(9,27)
5. que l'offre soit visible, audible, accessible (par la parole) et évidente (#26)		(9,20)
6. à l'assurance de recevoir des services, dans un continuum de soins (#14)		(9,07)
7. qu'un professionnel doit s'identifier comme francophone de manière évidente (#10)		(9,00)
8. que le patient puisse s'exprimer naturellement en français (#15)		(9,00)
9. que les services en français soient accessibles (#21)		(9,00)
10. que l'offre active de SEF doit être offerte comme la bonne chose à faire, la bonne pratique (#57)		(8,93)
11. que l'offre de SEF fait partie du traitement (#37)		(8,80)
12. que le professionnel doit mettre à l'aise le client – patient francophone (#11)		(8,73)
13. que les SEF doivent être disponibles et dans les mêmes délais que les services anglophones (#16)		(8,73)
14. que l'offre active doit être déclenchée par un geste simple (#28)		(8,67)
15. à des services qui mettent le client au centre de l'intervention (#17)		(8,53)
16. que l'ambiance doit mettre le patient à l'aise de s'exprimer en français (#27)		(8,40)
17. à un personnel sensible aux francophones (#32)		(8,40)
18. que l'offre active inclut aussi la capacité de livrer la marchandise en français (#38)		(8,40)
19. que l'offre active équivaut au bien-être (#108)		(8,20)
20. que les professionnels doivent s'adapter aux capacités linguistiques du patient (#18)		(8,07)
21. que le langage doit être simple selon les besoins du patient (#19)		(7,73)
22. aux besoins de capacités bilingues adaptées pour les clientèles francophones (#53)		(7,67)

Grappe 3 : Intégration des SEF		(8,43)
1.	à l'offre active comme une culture organisationnelle (#12)	(9,67)
2.	que la culture organisationnelle, du CA aux services directs, reconnaisse les SEF comme une valeur ajoutée (#31)	(9,33)
3.	que l'offre active de SEF fait partie de la qualité des services au même titre que les autres (#107)	(9,07)
4.	que la langue soit intégrée au système d'information des services de santé (#35)	(9,00)
5.	que les SEF devraient être un domaine transversal des services de santé (#73)	(8,93)
6.	que le fournisseur de SEF doit être proactif (#1)	(8,80)
7.	à l'importance de la présence de francophones dans les structures décisionnelles (#100)	(8,67)
8.	aux politiques des organismes et des fournisseurs qui doivent inclure des postes pour les SEF et leur pérennité (#83)	(8,60)
9.	que le concept d'offre active fasse partie des politiques des organismes (#92)	(8,60)
10.	que les SEF doivent être considérés comme un service public essentiel comme le service d'électricité (#66)	(8,53)
11.	qu'il faut donner aux SEF la place qui leur revient quant à la qualité et à l'équité des soins (#75)	(8,47)
12.	à la nécessité qu'il y ait un protocole pour les anglophones face à un client francophone pour assurer ses SEF (#106)	(8,27)
13.	à des services de santé disponibles dans les deux langues officielles (#48)	(8,20)
14.	que le français et l'anglais doivent être considérés égaux, comme une évidence (#49)	(8,20)
15.	qu'il faut réfléchir aux raisons de la méconnaissance du concept (#98)	(6,87)
16.	que l'offre active n'est pas un concept nouveau (#97)	(5,60)
Grappe 4 : Identification des francophones		(7,78)
1.	que l'identification du francophone est importante pour l'offre active (#53)	(9,20)
2.	qu'un organisme doit reconnaître sa clientèle francophone (#29)	(8,80)
3.	à un personnel bien formé pour bien identifier la clientèle francophone dans un continuum de soins (#33)	(8,73)
4.	à l'importance de poser les bonnes questions pour identifier les francophones (#55)	(8,13)
5.	aux dangers de la question : préférez-vous recevoir vos services de santé en français ou en anglais? (#54)	(6,20)
6.	que le français n'est pas toujours la seconde langue parlée (#64)	(5,60)

Grappe 5 : Sensibilisation		(7,71)
1.	que les exemples d'une bonne offre active soient diffusés et promus (#90)	(8,87)
2.	qu'il y a des enjeux importants à ne pas desservir les SEF (#13)	(8,73)
3.	à documenter les modèles de bonne pratique, les diffuser et les partager (#91)	(8,73)
4.	que le manque de SEF de qualité a d'importantes conséquences négatives (#50)	(8,67)
5.	à l'éducation des anglophones pour qu'ils sachent que les SEF sont un droit, même pour les francophones bilingues (#52)	(8,33)
6.	aux meilleures pratiques pour les SEF, à leur mise en valeur et à leur diffusion (#84)	(7,53)
7.	à l'importance de sensibiliser anglophones et francophones à l'existence de la culture francophone (#60)	(7,27)
8.	à sensibiliser les professionnels francophones à l'importance de s'exprimer en français à la mesure de leurs capacités (#68)	(7,27)
9.	que l'offre active comprend également une adaptation culturelle aux coutumes et traditions des familles (#69)	(7,27)
10.	qu'il faut beaucoup d'éducation des francophones pour qu'ils demandent des SEF (#51)	(7,07)
11.	aux défis en tant que membre de la minorité linguistique en Ontario (#23)	(6,53)
12.	à l'offre active comme un moyen de préservation culturelle (#59)	(6,27)
Grappe 6 : Défis : offre <i>versus</i> demande		(7,34)
1.	que dans une situation minoritaire, l'offre doit mener la demande (#65)	(9,27)
2.	que l'offre active ne doit pas se justifier par une masse critique de francophones (#56)	(9,00)
3.	que l'offre active est plutôt rare (#8)	(8,07)
4.	que les SEF ne sont pas considérés comme une priorité dans l'ensemble du système de santé (#71)	(7,73)
5.	que les SEF ne sont pas considérés comme un programme prioritaire (#72)	(7,47)
6.	au manque d'engagement des pourvoyeurs de services pour les SEF (#22)	(7,13)
7.	aux attitudes réfractaires quant aux SEF par la majorité anglophone (#25)	(6,93)
8.	que le contexte actuel ne favorise pas la valorisation de l'offre active (#62)	(6,93)
9.	que la planification et l'intégration des services se bornent à la distribution géographique des services (#63)	(6,93)
10.	que l'offre active est davantage un rêve des communautés francophones (#9)	(6,80)
11.	aux difficultés amenées par les changements d'administration pour les SEF (#24)	(6,60)
12.	que l'offre active est souvent déterminée par la demande active des francophones (#39)	(5,20)

Grappe 7 : Engagement de la communauté francophone	(7,28)
---	---------------

- | | |
|---|--------|
| 1. à l'importance de s'intégrer à la communauté (fournisseurs et professionnels) pour développer des liens de confiance (#80) | (7,67) |
| 2. que tous les efforts de rapprochement vers les francophones comptent (#111) | (7,53) |
| 3. à promouvoir les SEF auprès des communautés en se faisant connaître directement des communautés francophones (#81) | (7,53) |
| 4. à la nécessité de communiquer l'offre de SEF dans les communautés francophones, avec leurs moyens de communication (#79) | (7,47) |
| 5. à l'importance de créer ce sens d'appartenance avec la communauté francophone (#94) | (7,27) |
| 6. que la relation de confiance est importante pour l'offre active de SEF (#41) | (6,93) |
| 7. qu'il faut que le client ait confiance dans les organismes pourvoyeurs de services de santé (#40) | (6,53) |

Grappe 8 : Ressources humaines	(7,22)
---------------------------------------	---------------

- | | |
|---|--------|
| 1. que l'offre active doit être considérée comme une attente et une obligation pour les postes désignés bilingues (#93) | (9,20) |
| 2. à l'empressement souhaité des fournisseurs des SEF à recruter du personnel bilingue de manière proactive (#2) | (8,93) |
| 3. au manque de ressources humaines francophones en santé (#3) | (8,53) |
| 4. que l'offre de SEF soit intégrée au travail des professionnels de la santé (#36) | (8,47) |
| 5. à la communication et la promotion des SEF qui doivent être incluses dans les descriptions de tâches des professionnels (#82) | (8,20) |
| 6. que les ordres professionnels devraient jouer un rôle en identifiant leurs professionnels bilingues (#101) | (7,87) |
| 7. à l'absence de coordination dans l'affectation du personnel francophone aux patients francophones (#45) | (7,67) |
| 8. à l'affectation de personnel bilingue même aux clients francophones qui demandent leurs services en anglais (#61) | (7,40) |
| 9. à la nécessité pour les organismes de fournir des ressources, outils, formation, appui à leur personnel bilingue (#77) | (7,33) |
| 10. au manque de formation professionnelle en français (#4) | (7,20) |
| 11. au manque de formation post-secondaire en français (#6) | (7,13) |
| 12. que le professionnel francophone est assujéti à un fardeau plus lourd s'il s'affiche francophone (#44) | (6,87) |
| 13. que le professionnel francophone craint de s'afficher de peur d'alourdir sa tâche (#43) | (6,67) |
| 14. que l'organisation n'est pas structurée pour intégrer les besoins des tâches en français (#42) | (6,27) |
| 15. que les demandes et exigences (traduction, rédaction, communication) aux francophones dépassent souvent leurs compétences (#46) | (6,00) |
| 16. aux lacunes du langage spécialisé (clinique) (#5) | (5,47) |
| 17. que certains professionnels francophones ne sont pas à l'aise de s'exprimer en français (#67) | (5,47) |
| 18. au manque de reconnaissance de la terminologie spécialisée en français (#7) | (5,20) |

Grappe 9 : Financement et incitatifs		(6,58)
1.	qu'il faut donner les moyens aux coordonnateurs SEF pour développer l'offre active (#96)	(7,20)
2.	à la nécessité d'intégrer les SEF au financement de base (#99)	(7,07)
3.	à la problématique du financement des SEF (#85)	(6,73)
4.	que si le financement réservé aux francophones était identifié, on pourrait s'assurer qu'il est dépensé à bon escient (#109)	(6,67)
5.	au financement, comme des incitatifs financiers au développement de l'offre active des SEF (#86)	(6,67)
6.	que l'enveloppe budgétaire actuelle des RLISS ne consacre pas d'argent pour les SEF (#87)	(6,40)
7.	que le Ministère de la santé devrait fournir des moyens financiers aux coordonnateurs SEF des RLISS (#88)	(6,27)
8.	qu'il faudrait que le financement soit identifié selon les populations (#110)	(5,60)