



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence
de la Santé publique du Canada

Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012

Préparé par
Direction de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Mars 2013

Liste des sigles

BACLO	Bureau d'appui aux communautés de langue officielle
CLOSM	Communauté(s) de langue officielle en situation minoritaire
CNFS	Consortium national de formation en santé
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
EVMLO	Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle
ICRML	Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques
LLO	<i>Loi sur les langues officielles</i>
PALO	Programme d'appui aux langues officielles
PCAASS	Programme de contribution pour améliorer l'accès aux services de santé
PCLOS	Programme de contribution pour les langues officielles en santé
PLOP	Première langue officielle parlée
QCGN	Quebec Community Groups Network
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux
RSC	Réseaux de santé communautaire
SSF	Société Santé en français

Table des matières

Sommaire exécutif	ii
Réponse et plan d'action de la direction	vi
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description du Programme	1
2.1 Profil du Programme	1
2.2 Description du Modèle logique.....	3
2.3 Ressources du Programme.....	6
3.0 Description de l'évaluation	7
3.1 Portée de l'évaluation	8
3.2 Approche et conception de l'évaluation	8
3.3 Méthodes de collecte de données et limites	8
4.0 Constatations.....	11
4.1 Pertinence.....	11
4.2 Rendement – Réalisation des résultats escomptés	24
4.3 Rendement – Efficience et économie	41
5.0 Conclusion	46
5.1 Pertinence – Conclusions	46
5.2 Rendement – Conclusions.....	47
6.0 Recommandations.....	48
Annexe A Organismes bénéficiaires.....	50
Annexe B Littérature, documents et enquêtes examinés	52
Annexe C Influence des obstacles à l'accès	56
Annexe D Programmes postsecondaires, inscriptions et nombre de diplômés	61

Sommaire exécutif

Objectif, portée et conception de l'évaluation

L'évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé (PCLOS) avait pour objectif d'examiner la pertinence et le rendement du Programme dans le respect des exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor. L'évaluation a couvert la période allant d'avril 2008 à juin 2012.

La méthodologie de l'évaluation comprend : un examen de la littérature; un examen des documents; un examen des recensements et d'autres enquêtes; des entrevues auprès d'informateurs clés; des études de cas; un groupe d'experts.

Description du Programme de contribution pour les langues officielles en santé

Dans le cadre de l'initiative *Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013 : Agir pour l'avenir*, on s'est engagé à verser 1,1 milliard de dollars sur cinq ans à 15 ministères et organismes dans les domaines de la justice, de la santé, de l'immigration, du développement économique, des arts et de la culture. Santé Canada a reçu 174,3 millions de dollars pour mener à bien l'exécution du PCLOS et pour s'occuper des activités de gestion, de planification stratégique et de mesure du rendement du Programme sur une période de cinq ans.

Les deux principaux objectifs du Programme étaient : 1) améliorer l'accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité; 2) accroître l'utilisation des deux langues officielles dans la prestation des services de santé. Le Programme comprenait trois volets exécutés par des bénéficiaires de financement primaires et secondaires :

1. réseautage de santé communautaire (22 M\$ - volet administré par le RCSSS et la SSF);
2. formation et maintien en poste des professionnels de la santé (114,5 M\$ - volet administré par le CNFS et l'Université McGill);
3. nouveaux projets pour la santé des CLOSM (33,5 M\$ - volet coordonné par la SSF et le RCSSS et parrainé par les communautés financées).

Conclusions de l'évaluation et recommandations

Les principales conclusions et recommandations sont présentées ci-après.

CONCLUSIONS

Besoin continue du Programme

Les CLOSM sont concentrées dans des régions précises du Canada; par conséquent, les besoins en matière de services de santé dans la langue de la minorité varie d'un bout à l'autre du pays. Les CLOSM représentent 6,4 % de la population canadienne (Recensement de 2006) et sont davantage concentrées dans certaines régions du Canada, notamment le Nord du

Nouveau-Brunswick, la région métropolitaine de recensement de Montréal et les régions de l'Est de l'Ontario. Dans de telles régions, l'appartenance linguistique des professionnels de la santé suit davantage la composition linguistique de la population; par conséquent, il est plus facile pour les anglophones et les francophones de choisir un professionnel de la santé qui maîtrise leur langue. Les différences de langue entre patients et fournisseurs de soins de santé sont plus susceptibles de se produire dans les régions, les provinces et les territoires où les CLOSM sont moins concentrés.

D'après les données disponibles, les besoins en matière de soins de santé des CLOSM ne semblent pas différer grandement de ceux de la majorité linguistique; les difficultés d'accès aux services de santé semblent être davantage associées à des obstacles non linguistiques (p. ex. emplacement géographique et disponibilité générale des professionnels de la santé). Malgré cela, la plupart des membres des CLOSM (77 % pour le Canada en 2006 selon l'EVMLO de Statistique Canada) estiment qu'il est important d'obtenir des services de santé dans la langue officielle de la minorité.

Conformité du Programme aux priorités du gouvernement

Le PCLOS est conforme aux priorités du gouvernement du Canada telles qu'énoncées dans la *Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne*, qui vient réitérer l'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la dualité linguistique et qui se fonde sur deux piliers, soit la participation de tous les Canadiens à la dualité linguistique et le soutien accordé aux CLOSM.

Harmonisation du Programme avec les rôles et les responsabilités du gouvernement

Le PCLOS a été mis en œuvre afin que le gouvernement fédéral puisse s'acquitter de ses rôles et de ses responsabilités énoncés dans la *Loi sur les langues officielles* en vertu de laquelle le gouvernement fédéral doit « favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et appuyer leur développement ». En outre, la modification la plus récente apportée à la *Loi* valide l'obligation qu'a tout établissement fédéral de « veiller à ce que soient prises des mesures positives pour mettre en œuvre cet engagement ».

Les ministères, comme Santé Canada, ont donc l'obligation de mettre en œuvre des initiatives précises, telles que le PCLOS. Comme la *Loi* le stipule, cette mise en œuvre doit « se faire dans le respect des champs de compétence et des pouvoirs des provinces ». Cette disposition s'applique clairement au domaine de la santé et à la formation professionnelle à laquelle le PCLOS participe.

Par ailleurs, le PCLOS va dans le même sens que le Résultat stratégique de Santé Canada « Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens » qui comprend l'Activité de programme 1.3 « Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire ».

Réalisation des résultats escomptés

Des progrès ont été réalisés au niveau de l'atteinte des résultats immédiats, notamment : accroître le nombre de professionnels de la santé capables de desservir les CLOSM; augmenter la coordination et l'intégration des services de santé à l'intention des CLOSM; renforcer les partenariats avec les systèmes de santé; accroître la visibilité des RSC qui doivent servir de centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé; faire connaître davantage les stratégies et pratiques exemplaires qui permettent de se pencher sur les préoccupations des CLOSM en matière de santé.

On a notamment réussi, surtout grâce au volet formation, à accroître le nombre de professionnels de la santé disponibles et en mesure de fournir des services de santé dans les CLOSM en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick. Dans d'autres régions où les CLOSM sont plus dispersées ou plus petites, la formation des professionnels de la santé n'a pas été aussi importante. On ne sait pas encore avec certitude si les professionnels de la santé qui sont formés présenteront la combinaison requise entre les disciplines de la santé et la répartition régionale.

Les RSC sont perçus comme étant des centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM dans plusieurs provinces et territoires; des preuves anecdotiques indiquent que les réseaux semblent contribuer à l'amélioration de l'accès et à l'utilisation des services de santé dans la langue de la minorité grâce à des collaborations et à des partenariats avec les autorités régionales de la santé, les établissements locaux et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le volet du Programme portant sur les projets a offert une plus grande souplesse aux réseaux en augmentant le financement dans certains domaines précis pour s'attaquer aux priorités souvent associées aux populations vulnérables. Toutefois, peu de données documentant systématiquement les résultats et l'incidence de bon nombre des activités des Réseaux de santé communautaire se sont avérées disponibles.

Évaluation de l'efficacité et de l'économie

Un certain nombre de facteurs externes semblent exercer une influence au niveau de l'efficacité et de l'efficacité dans l'atteinte des résultats puisque les RSC comptent sur la collaboration des partenaires externes (p. ex. gouvernements provinciaux et autorités de la santé) pour planifier et offrir les services de santé. Par exemple, la capacité de ces réseaux d'atteindre des résultats dépend de la mesure dans laquelle les priorités d'intervention sont les mêmes que celles de leurs partenaires provinciaux ainsi que du degré d'influence qu'ils ont auprès de ces partenaires.

En raison de manque de données concrètes sur l'atteinte des résultats en matière de coûts, l'évaluation n'a pas permis de bien évaluer l'efficacité et l'économie du PCLOS. Toutefois, l'évaluation a fait ressortir qu'il n'existe pas d'autres options exhaustives pouvant remplacer le PCLOS et que le Programme a été en mesure d'obtenir du financement d'autres sources.

RECOMMANDATIONS

À l'heure actuelle, la formation se donne surtout dans les régions où les CLOSM sont concentrées (soit l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick), là où les professionnels de la santé formés ont tendance à demeurer et où il semble déjà y avoir un nombre suffisant de professionnels de la santé provenant de la minorité linguistique. Par conséquent, il est important d'envisager d'autres moyens de joindre la population des autres CLOSM. Étant donné que la formation est très exigeante en termes de ressources, il faudrait examiner des méthodes plus efficaces qui se concentrent également sur le recrutement et le maintien en poste dans les régions où la population des CLOSM est plus petite.

Recommandation 1 :

Il est recommandé que le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) identifie des approches, en plus de la formation professionnelle, pour accroître l'accès aux services de santé donnés dans la langue de la minorité dans les régions où la population des CLOSM est faible et/ou dispersée.

Les RSC sont de plus en plus perçus comme étant des centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM et pour l'interprétation des besoins des CLOSM; ils ont réussi à établir des partenariats avec des autorités de la santé afin de répondre à ces mêmes besoins. Ils sont donc bien placés pour travailler avec les établissements postsecondaires qui offrent déjà des programmes de formation. Grâce à des collaborations de ce genre, on peut s'assurer que les possibilités de formation concordent avec les pénuries ou besoins ciblés et que des stages ou des emplois permanents sont offerts dans les communautés concernées.

Recommandation 2 :

Il est recommandé que le BACLO s'assure que les RSC et les établissements postsecondaires collaborent, le cas échéant, à l'élaboration d'activités de formation répondant aux besoins en matière de santé des CLOSM et qu'ils travaillent ensemble, avec les autorités et les établissements de la santé, à la création de postes de stagiaire pour des étudiants bilingues afin qu'un plus grand nombre d'étudiants restent dans leur CLOSM après avoir obtenu leur diplôme.

Dans le cadre de l'évaluation, un certain nombre de lacunes et de limites ont été repérées au niveau des données relatives au rendement; ces lacunes et limites ont nui à la capacité de bien évaluer les résultats, l'économie et l'efficacité du Programme. Par exemple, puisque le terme « accès » et certains extraits du Programme comme « stratégie de recrutement » ou « outils d'information » ont été interprétés de différentes façons, les données recueillies étaient incohérentes et ne pouvaient être comparées. Il serait donc utile d'avoir des définitions normalisées que les bénéficiaires de financement pourraient utiliser pour faciliter la collecte de données relatives au rendement fiables et s'assurer que ces données sont validées et regroupées à l'échelle provinciale et territoriale.

Par ailleurs, il serait utile d'identifier des mécanismes pouvant améliorer la collecte systématique de données concernant les résultats intermédiaires (notamment en se fondant sur des collaborations antérieures avec Statistique Canada traitant du ratio de professionnels de la santé, en ajoutant d'autres et en faisant le suivi des étudiants diplômés d'établissements postsecondaires par cohorte et par programme pour déterminer l'endroit où ils travaillent et les services de santé dans la langue de la minorité ainsi obtenus).

Pour améliorer les données financières et ainsi faciliter l'évaluation de l'efficacité et de l'économie, il pourrait également être utile de demander aux bénéficiaires de financement de faire le suivi du financement obtenu dû à l'effet de levier, du coût par extrant/résultat clé et des dépenses générales.

Recommandation 3 :

Il est recommandé que le BACLO uniformise la collecte de renseignements sur le rendement afin que les données puissent être regroupées et utilisées pour faire rapport sur l'atteinte des résultats ainsi que sur l'économie et l'efficacité du Programme.

Réponse et plan d'action de la direction

Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2008-2012

Recommandation	Réponse du Programme	Tâches principales	Centre de responsabilité	Échéance
<p>Recommandation 1 Il est recommandé que le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) identifie des approches, en plus de la formation professionnelle, pour accroître l'accès aux services de santé donnés dans la langue de la minorité dans les régions où la population des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) est faible et/ou dispersée.</p>	<p>Recommandation acceptée. La formation professionnelle fera toujours partie des composantes de base de la version renouvelée du Programme de contribution pour les langues officielles en santé afin que l'on puisse utiliser les antécédents pour accroître le nombre de professionnels de la santé à la disposition des minorités de langue officielle.</p>	<p>Afin de compléter (ou de soutenir) les principales activités de formation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, Santé Canada intégrera des activités visant le maintien sur le marché du travail des professionnels de la santé dans les CLOSM dans le cadre du volet Nouveaux projets pour la santé des CLOSM du Programme renouvelé.</p>	<p>Directeur exécutif, BACLO</p>	<p>Mars 2014</p>
<p>Recommandation 2 Il est recommandé que le BACLO s'assure que les Réseaux de santé communautaire et établissements postsecondaires collaborent, le cas échéant, à l'élaboration d'activités de formation répondant aux besoins en matière de santé des CLOSM et qu'ils travaillent ensemble, avec les autorités sanitaires et les établissements de santé, à la création de postes de stagiaire pour des étudiants bilingues afin qu'un plus grand nombre d'étudiants restent dans leur CLOSM après avoir obtenu leur diplôme.</p>	<p>Recommandation acceptée. Des approches de collaboration entre des réseaux et des établissements d'enseignement, comme le partenariat entre l'Université McGill et les Réseaux de santé communautaire au Québec, visant à offrir des stages dans le domaine de la santé seront présentées à titre de modèles pour les bénéficiaires des volets réseautage et formation dans d'autres provinces et territoires.</p>	<p>En vertu de la version renouvelée du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, les bénéficiaires des volets réseautage et formation devront faire rapport sur la mesure dans laquelle ils ont créé conjointement des postes de stagiaire pour étudiants dans des disciplines de la santé pertinentes et devront cibler des régions pour chaque année du Programme.</p>	<p>Directeur exécutif, BACLO</p>	<p>Mars 2015</p>
<p>Recommandation 3 Il est recommandé que le BACLO uniformise la collecte de renseignements sur le rendement afin que les données puissent être regroupées et utilisées pour faire rapport sur l'atteinte des résultats ainsi que sur la rentabilité et l'efficacité du Programme.</p>	<p>Recommandation acceptée. Santé Canada améliorera ses mesures de rendement du Programme ainsi que la collecte et la validation des données relatives au rendement dans le but d'évaluer l'atteinte des résultats dans le cadre du Programme.</p>	<p>Afin de renforcer la cohérence et faciliter les comparaisons dans l'ensemble du Programme, un lexique anglais/français des principaux termes et des indicateurs de rendement seront inclus dans tous les appels de propositions.</p>	<p>Directeur exécutif, BACLO</p>	<p>Mars 2014</p>
		<p>Les bénéficiaires du Programme devront regrouper les données relatives au rendement, selon le cas, à l'échelle provinciale et territoriale et à l'échelle des régions administratives des services sociaux et de santé au Québec.</p>	<p>Directeur exécutif, BACLO</p>	<p>Mars 2015</p>

1.0 But de l'évaluation

Le but de l'évaluation était d'examiner la pertinence et le rendement des trois volets du Programme de contribution pour les langues officielles en santé (PCLOS) – réseautage de santé communautaire, formation et maintien en poste des professionnels de la santé et nouveaux projets pour la santé des CLOSM – pour la période allant d'avril 2008 à juin 2012.

L'évaluation a été réalisée conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

2.0 Description du Programme

La présente section du rapport donne un aperçu du Programme de contribution pour les langues officielles en santé.

2.1 Profil du Programme

L'initiative *Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013 : Agir pour l'avenir* (la Feuille de route) s'est engagée à verser 1,1 milliard de dollars sur cinq ans à 15 ministères et organismes dans les domaines de la justice, de la santé, de l'immigration, du développement économique, des arts et de la culture conformément à la *Loi sur les langues officielles* en vertu de laquelle le gouvernement fédéral doit « favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et appuyer leur développement ». Santé Canada a reçu 174,3 M\$ pour mener à bien l'exécution du PCLOS et pour s'occuper des activités de gestion, de planification stratégique et de mesure du rendement du Programme sur une période de cinq ans.

Le PCLOS relève du Résultat stratégique 1 de l'Architecture d'alignement des programmes, « Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens », et de l'Activité de programme 1.3 « Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire ». Le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada est responsable de la gestion du PCLOS. Afin de remplir ses rôles et responsabilités, il coordonne les activités touchant le PCLOS avec l'aide des intervenants suivants :

- les bureaux régionaux de Santé Canada, qui assurent une communication continue avec les organismes bénéficiaires;
- d'autres programmes de Santé Canada, comme le Programme de contributions pour les politiques en matière de santé, la Stratégie relative aux ressources humaines en santé et d'autres initiatives relevant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

- l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour vérifier que les programmes se rapportant aux deux organisations se complètent (voici des exemples de programmes de ce genre appartenant à l'ASPC : Programme d'action communautaire pour les enfants; Fonds pour la santé de la population; Le programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C);
- le Programme de la diversité et des langues officielles en ce qui a trait à l'application des Parties IV, V et VI de la *Loi sur les langues officielles*;
- le champion des langues officielles, qui conseille le Bureau lorsque celui-ci a besoin de l'approbation de la haute direction et qui fournit des conseils en tant que membre du Comité interministériel des sous-ministres adjoints sur les langues officielles (Santé Canada, 2008, p. 8-9).

Les deux principaux objectifs du Programme étaient : 1) améliorer l'accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité et 2) accroître l'utilisation des deux langues officielles dans la prestation des services de santé. En fonction des conseils reçus de deux comités consultatifs¹ (un pour les anglophones au Québec et l'autre pour les francophones hors Québec), les bénéficiaires principaux et secondaires sont chargés de l'exécution des trois volets du Programme :

1. Réseautage de santé communautaire

Ce volet du PCLOS a reçu 22 M\$ sur cinq ans pour :

- préserver et améliorer les réseaux de santé des CLOSM suivant les priorités des provinces et des territoires;
- élaborer des stratégies pour accroître et améliorer l'accès des CLOSM aux services de santé;
- assumer le leadership et la coordination des activités qui couvrent les trois volets du Programme.

En tant que bénéficiaires principaux, le RCSSS et la SSF ont mené les activités de réseautage en santé en collaboration avec les bénéficiaires secondaires.

2. Formation et maintien en poste des professionnels de la santé

Ce volet du PCLOS a reçu 114,5 M\$ sur cinq ans pour :

- offrir une formation postsecondaire afin de former des professionnels de la santé francophones à l'extérieur du Québec pour répondre aux besoins des CLOSM;
- promouvoir l'inscription d'étudiants possédant les préalables requis dans les programmes postsecondaires de formation en santé de langue française et le retour des étudiants dans les CLOSM après l'obtention de leur diplôme;

¹ Le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire a soumis son dernier rapport à Santé Canada en février 2007. Ce Comité était composé de représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, de représentants de Patrimoine canadien et de Santé Canada ainsi que de représentants du milieu communautaire et de Société Santé en français. Le Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire a présenté son dernier rapport à Santé Canada en août 2007. Ce Comité était composé de représentants de Patrimoine canadien et de Santé Canada ainsi que de représentants du milieu communautaire, notamment de l'Université McGill.

- mettre en place des initiatives de formation et de maintien en poste au Québec pour que les professionnels de la santé aient l'occasion d'accroître leur capacité de travailler dans les deux langues officielles pour répondre aux besoins des CLOSM;
- offrir une formation sur la culture en français à des professionnels de la santé bilingues dans des communautés hors Québec ou à des professionnels de la santé francophones qui ont suivi leur formation en anglais dans le but d'accroître leur capacité de fournir des services de santé à des CLOSM;
- mener des recherches et diffuser des renseignements sur les approches permettant d'améliorer l'accès aux services de santé et d'éliminer les obstacles à l'accès aux services de santé pour les CLOSM.

Le CNFS et ses établissements membres ainsi que l'Université McGill ont supervisé la formation et les activités de maintien en poste connexes.

3. Projets pour la santé des CLOSM

Ce volet du PCLOS a reçu 33,5 M\$ sur quatre ans pour accroître la visibilité des services de santé dans les CLOSM et pour encourager ces dernières à prendre en main leur propre santé. Des projets ont été créés au niveau communautaire pour répondre aux priorités et aux besoins immédiats en matière de santé communautaire, ceci tout en respectant les secteurs de compétence provinciale, territoriale et locale et en mettant l'accent sur les populations vulnérables, comme les enfants, les jeunes et les aînés. Les projets ont été coordonnés par la SSF et le RCSSS.

L'Annexe A contient d'autres renseignements sur les bénéficiaires de financement du PCLOS.

2.2 Description du Modèle logique

En 2008, le BACLO et la Direction de l'évaluation ont conjointement travaillé à la révision du modèle logique du Programme pour tenir compte des changements découlant du renouvellement du Programme et pour établir un lien évident entre les résultats et ceux de la Feuille de route.

Conformément à ce qui a été mentionné précédemment, les deux principaux objectifs (résultats intermédiaires) du PCLOS étaient les suivants : 1) améliorer l'accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité; 2) accroître l'utilisation des deux langues officielles dans la prestation des services de santé. L'atteinte de ces objectifs devait passer par la réalisation des résultats immédiats suivants:

- 1) plus grand nombre de professionnels de la santé en mesure d'offrir des services de santé dans les CLOSM;
- 2) coordination et intégration accrues des services de santé destinés aux CLOSM au sein des établissements et des communautés;

- 3) amélioration des partenariats et des interactions entre les réseaux au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux;
- 4) plus grande sensibilisation chez les intervenants que les réseaux doivent servir de centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM;
- 5) plus grandes diffusion et mise en application des connaissances, des stratégies et des pratiques exemplaires pour se pencher sur les préoccupations des CLOSM en matière de santé.

Le lien entre ces résultats attendus et les activités venant les appuyer est décrit dans le modèle logique ci-dessous.

En théorie, le Programme suppose qu'un meilleur accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité sera possible en augmentant le nombre de professionnels de la santé disponibles pour desservir les CLOSM. Cette hausse passera surtout par le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qui parlent la langue de la minorité, alors que d'autres activités (p. ex. réseautage communautaire et projets pour la santé des CLOSM) ouvriront la voie notamment en intervenant auprès des responsables de la planification des services (administration de la santé à l'échelle provinciale/territoriale et régionale) pour obtenir un plus grand nombre de services de santé dans les CLOSM

Tableau 1 : Modèle logique

	Volet 1	Volet 2	Volet 3	Volet 4	Volet 5
Résultats horizontaux	Les canadiens bénéficient des avantages de la dualité linguistique; vivent et travaillent au sein de communautés reflétant les valeurs canadiennes en ce qui concerne l'utilisation du français et de l'anglais et ont accès aux services gouvernementaux dans la langue de choix.				
	Capacité accrue des Canadiens d'expression française de l'ensemble du Canada et d'expression anglaise au Québec de vivre et de travailler au sein de communautés dynamiques dans la langue de choix		Proportion accrue de Canadiens qui sont conscients des avantages de la dualité linguistique et ont accès aux services la soutenant		
Résultats immédiats	Les CLOSM ont accès aux services de santé dans la langue officielle de leur choix		Utilisation accrue de deux langues officielles dans la provision de services de santé		
	Augmentation du nombre de professionnels de la santé pour répondre aux besoins en services de santé des CLOSM	Coordination et intégration accrue des services de santé aux CLOSM au sein des institutions et des communautés	Augmentation des partenariats et de l'interaction des réseaux dans les systèmes de santé des provinces et territoires	Plus grande reconnaissance chez les intervenants que les réseaux constituent un point de convergence pour répondre aux préoccupations et aux aspirations des CLOSM en santé	Plus grande diffusion et mise en application des connaissances/pratiques exemplaires pour répondre aux aspirations en matière de santé des CLOSM
Extrants des bénéficiaires	Stratégies de recrutement et de maintien en poste (y compris les mécanismes de soutien); séances/places dans les programmes de formation et de langue seconde	Stratégies et collaboration entre les réseaux, les partenaires des CLOSM et les responsables en matière de santé des régions, des provinces et des territoires		Outils d'information, obstacles cernés et pratiques exemplaires ou prometteuses	
Activités des bénéficiaires	Formation des professionnels de la santé, recrutement, maintien en poste et placement conformément aux exigences en matière de services de santé des CLOSM	Coordination et mobilisation du réseautage communautaire dans le domaine de la santé avec les partenaires des CLOSM et les autorités provinciales/territoriales/régionales		Identifier et évaluer les obstacles à l'accès et élaborer des pratiques exemplaires ou prometteuses	
Extrants de Santé Canada	Documents de politique, de planification et de rendement				
	Ententes de financement				
Activités de Santé Canada	Gestion du programme, planification stratégique et mesure du rendement	Financer les réseaux de santé	Financer la formation et la rétention des professionnels de la santé	Financer des projets pour la santé des CLOSM	

2.3 Ressources du Programme

Santé Canada a reçu 174,3 M\$ dans le cadre de la Feuille de route pour faciliter la mise en œuvre du Programme au cours de la période allant de 2008-2009 à 2012-2013². Comme l'indique le Tableau 2, une somme de 4,3 M\$ est consacrée aux activités de gestion, de planification stratégique et de mesure du rendement du Programme (dépenses de fonctionnement du Crédit 1), tandis qu'une somme de 170 M\$ est réservée à l'exécution des trois volets du PCLOS (subventions et contributions du Crédit 10). Le Tableau 2 résume les ressources du Programme et donne un aperçu de la répartition des fonds prévue auprès des bénéficiaires (Santé Canada, 2008).

Tableau 2 : Budget du PCLOS pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013 (en \$)

Crédit 10 – Subventions et contributions						
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Total
RCSSS						
Création de réseaux de la santé	1 000 000	1 500 000	2 000 000	2 016 757	2 000 000	8 516 757
Projets en santé des CLOSM	-	3 334 600	3 616 720	3 232 006	3 300 000	13 483 326
Total (RCSSS)	1 000 000	4 834 600	5 616 720	5 248 763	5 300 000	22 000 083
SSF						
Formation	-	-	363 252	-		363 252
Réseautage						
Île-du-Prince-Édouard	64 501	80 626	96 752	96 752	96 752	435 383
Nouveau-Brunswick	269 154	336 440	403 730	403 730	403 730	1 816 784
Nouvelle-Écosse	97 548	121 935	146 322	146 322	146 322	658 449
Terre-Neuve-et-Labrador	61 540	76 925	92 310	92 310	92 310	415 395
Ontario	525 511	656 889	788 267	788 267	788 267	3 547 201
Manitoba	109 159	136 449	163 739	163 739	163 739	736 825
Saskatchewan	94 592	118 240	141 888	141 888	141 888	638 496
Alberta	120 078	150 099	180 115	180 115	180 115	810 522
Yukon	57 583	71 979	86 375	86 375	86 375	388 687
T.N.-O.	54 859	68 574	82 289	82 289	82 289	370 300
Nunavut	57 125	71 406	85 688	85 688	85 688	385 595
Colombie-Britannique	128 350	160 438	192 525	192 525	192 525	866 363
Échelle nationale	860 000	450 000	540 000	540 000	540 000	2 930 000
Projets	-	5 058 429	5 941 149	5 609 022	5 500 000	22 108 600
Total (SSF)	2 500 000	7 558 429	9 304 401	8 609 022	8 500 000	36 471 852

² En 2003, le Gouvernement du Canada a annoncé l'initiative pan-canadienne du *Plan d'action pour les langues officielles 2003-2008*. Le *Plan d'action* incluait « un investissement de 89 millions de dollars dans les services de santé offerts aux CLOSM » (Santé Canada, 2007, p. iii) dont \$59 million ont été utilisés pour la mise sur pied du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les CLOSM de 2003-2004 à 2007-2008. La Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013: *Agir pour l'avenir* a suivi le *Plan d'action*. À partir de 2008-2009, Le Programme de contribution pour les langues officielles en santé a remplacé le Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les CLOSM.

Crédit 10 – Subventions et contributions						
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Total
Université McGill						
Total (McGill)	4 000 000	4 500 000	4 700 000	4 800 000	5 000 000	23 000 000
CNFS						
Université Sainte-Anne (N.-É.)	369 707	384 848	395 999	407 506	407 506	1 965 566
Université de Moncton (N.-B.)	2 209 417	2 493 578	2 584 042	2 657 779	2 658 467	12 603 283
Entente Qc/N.-B. (N.-B.)	2 367 504	2 037 994	2 104 107	2 172 331	2 172 331	10 854 267
Université d'Ottawa (Ont.)	4 671 225	4 930 957	5 082 811	5 239 511	5 239 511	25 164 015
Université Laurentienne (Ont.)	1 610 648	1 513 719	1 559 581	1 606 907	1 606 907	7 897 762
Collège universitaire de Saint-Boniface (Man.)	767 500	774 426	797 684	821 683	821 683	3 982 976
Campus Saint-Jean (Alb.)	691 606	644 861	665 618	687 038	687 038	3 376 161
La Cité collégiale (Ont.)	1 051 495	1 259 566	1 274 312	1 309 143	1 308 455	6 202 971
Collège Boréal (Ont.)	668 887	708 182	731 156	754 863	754 863	3 617 951
CCNB (Campbellton, N.-B.)	754 261	703 457	726 278	749 826	749 826	3 683 648
Collège Acadie Î.-P.-É.		155 000	185 000	200 000	200 000	740 000
Secrétariat national	837 750	2 393 412	2 030 150	2 143 413	2 143 413	9 548 138
Total (CNFS)	16 000 000	18 000 000	18 136 738	18 750 000	18 750 000	89 636 738
Total – Crédit 10	23 500 000	34 000 000	36 700 000	38 000 000	38 300 000	170 000 000
Crédit 1 – Dépenses de fonctionnement						
Salaires	20 000	228 000	300 000	310 000	317 000	1 175 000
Autres dépenses de fonctionnement	173 400	496 760	701 000	487 700	878 390	2 737 250
Régimes d'avantages sociaux des employés et gestion des installations	6 600	75 240	99 000	102 300	104 610	387 750
Total – Crédit 1	200 000	800 000	1 100 000	900 000	1 300 000	4 300 000
Total (PCLOS)	23 200 000	34 800 000	37 800 000	38 900 000	39 600 000	174 300 000

Sources : BACLO, 2011a, p. 4; BACLO, 2011b; Université McGill, 2009a; CNFS, 2009, p. i; Santé Canada, 2008, p. 15.

3.0 Description de l'évaluation

La présente section du rapport donne une description de la méthodologie mise en œuvre dans le cadre de l'évaluation, notamment des objectifs et des questions fondamentales de l'évaluation, de l'approche utilisée pour la collecte de données ainsi que des principales limites s'appliquant aux méthodes et aux conclusions de l'évaluation.

3.1 Portée de l'évaluation

Le Cadre d'évaluation est basé sur le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats qui a été approuvé par le Secrétariat du Conseil du Trésor en 2008 puis modifié en collaboration avec Santé Canada afin de tenir compte des questions fondamentales devenus obligatoires en vertu de la *Politique sur l'évaluation (2009)*.

La portée de l'évaluation englobe toutes les activités du PCLOS de 2008-2009 à 2012-2013.

Les questions précises de cette évaluation se fondent sur les cinq questions fondamentales décrites dans la *Politique sur l'évaluation (2009)*. Ces questions sont énoncées dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Questions fondamentales

Enjeux de l'évaluation	Questions de l'évaluation
Pertinence	
Question 1 : Besoin continue du programme	Le PCLOS est-il toujours nécessaire?
Question 2 : Conformité du programme aux priorités du gouvernement	Le PCLOS est-il conforme aux priorités du gouvernement du Canada?
Question 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement	Le PCLOS est-il conforme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement du Canada?
Rendement (efficacité, efficience et économie)	
Question 4 : Réalisation des résultats escomptés	Le PCLOS réalise-t-il les résultats escomptés tels que décrits dans le modèle logique?
Question 5 : Démonstration de l'efficience et de l'économie	Le processus de mise en œuvre du PCLOS s'est-il avéré efficient et économique?

3.2 Approche et conception de l'évaluation

Un modèle non expérimental a été utilisé pour l'évaluation. Il n'y a donc pas eu d'assignation aléatoire des groupes échantillons ni de groupe témoin pour faire une comparaison avec l'échantillon. De par son modèle non expérimental, l'évaluation se fonde sur la corrélation pour démontrer les effets du programme. L'évaluation a donc été conçue pour démontrer les contributions possibles du Programme à l'atteinte des résultats prévus plutôt que des liens directs de causalité entre le Programme et les résultats.

3.3 Méthodes de collecte de données et limites

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de multiples sources en fonction du Cadre d'évaluation qui a été élaboré pour orienter la collecte de données devant servir à l'évaluation.

Voici quelques-unes des sources d'information utilisées dans le cadre de cette évaluation (les Annexes B et C contiennent d'autres détails à ce sujet) :

1. Examen de la littérature

L'examen de la littérature était axé sur les thèmes suivants : les besoins des minorités de langue officielle; l'application des connaissances dans le secteur de la santé; les déterminants de l'accès aux soins de santé; l'accessibilité des soins de santé pour les CLOSM. Au total, 50 articles, documents et rapports pertinents ont été utilisés.

2. Examen des documents

L'examen des documents visait principalement des documents provenant du PCLOS et de Santé Canada (fournis par le Ministère ou consultés sur le site Web). Au total, plus de 1 400 documents, sous différents supports, ont été examinés aux fins du présent rapport. De ce nombre, près de 100 documents ont été conservés à des fins d'analyse approfondie et de codage.

3. Examen des résultats des recensements et d'autres enquêtes

L'examen des résultats des recensements et d'autres enquêtes a permis d'obtenir de l'information sur l'état des CLOSM et l'évolution de leurs besoins en matière de soins de santé, sur les facteurs limitant ou augmentant l'accès aux soins de santé et sur la satisfaction à l'égard de l'accès aux soins de santé parmi les CLOSM.

4. Entrevues auprès d'informateurs clés

Au total, 30 entrevues ont été réalisées auprès des personnes suivantes : des représentants des RSC; d'autres intervenants; des représentants d'établissements postsecondaires; du personnel de gestion et du personnel opérationnel du Programme de Santé Canada; des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux.

5. Études de cas

Dans l'ensemble du pays, sept études de cas portant sur les RSC ont été réalisées — deux au Québec et cinq dans le reste du Canada. La sélection des RSC visait à assurer une représentation régionale et à inclure à la fois de petits RSC et des grands. Les RSC ont fourni de l'information qui a facilité l'évaluation des résultats attendus en définissant des facteurs ayant exercé une influence sur le développement et les progrès des RSC (et de leurs projets connexes).

6. Groupe d'experts

Un groupe d'experts (4 universitaires et chercheurs) a été mis en place pour obtenir une rétroaction sur les conclusions des sources de données recueillies. L'avis des experts a servi à analyser et à valider les données d'évaluation avant de les intégrer au rapport.

Les principales limites des méthodes de collecte de données sont décrites au Tableau 4 ci-dessous :

Tableau 4 : Limites des méthodes de collecte de données

Méthode de collecte de données	Limite	Stratégie d'atténuation
Examen de la littérature	<p>En raison du moment choisi pour l'examen, la littérature ne se rapportait pas uniquement à la période visée par l'évaluation. Peu de renseignements portant précisément sur l'application des connaissances quant aux préoccupations des CLOSM en matière de santé ont pu être trouvés. Par ailleurs, aucune littérature didactique ou grise traitant de solutions de remplacement au PCLOS n'a été trouvée.</p> <p>Cette situation a eu une incidence sur la capacité de l'évaluation de bien mesurer l'économie et l'efficacité du Programme.</p>	<p>Les limites ont été notées et utilisées pour qualifier les constatations et les conclusions. Un groupe d'experts a été créé pour examiner certaines de ces limites.</p>
Examen des documents	<p>Certains des renseignements relatifs au rendement qui ont été documentés avaient une valeur limitée puisqu'il n'était pas possible de regrouper les données et que celles-ci ne se rapportaient pas aux indicateurs inclus dans la stratégie de mesure du rendement. L'étude de base réalisée en 2008 pour le PCLOS a été d'une utilité restreinte, car elle se fondait sur de l'information produite à une date antérieure à la période d'évaluation.</p> <p>Cette situation a eu une incidence sur la capacité de l'évaluation de bien mesurer l'impact du Programme (soit l'atteinte des résultats).</p>	<p>D'autres sources de données ont été utilisées pour documenter l'efficacité du Programme; lorsque des données relatives au rendement sont consignées dans le rapport, les questions concernant ces données sont formulées dans une note en bas de page.</p>
Examen des résultats des recensements et d'autres enquêtes	<p>Les sources autres que les recensements ne donnent pas une définition uniforme de ce que sont les membres des CLOSM dans l'ensemble du pays.</p> <p>Peu de sources de données ont fourni de l'information référentiel directement à la demande de services dans la langue de la minorité ou à la capacité des fournisseurs d'offrir des services dans cette langue.</p> <p>Les résultats des sondages ne peuvent être généralisés ni appliqués à toute une population étant donné les limites de la couverture géographique rattachée à certaines des enquêtes.</p> <p>De plus, pour un certain nombre de sources de données, il n'a pas été possible de comparer les données dans le temps.</p> <p>Ces facteurs ont limité la capacité d'identifier les changements ou les répercussions, et d'en discuter, au cours de la période d'évaluation 2008-2012.</p>	<p>Des variables de substitution ont été définies et utilisées au besoin, le plus souvent en comparant la première langue officielle parlée (PLOP) d'un individu avec la langue de la majorité dans sa province; les personnes dont la PLOP est le français et qui résident au Canada, hors Québec, sont censées représenter les CLOSM toute comme les personnes dont la PLOP est l'anglais et qui habitent au Québec.</p> <p>L'analyse n'a pas fait de comparaison directe entre des données de différentes sources; les principales limites ont été consignées s'il y a lieu et prises en compte au moment d'interpréter les constatations.</p>
Entrevues auprès d'informateurs clés et études de cas	<p>Les individus qui connaissaient bien le Programme, et qui ont donc été interviewés, avaient probablement un intérêt direct à l'égard du Programme. Dans le cadre de l'évaluation, les informateurs clés étaient des bénéficiaires de financement.</p> <p>Ce contexte a pu biaiser positivement les conclusions.</p>	<p>L'évaluation a tenté de trouver un juste milieu entre l'avis des personnes interviewées ainsi que les preuves tirées de l'examen de la littérature, des documents et des enquêtes.</p>
Groupe d'experts	<p>Les conclusions tirées par le groupe d'experts dépendaient des connaissances et du savoir-faire des experts choisis pour composer le groupe et illustraient leur expérience et leur parti pris.</p>	<p>L'avis des experts a servi à valider et à analyser les différentes constatations; toutefois, d'autres méthodes ont aussi été appliquées afin de minimiser le risque de biais (p. ex. validation du Programme et de différentes sources de données).</p>

4.0 Constatations

La présente section énonce les constatations tirées de l'évaluation en fonction des questions fondamentales de l'évaluation sur le plan de la pertinence (Section 4.1) et du rendement du Programme (Section 4.2), incluant son efficacité et son économie (Section 4.3). Par souci de commodité, les principales constatations sont insérées dans des zones de texte au début de chaque section.

4.1 Pertinence

4.1.1 Besoin continu du programme

Les CLOSM représentent 6,4 % de la population canadienne (2006) et sont concentrées surtout au Nouveau-Brunswick, en Ontario et au Québec.

La grande majorité des membres des CLOSM estiment qu'il est important qu'ils soient capables d'utiliser leur langue dans la vie quotidienne, que les droits linguistiques soient respectés et que les services des gouvernements fédéral et provincial soient offerts dans la langue de la minorité.

En ce qui a trait aux déterminants de la santé et aux besoins perçus des CLOSM en matière de santé, les données présentement disponibles (qui ne sont d'aucune façon concluantes) n'indiquent pas que les besoins en matière de soins de santé des CLOSM diffèrent beaucoup de ceux de la communauté linguistique majoritaire. Cependant, les communautés francophones en situation minoritaire ont tendance à être plus âgées; par conséquent, elles sont plus susceptibles d'avoir besoin d'un plus grand nombre d'interventions médicales. Par ailleurs, les francophones en situation minoritaire ont tendance à vivre en milieu rural; au Nouveau-Brunswick seulement, la CLOSM présente des niveaux d'éducation et de revenu plus bas.

Alors qu'un certain nombre d'obstacles (comme la langue et la culture, l'emplacement géographique et la disponibilité des professionnels de la santé) semblent influencer sur l'accès des CLOSM aux soins de santé à différents degrés, la question de l'accès semble être liée davantage à des obstacles non linguistiques.

La population francophone en situation minoritaire hors Québec est satisfaite de son niveau d'accès aux services de santé. Toutefois, au Québec, la minorité anglophone semble beaucoup moins satisfaite.

Description des CLOSM

La méthode principale utilisée par le gouvernement fédéral pour évaluer les CLOSM est décrite en tant que « méthode I » dans le *Règlement sur les langues officielles – communications avec le public et prestation des services*. L'approche est tirée de l'*Estimation de la population selon la première langue officielle parlée* de 1989 de Statistique Canada qui « tient compte, premièrement, de la connaissance des langues officielles, deuxièmement, de la langue maternelle

et, troisièmement, de la langue parlée à la maison, et qui comprend la répartition en parts égales entre le français et l'anglais des cas où les renseignements disponibles ne permettent pas à Statistique Canada de déterminer si la première langue officielle parlée est le français ou l'anglais ». Selon cette approche, les personnes qui résident au Québec et dont l'anglais est la PLOP sont considérées comme formant la population de la CLOSM de cette province. Dans le même ordre d'idées, les personnes qui résident dans les autres provinces et territoires et dont le français est la PLOP sont considérées comme formant la population de la CLOSM de ces provinces et territoires.

D'après le Recensement de 2006 (Tableau 5), les CLOSM comptent presque 2 millions de personnes et représentent environ 6,4 % de la population totale au Canada. Ces individus sont répartis presque également entre les Québécois anglophones et les Canadiens francophones dans les autres provinces et territoires. La population des CLOSM est davantage concentrée dans certaines provinces (Nouveau-Brunswick à 32,7 %; Québec à 13,4 %; Ontario à 4,5 %). La concentration la plus faible se trouve à Terre-Neuve-et-Labrador à 0,4 %.

Tableau 5 : Communautés de langue officielle en situation minoritaire par province et territoire, 2006

	Population totale	Première langue officielle parlée				Minorités de langue officielle	
		Anglais	Français	Français et anglais	Ni l'anglais ni le français	Nombre	Pourcentage
Terre-Neuve-et-Labrador	500 605	497 815	1 835	195	755	1 935	0,4
Île-du-Prince-Édouard	134 205	128 980	5 085	95	40	5 135	3,8
Nouvelle-Écosse	903 090	868 850	31 510	1 430	1 300	32 225	3,6
Nouveau-Brunswick	719 650	482 870	234 155	1 945	680	235 130	32,7
Québec	7 435 900	885 445	6 263 950	218 555	67 955	994 725	13,4
Ontario	12 028 895	11 189 935	497 150	80 890	260 920	537 595	4,5
Manitoba	1 133 515	1 079 235	42 125	1 985	10 165	43 120	3,8
Saskatchewan	953 850	935 495	14 475	750	3 130	14 850	1,6
Alberta	3 256 360	3 150 175	58 575	8 420	39 185	62 785	1,9
Colombie-Britannique	4 074 385	3 883 215	53 060	17 350	120 755	61 735	1,5
Yukon	30 195	28 830	1 125	120	115	1 185	3,9
Territoires du Nord-Ouest	41 055	39 675	950	110	320	1 005	2,5
Nunavut	29 325	26 575	385	80	2 290	425	1,4
Canada	31 241 030	23 197 095	7 204 380	331 925	507 610	1 991 850	6,4
Canada (sauf le Québec)	23 805 130	22 311 650	940 430	113 370	439 655	997 125	4,2

Voici un résumé des caractéristiques des CLOSM.

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, la population dont le français est la PLOP est concentrée dans certaines régions précises de la province. Environ 90 % de cette population réside dans six des quinze divisions de recensement de la province et se trouve surtout dans le Nord et le Sud-Est du Nouveau-Brunswick.

Aperçu de la population des CLOSM du Nouveau-Brunswick :

- La population de la minorité linguistique présente des niveaux d'éducation plus faibles, alors que 36 % de cette population n'a pas de certificat ni de diplôme par rapport à un taux de 22 % chez la majorité anglophone.
- En moyenne, la population de la CLOSM a un revenu inférieur à celui de la majorité, le revenu moyen de la minorité étant de 4 000 \$ et de 1 000 \$ de moins chez les hommes et les femmes, respectivement. Vingt-deux pour cent des CLOSM se situent dans le percentile inférieur pour le revenu par comparaison à 16 % chez les anglophones (Bouchard et coll., 2009).
- Les francophones sont également plus susceptibles de vivre dans des zones rurales que les anglophones (53 % c. 46 %) (Bouchard et coll., 2009).

Ontario

Les francophones de l'Ontario sont concentrés dans des régions précises de la province. Environ 60 % de la population dont le français est la PLOP réside près de la frontière du Québec. Dans ces régions, les francophones représentent une proportion beaucoup plus importante de la population.

Aperçu de la population des CLOSM de l'Ontario :

- Les statistiques sur les diplômes et les certificats obtenus au niveau postsecondaire démontrent que les écarts entre les groupes au niveau des études sont minces. Les données tirées du Recensement de 2006 indiquent que 24 % de la population francophone n'avait aucun certificat ni diplôme par rapport à 21 % de la population anglophone.
- Le revenu moyen de la minorité est semblable à celui de la majorité selon les statistiques de 2006 (le revenu médian des francophones est de 3 500 \$ plus élevé que celui des anglophones). Cependant, les données de l'ESCC indiquent qu'une plus grande proportion de la minorité se situe dans le percentile inférieur pour le revenu par rapport à la majorité (21 % c. 17 %).
- Les francophones de l'Ontario sont plus susceptibles de vivre dans des zones rurales et éloignées par rapport aux anglophones (19 % c. 14 %) (Bouchard et coll., 2009) et ont tendance à être plus âgés.

Québec

La population minoritaire anglophone forme environ 13,4 % (voir le Tableau 5) de la population de la province. Trois régions de la province regroupent près de 92 % de la minorité anglophone, avec plus de 80 % des anglophones vivant dans la région métropolitaine de recensement de Montréal (soit 22 % de toute la population de cette région). L'Outaouais ainsi que l'Estrie et les

régions du Sud du Québec comprennent respectivement 6 % et 5 % de la population anglophone du Québec; leur importance relative au sein de la population était de 17 % et de 9 % respectivement.

Aperçu de la population des CLOSM du Québec :

- Les statistiques sur les diplômes et certificats obtenus au niveau postsecondaire issues du Recensement de 2006 révèlent qu'il existe un écart appréciable dans le taux d'obtention d'un diplôme universitaire en faveur des anglophones : presque 25 % des anglophones ont un tel diplôme contre un peu plus de 15 % des francophones.
- L'écart de revenu entre les anglophones et les francophones s'est réduit au fil du temps; cependant, les données du Recensement de 2006 indiquent que, alors que le revenu moyen des personnes dont la PLOP est l'anglais est de 3 080 \$ supérieur à celui des personnes dont la PLOP est le français, le revenu médian des anglophones est en fait de 1 806 \$ inférieur à celui des francophones. Ces constatations donnent à penser que les anglophones présentent un palier de revenu plus large que les francophones.
- On comptait moins d'anglophones en milieu rural que de francophones (10 % c. 21 %) selon Bouchard et ses collaborateurs (2009).
- Au Québec, une majorité d'anglophones (87 %) estiment qu'il est important de recevoir des services de santé en anglais (Statistique Canada, EVMLO). Par ailleurs, ils sont généralement à l'aise de demander des services en anglais (74 %).

Ailleurs au pays

Si l'on se fonde sur la définition de PLOP, la taille de la minorité francophone dans les autres provinces et territoires varie de 425 individus au Nunavut à 62 785 en Alberta, ce qui représente 0,04 % et 6,2 % de la population du territoire ou de la province respectivement. Dans l'ensemble des provinces et des territoires, les CLOSM ont tendance à vivre en milieu rural.

Aperçu de la population des CLOSM dans les autres provinces :

- Le niveau d'éducation varie selon les régions, parfois en faveur de la minorité et parfois en faveur de la majorité. D'autres variables, comme l'immigration (les immigrants ont tendance à intégrer la majorité), peuvent également influencer sur les statistiques relatives au niveau d'éducation.
- Les communautés francophones en situation minoritaire ont tendance à être plus âgées que la population majoritaire; par conséquent, elles sont plus susceptibles d'utiliser les services de santé sur une base régulière.
- Si l'on combine les quatre provinces de l'Ouest et les trois territoires, 49 % des francophones estiment qu'il est important de recevoir des services de santé en français. Seulement 51 % se sentent à l'aise de demander des services en français et 59 % indiquent qu'elles auraient de la difficulté à accéder à des services en français.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, 63 % des francophones estiment qu'il est important de recevoir des services de santé en français. Quarante-quatre pour cent se sentent à l'aise de demander des services en français et 54 % indiquent qu'elles auraient de la difficulté à accéder à des services en français.

État de santé

Les intervenants qui ont pris part à l'évaluation ont indiqué que **les besoins en matière de soins de santé sont semblables entre les groupes minoritaire et majoritaire de langue officielle, dans des circonstances comparables (p. ex. âge, caractère rural ou éloignement)**. La plupart des informateurs clés ont constaté que les besoins en matière de soins de santé des CLOSM sont demeurés relativement stables entre 2008 et 2012; certains ont indiqué que des progrès ont été réalisés pour ce qui est de répondre à ces besoins. Les études de cas ont confirmé que les besoins de la minorité et de la majorité de langue officielle sont sensiblement les mêmes dans plusieurs provinces et territoires (à l'exception des minorités francophones qui ont tendance à être plus âgées que la population composant la majorité).

Conformément à ce qui a été noté précédemment, **on constate des écarts régionaux dans la prévalence des déterminants négatifs de la santé au sein des populations de CLOSM partout au Canada** (voici des exemples de déterminants négatifs : revenu inférieur; niveau d'instruction inférieur; vie rurale). Par ailleurs, les populations de CLOSM au Canada, hors Québec, sont, en moyenne, plus âgées que la population composant la majorité. Toutefois, au Québec, la répartition comparative n'est pas aussi claire et uniforme. Alors que les membres âgés des CLOSM représentent un petit nombre d'individus dans la plupart des provinces et des territoires (voir le Tableau 5), ils sont plus susceptibles d'être unilingues et, par le fait même, d'être confrontés à un obstacle linguistique. Il se peut aussi qu'ils connaissent moins bien la terminologie médicale spécialisée et qu'ils utilisent plus souvent le système de santé (Bernier, 2009; Corbeil et coll., 2006; Kischuck, 2010).

En présence d'obstacles linguistiques à l'obtention de services de santé dans la langue de la minorité, les populations vulnérables (comme les aînés et les enfants) sont habituellement les groupes les plus touchés. Un certain nombre d'études ont fait ressortir l'incidence négative sur la santé pouvant découler d'une mauvaise communication et assimilation inadéquate de l'information relative à la santé.

Les données sur l'état de santé des CLOSM sont limitées ou divergent. Aux fins d'une étude menée pour le CNFS, Bouchard et Paulin (2010) ont passé en revue un vaste répertoire de bases de données canadiennes contenant de l'information sur la santé de la population minoritaire francophone hors Québec. Les auteurs ont noté que de l'information sur l'état de santé réel ou perçu n'était disponible que dans seulement 60 % des bases de données, avec seulement quelques sources de données incluant de l'information sur des facteurs relatifs au soutien social, à la culture, aux finances ou à l'environnement physique reconnus pour être des déterminants de la santé. Près de la moitié des sources de données (42,9 %) examinées ne comprenaient pas d'information sur les principaux déterminants de la santé, comme l'éducation et l'alphabétisme. Alors que 20 % des sources de données contenaient des résultats d'enquêtes sur la santé des individus, de nombreuses lacunes ont été repérées, notamment quant aux données sur la morbidité et la fréquence des maladies graves comme le cancer.

Une étude comparative récente de la population francophone, « La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba », qui a été financée par le ministère de la Santé du Manitoba (Chartier, 2012) a révélé que « les Franco-Manitobains plus âgés (nés avant 1958)

sont en moins bonne santé que les autres Manitobains du même groupe d'âge, ceux nés entre 1958 et 1982 ont un état de santé similaire et ceux nés après 1982 sont en meilleure santé que les autres Manitobains de ce groupe d'âge ».

Un rapport de synthèse signale que les résultats touchant l'état de santé des minorités francophones hors Québec varient d'une étude à l'autre puisque les auteurs perçoivent différemment l'état de santé des communautés francophones en situation minoritaire. Par exemple, certains estiment que l'état de santé est aussi bon que celui de la majorité anglophone alors que d'autres soutiennent que les francophones ont un état de santé global moins bon (feuillet du Réseau pour la santé des femmes). Les diverses méthodes d'auto-évaluation de la santé souffrent d'un éventail de limites. Comme Bélanger et ses collaborateurs (2011) l'ont noté, la mesure de l'auto-évaluation de la santé reste subjective, et les différentes interprétations de la santé, surtout en raison des antécédents culturels, peuvent jouer un rôle dans l'évaluation qu'un individu fait de sa propre santé.

Dans les entrevues et études de cas menées au Québec, on a également mentionné que l'absence de variables linguistiques dans les bases de données administratives provinciales sur la santé était problématique tout comme l'absence de mécanismes permettant d'évaluer la demande et l'offre de services de santé en anglais à partir des bases de données administratives.

Dans le même ordre d'idées, les renseignements autodéclarés limités portant sur des indicateurs de santé semblent pointer dans des directions différentes. Par conséquent, il est difficile d'affirmer fermement qu'il existe une différence dans l'état de santé en raison des limites associées aux données. Il se peut que les communautés en situation minoritaire soient désavantagées au niveau de leur état de santé, mais les données ne permettent pas de tirer une telle conclusion.

Besoins particuliers en santé

Les besoins les plus courants en matière de soins de santé qui ont été définis par les intervenants se rapportent à la disponibilité générale ainsi qu'au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé. Un certain nombre d'infirmiers clés ont parlé de la nécessité d'offrir des services précis (p. ex. omnipraticiens et spécialistes, pharmaciens, infirmières et psychologues) dans la langue de la minorité alors que d'autres ont souligné la nécessité de fournir des services destinés à des segments particuliers de la population (comme les aînés).

L'une des sources passées en revue a fait ressortir que le CNFS a réalisé une analyse de l'environnement (Brynaert, 2011) qui suggérait que les besoins les plus urgents en matière d'accès à des services de santé dans les communautés francophones hors Québec concernent les services de santé mentale. L'étude a aussi souligné l'importance du vieillissement de la population canadienne francophone hors Québec.

Même si l'étude de Statistique Canada sur les professionnels de la santé (2009) suggère que l'effectif composé de travailleurs sociaux et de psychologues semblait suffisant dans les provinces où se trouvent la plupart des CLOSM (soit le Nouveau-Brunswick, le Québec et

l'Ontario) ainsi que dans quelques autres provinces (soit l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique³), la nécessité d'offrir plus de services de santé mentale a quand même été reprise par un certain nombre d'informateurs clés. Un petit nombre d'entre eux ont également parlé de la nécessité d'offrir davantage de soins primaires, de soins spécialisés et d'activités de promotion de la santé et de prévention et de prévoir un plus grand nombre de points de service.

Sentiment d'appartenance et importance de pouvoir utiliser la langue de la minorité dans les activités de la vie quotidienne

L'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle (EVMLO – Statistique Canada, 2007) a demandé « aux membres des minorités de langue officielle à quel groupe, parmi les francophones et les anglophones, ils s'identifient le plus » pour avoir une idée du sentiment d'appartenance à un groupe linguistique. Les données recueillies dans le cadre de cette enquête démontrent que la proportion d'adultes francophones qui s'identifient uniquement ou surtout au groupe francophone allait de 61 % au Nouveau-Brunswick, à 31 % en Ontario et à 12 % en Saskatchewan. Dans les provinces de l'Ouest, la proportion d'adultes francophones s'identifiant surtout ou uniquement au groupe anglophone dépassait la proportion s'identifiant au groupe francophone. Dans les provinces de l'Atlantique (autre que le Nouveau-Brunswick), la proportion d'adultes francophones s'identifiant uniquement ou surtout au groupe francophone était comparable à la proportion s'identifiant uniquement ou surtout au groupe anglophone. Au Québec, près d'un adulte sur deux de la minorité anglophone s'identifiait surtout au groupe anglophone par rapport à 37 % s'identifiant aux deux groupes.

Alors que le sentiment d'appartenance semblait varier grandement d'un bout à l'autre du pays, **une proportion importante d'adultes francophones hors Québec ont répondu qu'il était important de pouvoir utiliser la langue de la minorité dans la vie quotidienne**, ce taux allant de 93 % au Nouveau-Brunswick à un peu plus de 50 % en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique. Cependant, cette réponse semblait liée à l'importance relative du groupe minoritaire dans la municipalité où ces personnes résident habituellement. **Quant aux membres de la minorité anglophone du Québec, la grande majorité (88 %) ont indiqué qu'il était important ou très important pour eux de pouvoir utiliser l'anglais dans la vie quotidienne.** Parmi les répondants capables de soutenir une conversation en français, 76 % estimaient qu'il est tout de même important ou très important de pouvoir utiliser l'anglais dans la vie quotidienne.

Importance de la prestation de services gouvernementaux dans la langue de la minorité

La proportion d'adultes francophones considérant qu'il est important que les services du gouvernement fédéral soient offerts en français et que les droits linguistiques soient respectés au moment de recevoir des services du gouvernement fédéral dans leur province est restée au-dessus de 66 % dans les deux cas, et ce dans toutes les provinces. Par ailleurs, 94 % des anglophones du Québec estiment qu'il est important ou très important que les services du gouvernement soient offerts en anglais et 96 % d'entre eux ont répondu qu'il

³ Dans la plupart des autres provinces et territoires, la taille de l'échantillon n'était pas assez importante pour produire une estimation précise de l'utilisation de la langue de la minorité par les travailleurs sociaux et psychologues.

est important que les droits linguistiques soient respectés au moment de recevoir des services du gouvernement fédéral dans leur province. Selon l'EVMLLO, les perceptions de la population francophone sur l'importance du respect des droits linguistiques sont liées à la langue dans laquelle ils se disent plus à l'aise. À l'extérieur du Québec et du Nouveau-Brunswick, environ 46 % des francophones rapportent être plus à l'aise en anglais qu'en français, comparativement à 38 % qui sont plus à l'aise en français et à 16 % qui sont autant à l'aise dans une langue que dans l'autre.

Quand les membres des CLOSM ont été précisément interrogés sur l'importance de recevoir des services de santé dans la langue de la minorité, les réponses variaient grandement selon la province. Le Nouveau-Brunswick se distingue avec une proportion de 80 % des adultes francophones signalant que cet aspect est « très important » ou « important », alors que, dans les autres provinces, les proportions allaient de 23 % en Saskatchewan à 54 % en Ontario (Statistique Canada, 2007).

Influence des obstacles à l'accès

Alors qu'un certain nombre d'obstacles (comme la langue et la culture, l'emplacement géographique et la disponibilité des professionnels de la santé) semblent influencer sur l'accès des CLOSM aux services de santé dans différentes mesures, la difficulté d'accéder aux services de santé semble liée davantage à des obstacles non linguistiques. En examinant les facteurs qui exercent une influence sur l'accès aux services de santé, il est évident que certains facteurs se retrouvent dans la population en général et que d'autres sont propres aux CLOSM. L'évaluation a examiné cinq grands facteurs : facteurs socio-économiques; langue et culture; répartition géographique et distance à parcourir pour obtenir des services; disponibilité des professionnels de la santé; offre proactive de services dans la langue de la minorité. Les principales constatations englobent ce qui suit (voir l'Annexe C pour les détails) :

- Alors que la maîtrise de la langue peut avoir une incidence sur l'accès à des soins de santé de qualité, la majorité des francophones hors Québec et Nouveau-Brunswick ont rapporté être plus à l'aise en anglais qu'en français ou être tout aussi à l'aise dans les deux langues.
- La distance à parcourir pour obtenir des services de santé et la faible densité de la population semblent être des obstacles à l'accès aux soins de santé, mais on ignore si ces obstacles sont plus importants pour la population de la minorité linguistique que pour celle de la majorité linguistique dans un contexte semblable (p. ex. milieu rural ou éloigné).
- Dans les provinces où les concentrations de CLOSM sont plus élevées, il était généralement possible d'accéder à des services de santé dans la langue de son choix.
- Même si des communautés de partout au pays vivent des pénuries de professionnels de la santé, les intervenants semblaient avancer que la pénurie est plus problématique pour les CLOSM. La littérature donne à penser que les pénuries de professionnels de la santé desservant les CLOSM sont évidentes pour plusieurs professions, notamment les omnipraticiens, les spécialistes, les infirmières et les préposés aux soins (Dufour et Fontaine, 2008). Brynaert (2011) a également souligné l'importance du vieillissement de la population des CLOSM.

L'étude de 2009 de Statistique Canada intitulée *Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada* dresse le portrait de certains groupes de professionnels de la santé qui desservent ou pourraient être capables de desservir des CLOSM. Le rapport analyse des données linguistiques du Recensement de 2006 pour produire des statistiques sur le nombre de médecins, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé dans chaque province et territoire qui font partie de la population minoritaire, qui utilisent la langue de la minorité au travail ou qui déclarent pouvoir converser dans cette langue. Le Tableau 6 présente des données sur la répartition des professionnels de la santé dans différentes régions du Canada en fonction de ces trois compétences linguistiques.

Une observation générale se dégage d'une étude sur les différentes régions et professions qui sont présentées au Tableau 6 et dans l'étude de Statistique Canada. Dans les régions où les CLOSM sont plus concentrées, on constate également une présence très importante de professionnels de la santé dont la première langue officielle est celle de la minorité. Cette tendance est également présente dans les trois régions où la concentration de CLOSM est élevée, soit le Nord du Nouveau-Brunswick, la région de Montréal et l'Est de l'Ontario (dans le présent cas, la Région sanitaire de Champlain).

Inversement, dans les régions où la concentration de CLOSM est plus faible, on compte davantage sur des professionnels de la santé qui ont une connaissance pratique de la langue officielle de la minorité et qui utilisent la langue de la minorité sur une base régulière, mais dont la première langue officielle n'est pas la langue de la minorité.

Tableau 6 : Professionnels de la santé selon l'utilisation de la langue de la minorité au travail, la connaissance de la langue officielle de la minorité et la région de résidence, 2006

Région	% de médecins utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% de médecins connaissant la LO de la minorité	% d'infirmières utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% d'infirmières connaissant la LO de la minorité	% de travailleurs sociaux et de psychologues utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% de travailleurs sociaux et de psychologues connaissant la LO de la minorité	PLOP : français seulement; anglais seulement au Québec (population en général)
Terre-Neuve-et-Labrador	4,4 %	19,7 %	1,2 %	4,0 %	0,0 %	6,7 %	0,4 %
Île-du-Prince-Édouard	0,0 %	11,5 %	3,7 %	8,0 %	6,1 %	27,3 %	3,8 %
Nouvelle-Écosse	5,4 %	20,3 %	3,2 %	9,5 %	4,4 %	15,0 %	3,6 %
Nouveau-Brunswick	45,8 %	53,0 %	44,3 %	48,8 %	56,5 %	60,2 %	32,7 %
Québec	51,1 %	85,5 %	36,8 %	44,9 %	29,4 %	55,5 %	13,4 %
Ontario	7,0 %	23,0 %	6,9 %	11,8 %	8,2 %	18,6 %	4,5 %
Manitoba	2,9 %	15,0 %	3,6 %	8,5 %	2,9 %	10,1 %	3,8 %
Saskatchewan	0,9 %	12,0 %	0,7 %	4,6 %	0,9 %	6,2 %	1,6 %
Alberta	2,5 %	14,9 %	1,0 %	7,2 %	1,2 %	7,7 %	1,9 %
Colombie-Britannique	2,7 %	19,3 %	0,7 %	6,7 %	1,6 %	10,7 %	1,5 %

Région	% de médecins utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% de médecins connaissant la LO de la minorité	% d'infirmières utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% d'infirmières connaissant la LO de la minorité	% de travailleurs sociaux et de psychologues utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% de travailleurs sociaux et de psychologues connaissant la LO de la minorité	PLOP : français seulement; anglais seulement au Québec (population en général)
Yukon	10,0 %	35,0 %	0,0 %	14,9 %	0,0 %	17,4 %	3,9 %
Territoires du Nord-Ouest	0,0 %	25,0 %	2,3 %	8,1 %	0,0 %	23,8 %	2,5 %
Nunavut	0,0 %	40,0 %	10,5 %	21,1 %	0,0 %	13,3 %	1,4 %
Canada (hors Québec)	6,1 %	21,1 %	5,6 %	10,8 %	6,9 %	16,0 %	4,2 %

Source : Statistique Canada, 2006.

Dans certaines provinces (cellules ombrées), les échantillons étaient parfois trop petits pour donner des estimations précises; l'interprétation des résultats doit donc faire preuve de prudence.

Dans l'ensemble, l'EVMLO a avancé que **la population des CLOSM semble généralement satisfaite du niveau d'accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité** alors qu'environ la moitié des anglophones au Québec et des francophones dans le reste du Canada ont déclaré qu'il serait « facile » ou « très facile » pour eux d'obtenir des services de santé dans la langue de la minorité. L'utilisation de la langue de la minorité ne semble pas aussi courante dans les provinces de l'Ouest.

Alors que les données de recensement donnaient à penser que la langue des CLOSM semble être utilisée dans la prestation de services de santé par les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues, au moins dans les provinces où les CLOSM ont tendance à se concentrer, Blaser a laissé entendre (2009) que la capacité réelle des professionnels de la santé d'offrir des services dans la langue de la minorité n'était pas nécessairement bien représentée par les capacités linguistiques comme le démontraient des variables de recensement (telles que les « langues officielles connues » ou la « langue de travail »). Les professionnels capables de soutenir une conversation en français ne sont peut-être pas assez bien outillés pour offrir des services en français; inversement, les médecins qui utilisent rarement l'anglais au travail pourraient quand même être suffisamment à l'aise dans cette langue pour pouvoir fournir des services en anglais au besoin.

Par ailleurs, en plus de la pénurie de professionnels de la santé dans les CLOSM, la charge de travail accrue des professionnels de la santé bilingues est un élément clé dont il faut tenir compte et qui peut devenir une source de tension entre les fournisseurs de soins de santé et la communauté (Bouchard, L., 2011). Une enquête réalisée auprès d'étudiants et de nouveaux professionnels de la santé par les institutions du CNFS en 2008 a révélé que la charge de travail était la grande préoccupation (Bouchard et coll., 2009) bien que cette enquête n'ait pas évalué la mesure dans laquelle les préoccupations relatives à la charge de travail étaient semblables à celles perçues par les étudiants anglophones ou pires que ces dernières. D'autres études ont indiqué que, à l'extérieur du Québec, les professionnels de la santé francophones ne révèlent pas toujours leur maîtrise du français pour les mêmes raisons que les patients (p. ex. comportement acquis) ou de peur d'être envahis par les patients et d'avoir à jouer le rôle d'interprète ou de traducteur (Bouchard et coll., 2010; CSFO, 2009). Les intervenants qui ont pris part à

l'évaluation ont confirmé qu'il s'agissait bien d'une grande préoccupation et ont indiqué que les professionnels de la santé bilingues sont souvent sollicités pour agir à titre de traducteur ou d'interprète, peu importe leur rôle et leurs autres responsabilités.

On constate des difficultés inhérentes lorsque vient le temps de désigner des professionnels de la santé suffisamment à l'aise dans la langue de la minorité pour pouvoir offrir des services dans cette même langue. Même si plusieurs répertoires de tels professionnels ont été créés par les RSC dans différentes provinces, il est difficile de créer et de tenir à jour des répertoires de ce genre. Les intervenants rapportent qu'il est difficile, voire même impossible, pour un individu de trouver par lui-même des professionnels de la santé pouvant offrir des services dans la langue de la minorité, surtout à l'extérieur des zones urbaines. Alors que le bouche-à-oreille est souvent la meilleure façon de trouver un professionnel de la santé qui maîtrise la langue officielle de la minorité, ces professionnels peuvent être rapidement submergés par la demande.

4.1.2 Conformité du Programme aux priorités du gouvernement

Le PCLOS est conforme aux priorités énoncées dans la Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne du gouvernement fédéral.

La priorité fédérale en matière de dualité linguistique a été mise en évidence avec l'élaboration et la mise en œuvre de la Feuille de route; elle a été soulignée dans les discours du Trône de 2007 et de 2010, comme suit :

- Le gouvernement du Canada a réitéré son engagement continu à l'égard de la dualité linguistique dans le discours du Trône de 2007, au cours duquel le gouverneur général du Canada a indiqué que « le gouvernement appuie la dualité linguistique du Canada. Il réitérera cet appui aux langues officielles au pays en proposant une stratégie concrétisant la phase suivante du Plan d'action pour les langues officielles ». Le gouvernement a également réitéré son engagement dans le discours du Trône de 2010.
- Dans ce contexte, le gouvernement fédéral a élaboré la Feuille de route (2008-2013), qui représente un investissement de 1,1 milliard de dollars dans la dualité linguistique; cette initiative a été officialisée dans le Budget de 2008⁴. Conformément à ce qui a été indiqué précédemment, la Feuille de route englobe des investissements majeurs qui se font par l'entremise de 15 ministères et organismes fédéraux. Santé Canada a reçu 16 % du financement affecté en vertu de la Feuille de route pour la mise en œuvre du PCLOS pendant la période 2008-2009 à 2012-2013. Le financement accordé au PCLOS (174,3 M\$) représentait une hausse du financement par comparaison avec l'ancien PCAASS (89 M\$).

⁴ Information fournie par le personnel du BACLO.

4.1.3 Harmonisation du Programme avec les rôles et les responsabilités du gouvernement

Le PCLOS va dans le même sens que le rôle du gouvernement fédéral défini dans la Loi sur les langues officielles et le Résultat stratégique de Santé Canada « un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens ».

Le PCLOS fonctionne dans un environnement stratégique particulièrement difficile qui combine un système de santé complexe à des facteurs relatifs aux langues officielles; tous ces éléments donnent un système dans lequel tant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux ou territoriaux jouent des rôles importants mais différents.

Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé s'occupent habituellement du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de leurs citoyens; ils s'acquittent de cette tâche en s'assurant de la prestation de services de santé et de services sociaux de grande qualité. Selon les priorités du moment du gouvernement provincial ou territorial, l'intérêt à l'égard des services aux CLOSM et l'importance accordée à ceux-ci ont varié avec le temps. Au Canada, les provinces et les territoires peuvent adopter des dispositions légales ou des politiques qui permettraient, en principe, à leurs citoyens d'obtenir un nombre désigné de services de santé en anglais ou en français. À l'heure actuelle, un certain nombre de provinces et de territoires ont bel et bien adopté des lois ou des politiques qui traitent précisément de la prestation des services de santé dans les deux langues officielles. Cela englobe notamment : les dispositions constitutionnelles sur les langues officielles qui s'appliquent au Nouveau-Brunswick; les lois et les règlements gouvernementaux sur la prestation de services en français, comme ceux en vigueur en Ontario, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les territoires; les politiques sur les services en français au Manitoba et, dans une moindre mesure, en Saskatchewan; des dispositions particulières comme celles en vigueur au Québec, qui traitent précisément de la prestation de services de santé en anglais.

Même si l'on accorde beaucoup d'attention aux rôles et aux responsabilités des gouvernements provinciaux et territoriaux en ce qui a trait à la prestation de services de santé dans les deux langues officielles, il faut reconnaître que le gouvernement fédéral joue aussi un rôle. Pendant de nombreuses années, les intervenants du milieu des langues officielles ont cherché à bien comprendre la portée de l'article 41 de **la Loi sur les langues officielles (LLO) en vertu duquel le gouvernement fédéral s'engage à « favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement »**. **La modification la plus récente apportée à la Loi valide l'obligation qu'a tout établissement fédéral de « veiller à ce que soient prises des mesures positives » pour mettre en œuvre cet engagement; par conséquent, il est évident que les ministères, comme Santé Canada, ont l'obligation de mettre en œuvre des initiatives précises, telles que le PCLOS. Comme la Loi le stipule, cette mise en œuvre « se fait dans le respect des champs de compétence et des pouvoirs des provinces »**. Cette disposition s'applique clairement au domaine de la santé. Par ailleurs, les investissements du gouvernement du Canada dans le domaine des langues officielles, plus précisément ceux relevant du Plan d'action (2003-2008) et de la Feuille de route (2008-2013), combinés aux investissements d'autres ordres de gouvernement viennent

renouveler un concept d'abord mis de l'avant par la *Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme* (1967) selon lequel la prestation de programmes et de services dans les deux langues officielles entraîne systématiquement des coûts supplémentaires et qu'il est dans l'intérêt du gouvernement du Canada d'assumer une partie de ces coûts.

Les Programmes d'appui aux langues officielles (PALO) de Patrimoine canadien restent un outil essentiel du gouvernement fédéral pour faire face à ses obligations en vertu de la Partie VII de la *Loi sur les langues officielles*, plus précisément les articles 41 à 43. Les PALO font partie des très rares outils dont dispose le gouvernement fédéral pour aider les gouvernements provinciaux et territoriaux dans leurs initiatives de formation dans la langue de la minorité, leurs activités d'enseignement en langue seconde et leurs services fournis dans la langue de la minorité. Les PALO jouent un rôle unique puisqu'ils appuient l'enseignement en langue seconde qui, contrairement à l'enseignement dans la langue de la minorité, n'est pas un droit garanti par la Constitution dans tous les secteurs et qui occasionne des coûts supplémentaires. Parallèlement, le PCLOS joue un rôle tout particulier pour ce qui est de favoriser l'accès aux services de santé dans les deux langues officielles. Plus précisément, le PCLOS assume une partie des coûts et des efforts supplémentaires rattachés au fait d'accroître le nombre de professionnels de la santé en mesure d'offrir des services de santé aux CLOSM grâce à son volet formation et maintien en poste. Dans les faits, le CNFS a été créé initialement en 1999 dans le cadre du Programme des langues officielles dans l'enseignement de Patrimoine canadien — qui fait désormais partie des PALO — dans le but d'offrir une formation en santé aux francophones hors Québec (Santé Canada, 2008, p. 4). Il assume aussi une partie des coûts et des efforts supplémentaires liés au fait de faciliter l'accès aux services dans les deux langues officielles de différentes façons par l'entremise de son volet réseautage, qui favorise la collaboration entre les communautés et les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

Puisqu'il met l'accent sur l'accès, **le PCLOS respecte les principes généraux de la *Loi canadienne sur la santé* et de la politique canadienne en matière de soins de santé.** Plus précisément, Santé Canada « gère la *Loi canadienne sur la santé*, qui donne corps aux principes nationaux permettant de garantir un système de soins de santé subventionné par l'État qui est universel et équitable » dans l'ensemble des provinces et des territoires. « La *Loi* présente [également] l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé qui consiste à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent ».

Par ailleurs, le Programme cadre avec l'un des résultats stratégiques du Ministère : « Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens ». Dans l'Architecture d'alignement des programmes, sous ce résultat stratégique, **le PCLOS est associé à l'activité de programme « Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire » et financé par l'entremise de celle-ci; l'objectif de cette activité est d'accroître le nombre de professionnels de la santé en mesure d'offrir des services de santé dans les CLOSM et de renforcer l'intégration des besoins en santé des CLOSM au sein du système de santé.**

4.2 Rendement – Réalisation des résultats escomptés

Comme l'indique le modèle logique, le Programme finance des activités qui contribuent à la réalisation des cinq résultats escomptés immédiats suivants (qui sont repris dans l'ordre de présentation dans les sections subséquentes) :

1. plus grand nombre de professionnels de la santé en mesure d'offrir des services de santé dans les CLOSM;
2. coordination et intégration accrues des services de santé destinés aux CLOSM au sein des établissements et des communautés (plus grand nombre d'établissements et de communautés offrant des services de santé dans la langue de la minorité);
3. amélioration des partenariats et des interactions entre les réseaux au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux;
4. plus grande sensibilisation chez les intervenants que les réseaux doivent servir de centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM;
5. plus grandes diffusion et mise en application des connaissances, des stratégies et des pratiques exemplaires pour se pencher sur les préoccupations des CLOSM en matière de santé.

Théoriquement, dans le cadre du Programme, ces résultats immédiats sont supposés contribuer à la réalisation des deux résultats intermédiaires suivants :

1. plus grande utilisation des deux langues officielles dans la prestation des services de santé;
2. amélioration de l'accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité.

La présente section formule les constatations relatives au rendement du Programme organisées en fonction des cinq résultats immédiats attendus pour la période d'évaluation (de 2008 à 2012).

4.2.1 Résultat immédiat escompté : Plus grand nombre de professionnels de la santé disponibles en mesure d'offrir des services de santé dans les CLOSM

Le nombre de professionnels de la santé disponibles et capables de fournir des services de santé dans les CLOSM semble avoir augmenté.

La capacité des établissements postsecondaires (qui reçoivent du financement en vertu du PCLOS) d'offrir une formation dans la langue de la minorité à des étudiants inscrits à des programmes de santé et à des professionnels de la santé semble avoir augmenté depuis 2008. L'Ontario et le Nouveau-Brunswick offrent le plus grand nombre de programmes de formation.

Le CNFS reçoit du financement par l'intermédiaire du PCLOS afin d'offrir des programmes de formation dans le domaine de la santé en français à l'extérieur du Québec. Le nombre total de programmes est resté sensiblement le même depuis 2008-2009; un total de 94 programmes a été atteint en 2011-2012 (CNFS, 2012, p. 6). *La Cité collégiale* et l'*Université de Moncton* sont les deux établissements qui offrent le plus grand nombre de programmes (Annexe D). Les établissements membres du CNFS offrent également des cours de formation continue aux professionnels de la santé. Selon les statistiques de 2011-2012, les établissements ayant donné des sessions de formation continue aux plus grands nombres de professionnels de la santé sont le *Collège universitaire* (maintenant l'*Université*) de *Saint-Boniface*, le *Centre de formation médicale* (*Entente Québec/Nouveau-Brunswick*) et l'*Université de Moncton*.

Pour ce qui est des quatre années pour lesquelles des données sont disponibles, on constate une hausse de 17 % des inscriptions en 2009-2010, une hausse de 7 % en 2010-2011 et une autre de 0.7 % en 2011-2012. Dans l'ensemble, on compte 3 860 inscriptions à des établissements postsecondaires financés par le CNFS depuis 2008, ce qui dépasse les attentes du CNFS. Il faut noter qu'il n'existe pas de documents portant sur le nombre de places ajoutées aux programmes depuis la création du PCLOS ou de son prédécesseur.

Le CNFS a fait le compte du nombre d'étudiants par établissement, par programme et selon la province d'origine pour l'année universitaire 2008-2009 (CNFS, 2008-2009). Il en ressort que les établissements vont chercher la vaste majorité de leur clientèle dans leur propre province, à l'exception de certains établissements de l'Ontario, comme l'Université d'Ottawa, *La Cité collégiale* et l'*Université Laurentienne*, qui vont chercher des étudiants au Québec et, dans une mesure moindre, au Nouveau-Brunswick. L'*Université de Moncton* compte également des étudiants du Québec et de la Nouvelle-Écosse.

Un éventail de nouvelles stratégies et activités de recrutement et de maintien en poste ont été mises en œuvre. Ces initiatives ciblaient soit les étudiants potentiels (p. ex. activités de promotion dans les écoles secondaires), les étudiants actuels (p. ex. stages pratiques et bourses) ou les professionnels de la santé (p. ex. ressources en ligne dans la langue officielle de la minorité). Les nombreuses stratégies de recrutement et de maintien en poste visant à augmenter le nombre d'étudiants, de diplômés et, ultimement, de professionnels de la santé travaillant dans les CLOSM sont résumées ci-après. Elles sont tirées de rapports sur le rendement produits individuellement par des organismes bénéficiaires, d'entrevues et d'études de cas; il se peut qu'elles ne soient pas de nature exhaustive.

Les stratégies destinées aux étudiants potentiels et actuels englobaient ce qui suit :

- En 2009-2010, le CNFS avait élaboré des outils qui favorisent l'échange de connaissances et de pratiques exemplaires entre les établissements membres, notamment un portail en ligne mettant les outils à la disposition de tous les établissements membres, dans le but de faciliter l'élaboration de programmes ainsi que le recrutement et le maintien aux études des étudiants.
- Le CNFS et ses quatre partenaires régionaux ont visité des écoles secondaires pour faire la promotion des programmes offerts, ont produit des vidéos présentant des témoignages sur les professions de la santé et ont produit du matériel de promotion (comme des stylos et des t-shirts) portant le logo du CNFS.

- Des réseaux ont indiqué avoir tenu des séances d'information sur la santé dans des écoles au cours desquelles ils transmettaient souvent de l'information sur les professions de la santé.
- Par ailleurs, la SSF a travaillé en collaboration avec le CNFS pour attirer les étudiants déjà inscrits à des séances d'information afin qu'ils puissent en apprendre davantage sur la prestation de services de santé en français.
- Certains RSC ont accordé des bourses à des étudiants pour les attirer vers des programmes de santé donnés dans la langue de la minorité, plus précisément vers des professions où la pénurie de fournisseurs de services est plus marquée (comme l'orthophonie). Des preuves anecdotiques confirment que de telles bourses ont été données dans les dernières années, mais il n'a pas été possible d'obtenir un dénombrement des bourses et de leur valeur pour l'évaluation. Les rapports sur le rendement ne traitent pas directement de cet aspect.
- Quelques établissements postsecondaires ont fourni un soutien pédagogique pour aider les étudiants à réussir leur programme de santé donné dans la langue de la minorité et à ne pas abandonner le programme. Par exemple, les étudiants en soins infirmiers qui avaient de la difficulté en mathématiques ont pu recevoir une aide supplémentaire à ce niveau.
- Certains réseaux ont collaboré avec des établissements postsecondaires et des établissements de santé pour tenter de renforcer les liens entre les étudiants et les CLOSM et ainsi faire en sorte que les étudiants envisagent de rester ou de retourner dans les CLOSM après avoir reçu leur diplôme. Les réseaux sont souvent en mesure de faire le suivi du nombre limité d'étudiants de leur province ou région qui sont inscrits dans des programmes de santé donnés dans la langue de la minorité et de trouver un superviseur sur le terrain compétent qui travaille dans un établissement de santé local.

Les stratégies visant les professionnels de la santé comprenaient ce qui suit :

- Le Secrétariat national du CNFS a géré deux initiatives qui ciblaient les nouveaux arrivants au Canada dont l'objectif était d'aider ces derniers à réussir leur intégration professionnelle dans une profession de la santé. Par exemple, il a aidé des infirmières qui avaient été formées à l'étranger à passer les examens requis pour obtenir leur permis d'exercice au Canada (CNFS, 2011a, p. 13-14).
- En 2008-2009, McGill a affiché des activités de perfectionnement professionnel à l'intention des professionnels anglophones sur le site Web du plan thérapeutique infirmier. Le site Web a reçu 976 visites.

Certains réseaux ont collaboré avec des établissements de santé en vue d'afficher, sur le site Web du réseau, des possibilités d'emploi pour personnes bilingues et de faire la promotion des possibilités d'emploi lors de salons de l'emploi.

Le nombre de diplômés d'établissements membres du CNFS a augmenté dans l'ensemble.

Le Tableau 7 donne le nombre d'étudiants francophones qui ont obtenu leur diplôme d'établissements du CNFS de 2008-2009 à 2010-2011. Puisque cet établissement totalise le plus grand nombre de programmes offerts et d'inscriptions, il n'est pas étonnant de constater que *La Cité collégiale* compte le plus grand nombre d'étudiants diplômés. On a assisté à une hausse de 47,5 % du nombre de diplômés au cours des trois premières années pour un total de 596 diplômés du CNFS en 2010-2011, ce qui est une conséquence directe du financement du PCLOS, volet de la formation et du maintien de l'effectif.

Tableau 7 : Nombre d'étudiants diplômés d'établissements membres du CNFS

Établissements	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Collège Acadie Île-du-Prince-Édouard	0	6	6
Collège Boréal	76	79	58
Collège communautaire du Nouveau-Brunswick – Campus de Campbellton	50	31	72
Collège universitaire de St-Boniface	13	40	44
La Cité collégiale	106	121	165
Entente Québec/Nouveau-Brunswick	6	8	7
Université de l'Alberta – Campus Saint-Jean	14	8	18
Université Laurentienne	44	35	35
Université Moncton	47	85	76
Université d'Ottawa	47	102	100
Université Sainte-Anne	1	3	15
Total	404	518	596

Source : Données de 2008-2009 : Santé Canada, 2010, p. 13; données de 2009-2010 : CNFS, 2011a, p. 3; données de 2010-2011 : CNFS, 2012, p. 6, 17-35.

Note : Un autre document passé en revue indique que 394 étudiants ont été diplômés d'établissements du CNFS en 2008-2009 (voir : BACLO, 2010a, p. 9).

Voir l'Annexe D pour obtenir des détails sur les programmes offerts, le nombre d'inscriptions et les taux d'obtention d'un diplôme.

Les taux de placement des diplômés des CLOSM sont élevés. D'après les résultats compilés des enquêtes sur les établissements des diplômés réalisées par le CNFS en 2005-2006 puis en 2008-2009, environ 18 mois après l'obtention de leur diplôme, 86 % des diplômés du CNFS semblent travailler dans des établissements de santé ou des organismes de santé communautaire offrant des services à des communautés francophones en situation minoritaire hors Québec⁵. Alors que les résultats variaient d'un établissement à l'autre au fil du temps, la proportion globale est demeurée la même. Par ailleurs, **le taux de diplômés retournant dans leur propre province est également élevé** avec 79 % en 2008-2009 (LeBlanc, 2011). Ces proportions élevées ne sont pas surprenantes, car les étudiants potentiels choisissent l'établissement qu'ils souhaitent fréquenter en fonction de l'endroit où ils désirent travailler après avoir obtenu leur diplôme (LeBlanc, 2011). Les statistiques sur la province d'origine confirment que la vaste majorité des étudiants étudient dans leur propre province (voir l'Annexe D). Le fait que l'on offre un plus grand nombre de programmes et que le taux d'inscription soit plus élevé dans les provinces où les CLOSM sont plus concentrées, combiné à la conclusion voulant que les

⁵ Les diplômés du CNFS sont les diplômés de programmes en sciences de la santé qui sont offerts en français et qui sont financés par le volet de programme formation et recherche, tandis que les diplômés de programmes qui existaient avant l'attribution de ce financement ne sont pas comptés dans les diplômés du CNFS. Les diplômés du CNFS englobent aussi les diplômés de programmes qui existaient avant l'attribution de ce financement, mais qui ont reçu du financement pour augmenter le nombre de places. Seuls les diplômés rattachés à ces places supplémentaires sont comptés dans les données présentées dans l'étude du CNFS. Le taux de réponse chez les diplômés du CNFS a atteint 50 %, sans compter les personnes qui ont poursuivi des études en sciences de la santé. Le nombre d'établissements (non énumérés) ayant participé à l'enquête est de 5 pour 2005-2006 et de 10 pour 2008-2009.

diplômés retournent dans leur propre province, donne à penser qu'une proportion élevée de diplômés du PCLOS retournent dans des provinces où le niveau de services offerts était déjà élevé (par comparaison avec les provinces présentant une plus faible concentration de la population de la langue officielle).

Même si bon nombre d'intervenants ayant participé à l'évaluation ont indiqué que le taux de diplômés qui reviennent travailler dans les CLOSM est élevé, presque tous les intervenants ont fait référence à l'étude du CNFS citée précédemment, soit la seule étude de suivi des diplômés disponible pour l'évaluation. D'après les statistiques de suivi des diplômés de chaque établissement postsecondaire (qui n'étaient pas disponibles pour l'évaluation), les intervenants ont noté que la grande majorité des diplômés du CNFS dans leur région se sont retrouvés à des postes dans le cadre desquels ils fournissent des services en français. Ils ont ajouté que, dans les CLOSM plus petites, les réseaux communautaires sont souvent en mesure de faire le suivi du nombre de diplômés qui reviennent en raison du nombre restreint d'étudiants concernés (p. ex. Nunavut, Saskatchewan et régions rurales du Québec); ils ont aussi constaté une hausse du nombre de francophones dans le système de santé de certaines CLOSM depuis quelques années (notamment à Saint-Boniface).

Conformément à ce qui a été mentionné dans la section sur les limites, il est important de souligner, à cette étape-ci, qu'**un certain nombre de facteurs ont influé sur la fiabilité des données relatives au rendement du Programme**, comme les changements apportés aux modalités du Programme en 2009 et la prestation par des tiers qui empêche le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle d'avoir accès directement aux données relatives au rendement recueillies par des bénéficiaires de financement secondaires à des fins de validation.

Plusieurs intervenants ont aussi souligné qu'il est trop tôt pour vérifier si les nouveaux programmes d'enseignement et mécanismes de recrutement et de maintien mis en œuvre dans les dernières années améliorent réellement la proportion de professionnels de la santé qui restent, retournent ou choisissent de travailler dans les CLOSM. Il est peut-être trop tôt pour évaluer l'incidence de ces interventions, car certains programmes ne sont en place que depuis quelques années et qu'il faut parfois plusieurs années pour terminer un stage et obtenir son diplôme dans le cas de certains programmes universitaires plus longs. Par ailleurs, il est difficile de bien cerner l'incidence puisque certains programmes ne comptent qu'un petit nombre de diplômés et qu'il arrive que les diplômés ne travaillent pas tout de suite dans les CLOSM, mais doivent plutôt se promener entre les postes ouverts.

La participation a varié, mais est restée relativement élevée, dans les programmes de formation linguistique destinés aux professionnels de la santé. Au Québec, l'Université McGill était chargé du volet de la formation linguistique aux professionnels de la santé francophones en anglais et aux professionnels de la santé anglophones en français. Bien que l'Université McGill ait coordonné ce volet, ce sont les autorités régionales de la santé qui ont décidé du nombre et de l'identité des personnes qui suivraient la formation linguistique donnée par les CÉGEP, collèges, commissions scolaires, universités et organismes privées. La participation a varié au fil des ans. Par exemple, le volet dirigé par l'Université McGill a formé 1 781 professionnels en 2008-2009 dans l'autre langue officielle puis seulement 1 152 en 2009-2010; le nombre a ensuite augmenté à 1 534 en 2010-2011. Par ailleurs, le CNFS, qui a donné

des séances de formation linguistique et d'adaptation culturelle⁶ en français hors Québec, a formé 281 participants dans le cadre de séances de formation linguistique en 2009-2010, 276 en 2010-2011 (BACLO, 2010a, p. 7) et 258 en 2011-2012 (CNFS, 2012, p. 6).

Même si bien des motifs peuvent convaincre une personne de s'inscrire à une formation (p. ex. intérêt personnel) ou de terminer une formation (p. ex. promotion ou changement de poste), de nombreuses raisons peuvent également expliquer qu'une personne ne termine pas une formation (p. ex. il se peut que le stagiaire ne soit plus remplacé). Étant donné que la formation linguistique vise les professionnels de la santé qui sont déjà en mesure de fournir des services aux CLOSM, on assume que ces personnes peuvent mettre en application leur plus grande maîtrise de l'autre langue officielle à leur retour au travail. Cependant, aucune source de données ne permet de savoir si ces professionnels utilisent ou non les connaissances acquises à leur retour.

Les intervenants ont indiqué que les programmes de formation linguistique ont contribué à la hausse du nombre de professionnels disponibles pour offrir des soins dans la langue de la minorité. Une majorité d'intervenants interviewés dans le cadre de l'évaluation ont rapporté que le nombre de professionnels de la santé disponibles pour offrir des services dans les CLOSM avait augmenté depuis 2008. Cependant, il n'existe aucune source de données à ce sujet puisque les autorités provinciales et territoriales ne tiennent pas ce genre de données. Nonobstant l'absence de données quantitatives, les répondants attribuent le changement positif qu'ils perçoivent à l'éventail de stratégies de recrutement et de maintien et de mécanismes de soutien mis en place dans le cadre du PCLOS. Certains intervenants mentionnent que les programmes de formation linguistique ont aidé bon nombre de professionnels de la santé à améliorer leur niveau de compétence dans la langue de la minorité, ce qui, par le fait même, fait augmenter le nombre de professionnels disponibles pour offrir des soins dans cette même langue.

D'autres attribuent les améliorations au processus d'identification de ces professionnels. Par exemple, plusieurs RSC partout au pays ont créé des répertoires en ligne qui identifient des professionnels de la santé pouvant fournir des services dans la langue de la minorité. Dans certains cas, les répertoires sont élaborés et tenus à jour en collaboration avec des associations professionnelles et des ministères provinciaux et territoriaux.

D'autre part, des études de cas viennent confirmer qu'il arrive souvent que des postes en santé qui devraient être occupés par une personne bilingue ne le sont pas, car aucune personne bilingue n'est intéressée, ou que ces postes sont laissés vacants — jusqu'à 50 % au Nouveau-Brunswick et au Manitoba selon les informateurs clés — et doivent finalement être attribués à une personne unilingue. Les intervenants reconnaissent que les personnes bilingues peuvent accepter des postes unilingues pour différentes raisons. Par exemple, un jeune médecin pourrait préférer la diversité des salles d'urgence en milieu urbain à un établissement de soins de longue durée en milieu rural ou bien ne pas trouver de poste bilingue au moment où il obtient son diplôme ou de poste dans la région où il souhaite travailler.

Les intervenants ont insisté sur le fait qu'il y a un manque d'information sur la langue utilisée pendant les consultations puisque le système de santé ne recueille pas suffisamment de renseignements, en supposant qu'il en recueille, sur la langue utilisée et sur les préférences

⁶ La documentation qui était disponible pour la présente évaluation ne contenait aucune définition du concept d'adaptation culturelle.

linguistiques des utilisateurs. Par contre, ils ont donné des exemples précis de postes, d'établissements ou d'autorités régionales de la santé en contexte minoritaire qui ont été désignés bilingues. Nonobstant les enquêtes du RCSSS-CROP (2005 et 2010), l'étude de Statistique Canada sur les professionnels de la santé (2009) (voir les principaux renseignements abordés sous 4.1.1, section intitulée « Disponibilité des professionnels de la santé ») transmet de l'information utile sur l'utilisation de la langue de la minorité dans la prestation de services de santé; toutefois, contrairement à l'enquête du RCSSS-CROP, l'étude menée par Statistique Canada n'a pas été répétée.

L'enquête de la SSF de 2011 menée auprès de francophones hors Québec indique que 81 % de la population francophone en situation minoritaire, à l'extérieur du Québec, semble satisfaite du niveau d'accès, la disponibilité globale des services en français étant désignée comme étant le facteur le plus important pour déterminer la satisfaction à l'égard de l'accès. Pour ce qui est de la minorité anglophone du Québec, l'enquête menée en 2010 par le RCSSS donne à penser que seulement 48 % des répondants sont satisfaits du niveau d'accès. Toutefois, une foule de facteurs pourrait jouer un rôle dans les différents résultats d'enquête, comme le moment de l'enquête, l'incidence des différentes stratégies d'échantillonnage et de la couverture géographique ainsi que la formulation des questions.

Au Québec, l'enquête du RCSSS-CROP de 2010 a révélé une hausse statistiquement significative par rapport à 2005 pour ce qui est de l'utilisation des cabinets privés ou des cliniques et des CLSC ainsi que des lignes d'information Info Santé/Info Health par les populations des CLOSM, mais a fait aussi ressortir une diminution importante de l'utilisation de l'anglais comme langue de service dans les CLSC (de 65 % à 56 %) et dans les cabinets privés et les cliniques (de 86 % à 80 %), comme l'indique le Tableau 8. Une seule hausse a été signalée (de 60 % à 65 %) relativement à l'utilisation de l'anglais pour ce qui est des anglophones obtenant des services dans des salles d'urgence et des cliniques externes à l'extérieur de la région de Montréal/Laval.

Tableau 8 : Membres de CLOSM qui reçoivent certains services précis en anglais, Québec, 2005 et 2010

Type de service	Québec – total			Montréal et Laval			Reste du Québec		
	2005	2010	Écart	2005	2010	Écart	2005	2010	Écart
Cabinet privé ou clinique	86 %	80 %	-6 %	90 %	83 %	-7 %	78 %	75 %	-3 %
CLSC	65 %	56 %	-9 %	66 %	58 %	-8 %	64 %	52 %	-12 %
Info Santé	61 %	59 %	-2 %	65 %	63 %	-2 %	51 %	50 %	-1 %
Salle d'urgence ou clinique externe	69 %	68 %	-1 %	73 %	70 %	-3 %	60 %	65 %	+5 %
Séjour à l'hôpital (1 nuit ou +)	72 %	71 %	-1 %	76 %	75 %	-1 %	63 %	60 %	-3 %

Source : RCSSS-CROP (2010).

Selon l'enquête de la SSF de 2011 menée auprès de francophones hors Québec, entre 74,8 % et 88,0 % des répondants indiquent que les dix principales catégories de services au Tableau 9 sont perçues comme étant offertes soit exclusivement ou surtout en français ou bien tant en français

qu'en anglais. Les résultats varient grandement selon les catégories de services. Les auteurs mentionnent que la proportion de répondants qui signalent que les services sont offerts en français est beaucoup moins importante chez les personnes qui vivent dans des régions où les francophones forment moins de 10 % de la population (Forgues et Landry, 2012, p. 45). Les proportions de répondants qui sont satisfaits peuvent paraître relativement élevées. Il n'est pas possible d'obtenir une répartition par région; conformément à ce qui a été indiqué précédemment, cette enquête avait été réalisée auprès de huit provinces, mais auprès d'aucun territoire. Par ailleurs, selon les auteurs, les résultats sont le reflet des perceptions alors que la perception qu'un service est ou devrait être offert en français ne traduit pas nécessairement la mesure dans laquelle le service est réellement offert.

Tableau 9 : Perception relative à la disponibilité de services de santé en français, 2011

	Pas offerts dans ma région	Offerts uniquement ou surtout en anglais	Offerts en français et en anglais	Offerts uniquement ou surtout en français	Total
Promotion de la santé et prévention des maladies	1,1 %	14,1 %	76,2 %	8,5 %	100 %
Information et aiguillage	0,7 %	11,3 %	80,1 %	7,9 %	100 %
Médecin de famille/infirmière/clinique médicale	0,5 %	20,0 %	64,4 %	15,1 %	100 %
Pharmacie	0,2 %	24,9 %	62,2 %	12,6 %	100 %
Centre de santé communautaire	2,4 %	14,0 %	68,1 %	15,5 %	100 %
Salle d'urgence à l'hôpital	0,7 %	22,0 %	66,3 %	10,9 %	100 %
Services sociaux (jeunes ou adultes)	0,8 %	15,2 %	72,4 %	11,5 %	100 %
Services hospitaliers autres que la salle d'urgence	0,7 %	23,0 %	66,5 %	9,8 %	100 %
Soins à domicile	1,3 %	16,5 %	67,2 %	15,0 %	100 %
Soins de longue durée	0,7 %	16,3 %	69,1 %	13,9 %	100 %

Source : Forgues et Landry (2012), p. 44.

4.2.2 Résultat immédiat escompté : Coordination et intégration accrues des services de santé destinés aux CLOSM au sein des établissements et des communautés

La coordination et l'intégration des services de santé à l'intention des CLOSM dans les établissements et les communautés se sont améliorées, mais la conclusion est fondée sur des preuves anecdotiques.

En général, les opinions concernant la collaboration entre les intervenants sont positives. Voici quelques-uns des principaux avantages : la collaboration permet aux partenaires d'élaborer des projets et d'offrir des services qu'ils n'auraient pas pu offrir autrement; cela favorise l'établissement d'un climat de confiance entre les partenaires au niveau des services de santé.

La collaboration, surtout celle entre les RSC et d'autres intervenants, s'est améliorée.

Les intervenants rapportent une hausse globale de la collaboration entre les différents intervenants du PCLOS et, plus précisément, entre les RSC et les autres intervenants. Les RSC semblent avoir réussi à créer des liens et des partenariats substantiels avec des organisations desservant leurs communautés et à établir leur crédibilité auprès des autorités provinciales/territoriales et régionales de la santé, des organismes de promotion de la santé, des établissements de soins de santé et des établissements postsecondaires. Les intervenants indiquent que les réseaux assurent un lien important entre le système de santé et les CLOSM en se faisant le porte-parole de la communauté en situation minoritaire lorsqu'il est question de la santé. Par ailleurs, chaque réseau est dirigé par une ressource exclusive et par une organisation bien précise, ce qui est essentiel si l'on veut s'assurer que les services de santé destinés aux CLOSM soient priorisés, planifiés et coordonnés. Les réseaux fournissent aussi de l'information aux décideurs et travaillent habituellement en collaboration pour trouver des solutions aux besoins non satisfaits ou aux lacunes dans les services de santé.

Les réseaux collaborent également avec des associations professionnelles du milieu de la santé de différentes façons, notamment pour tirer profit de leurs connaissances sur la santé et la prestation de soins de santé, pour transmettre de l'information aux professionnels de la santé et pour faire la promotion des répertoires de fournisseurs de soins de santé qu'ils ont créés. Par ailleurs, les intervenants signalent une meilleure collaboration entre les établissements postsecondaires et les réseaux dans le but de développer divers programmes, projets et possibilités de stage dans les CLOSM. Alors que le recrutement d'employés bilingues pour les secteurs dans le besoin est difficile, les études de cas ont fait ressortir que **les réseaux contribuent surtout au recrutement en collaborant avec des établissements postsecondaires et des établissements de santé pour trouver des stages aux étudiants** (en espérant qu'ils restent ou retournent dans cette communauté) ainsi qu'en collaborant avec des établissements de santé afin d'afficher les possibilités d'emploi offertes aux personnes bilingues sur le site Web du réseau et en faisant la promotion des possibilités dans les salons de l'emploi.

Le financement accordé à des projets pour la santé a été versé à 217 activités distinctes dans l'ensemble des provinces et des territoires. Une partie de ce financement servait à améliorer des activités précises planifiées par les RSC, comme des initiatives d'organismes de services, des initiatives d'échange des connaissances et de l'information et des initiatives de promotion de la santé. D'autres ressources ont été affectées aux autorités de la santé par l'intermédiaire des RSC afin de renforcer la collaboration avec certaines organisations et de sensibiliser davantage les populations vulnérables aux services offerts à la minorité en valorisant les relations déjà établies par les RSC. Par exemple, on a constaté une hausse de la collaboration visant à diffuser de l'information sur les services offerts dans la langue officielle de la minorité (p. ex. entre les RSC et les groupes d'aînés) ainsi que dans les activités de promotion de la santé et d'éducation auprès de la minorité en raison de foires de la santé qui regroupent de multiples partenaires (p. ex. le Carrefour Santé à Ottawa) et de l'utilisation d'outils comme la télésanté.

Le RCSSS organise des séances de réflexion deux fois par année; il demande alors aux neuf réseaux plus anciens de parler de leur expérience aux neuf membres plus récents. La SSF organise un événement semblable une fois par année qui s'ajoute à trois mini-conférences par année et à une assemblée générale. La SSF diffuse également cette information lors des réunions des directeurs des réseaux et par l'entremise de différents réseaux et tables rondes partout au pays.

En plus de cette collaboration accrue, **un certain nombre d'établissements ont intégré des services dans la langue officielle de la minorité.** Parmi les nouveaux établissements intégrant des services dans la langue officielle de la minorité, on compte de nouveaux établissements et services de santé ainsi que de nouvelles unités dans des établissements existants. On retrouve les nouveaux établissements suivants : une unité de santé mentale dans un hôpital du Nunavut; une résidence pour personnes âgées et un établissement de soins intermédiaires au Québec; un centre de santé communautaire et un hôpital désigné de langue française en Nouvelle-Écosse; deux centres de santé communautaire au Nouveau-Brunswick; deux nouveaux centres de santé communautaire et plusieurs centres de télésanté dans des communautés rurales francophones au Manitoba (ouverture d'autres centres prévue); un nouveau centre des naissances bilingue à Winnipeg (en plus d'une hausse du nombre d'établissements de santé publics désignés bilingues dans cette province). Voici d'autres nouveaux services qui ont été intégrés dans des établissements : programmes de promotion de la santé et de prévention donnés en anglais aux jeunes et aux familles aux Îles-de-la-Madeleine et au Québec; nouveaux services provinciaux de traduction mis en place en Alberta. Au Nunavut, des indicateurs linguistiques ont été intégrés aux dossiers médicaux des patients.

La SSF a produit des données sur le nombre de services de santé maintenus ou créés dans les provinces et les territoires en 2010-2011. **Le Nouveau-Brunswick et l'Ontario sont les provinces où la plupart des services de santé ont été créés ou maintenus** (voir le Tableau 10).

Tableau 10 : Nombre de services de santé créés ou maintenus au cours de l'exercice 2010-2011 par la SSF

Province ou territoire	Créés	Créés ou maintenus
Alberta	-	1
Colombie-Britannique	4	4
Île-du-Prince-Édouard	-	-
Manitoba	2	8
Nouveau-Brunswick	4	32
Nouvelle-Écosse	1	7
Nunavut	4	1
Ontario – Est	6	10
Ontario – Moyen-Nord	-	-
Ontario – Nord	1	3
Ontario – Sud	2	13

Province ou territoire	Créés	Créés ou maintenus
Saskatchewan	-	-
Terre-Neuve-et-Labrador	-	1
Territoires du Nord-Ouest	2	4
Yukon	-	-
Total	26	84

Source : SSF, 2011a, p. 17.

Par ailleurs, les intervenants ont donné d'autres exemples de communautés qui ont offert des services de santé en français à l'extérieur du Québec (alors qu'elles n'en offraient pas jusqu'à récemment). Voici des exemples : Argyle (Nouveau-Brunswick), Isle Madame (Nouvelle-Écosse) et un certain nombre de communautés de la Saskatchewan.

4.2.3 Résultat immédiat escompté : Amélioration des partenariats et des interactions entre les réseaux au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux

Des partenariats et des interactions au niveau des réseaux dans les systèmes de santé provinciaux/territoriaux ont été créés ou maintenus. Cependant, on en sait peu sur la nature, la mise en œuvre et les résultats de ces changements.

Même si le contexte est différent d'un RSC à l'autre, le nombre et la diversité des membres et des partenaires ont augmenté avec les années. La composition des réseaux a évolué au fil du temps de manière à inclure certains professionnels de la santé ainsi que des représentants du gouvernement provincial ou territorial, des autorités de la santé, des associations professionnelles, des établissements d'enseignement, des organismes de santé, des organismes communautaires et des organisations ou fondations de promotion de la santé. À mesure que les réseaux se développent et prennent de la maturité, ils deviennent habituellement plus inclusifs. Par exemple, au Nunavut, des organismes communautaires, des professionnels de la santé ainsi que des écoles primaires et secondaires et des garderies sont membres du RSC puisqu'ils veulent améliorer la prestation de services et renseigner les parents et les familles francophones au sujet des services offerts en français dans leur région. La SSF a aussi conclu des accords de fait avec de nombreuses associations professionnelles; certaines de ces associations comptent des représentants au sein du conseil d'administration national (p. ex. des représentants des infirmières francophones).

Les opinions varient quant à la composition des RSC. Certains aimeraient que tous les partenaires soient réunis (comme la Nouvelle-Écosse) tandis que d'autres souhaitent une meilleure représentation des établissements de santé (comme la Saskatchewan). Des réseaux plus étoffés du Manitoba et du Nouveau-Brunswick ont fait récemment un effort réfléchi pour passer de conseils d'administration de grande taille à des conseils plus petits et plus fonctionnels par une transition menant à la création d'un plus grand nombre de comités. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, au lieu d'avoir un réseau responsable de toutes les activités, on retrouve trois réseaux distincts ayant un mandat provincial précis : un réseau se concentre sur la

recherche, un autre sur l'organisation et le troisième sur la prestation de services. Au Manitoba, le réseau a aussi géré plusieurs projets de santé financés par le PCLOS, le gouvernement provincial ou les autorités de la santé.

Au Manitoba et au Québec, la composition des réseaux a été ou est modifiée par la restructuration et la fusion des autorités régionales et locales de la santé. À l'heure actuelle, on a l'impression qu'il y a peut-être moins de représentants qui se réunissent, mais que les secteurs géographiques couverts sont quand même identiques.

En règle générale, les activités des RSC réalisées avec des partenaires sont plus vastes que dans les premières années, mais certains réseaux existent depuis plus longtemps que d'autres. Ce sont les activités des réseaux relativement moins bien établis qui semblent avoir évolué le plus au cours des cinq dernières années. Par exemple, les activités des réseaux au Nunavut et en Saskatchewan semblent plus vastes que par le passé puisqu'elles se fondent sur les activités antérieures. Certains réseaux ont fait un ajout depuis relativement peu de temps : en effet, ils contribuent au placement d'étudiants en collaborant avec des établissements postsecondaires ainsi qu'au recrutement de personnel pour les établissements de soins (notamment en affichant les possibilités d'emploi).

Des partenariats ont été établis (p. ex. des ententes de services, des accords de collaboration, des réseaux et des comités mixtes) pour offrir des programmes comme la formation linguistique et pour influencer sur les politiques de prestation de services de santé dans la langue de la minorité ou élaborer de telles politiques. On peut conclure que ces partenariats ont contribué à certains changements dans les lois, les règlements et les politiques publiques ainsi que dans les décisions des autorités provinciales, territoriales ou régionales de la santé tenant compte des besoins en matière de santé des CLOSM. Toutefois, on dispose de peu de renseignements sur la nature, la mise en œuvre et les résultats de ces changements.

La plupart des RSC ont créé des comités régionaux ou provinciaux pour pouvoir consulter les membres des CLOSM de façon plus systématique; certains ont procédé en collaboration avec les autorités régionales de la santé (p. ex. au Manitoba et au Nouveau-Brunswick). Dans leurs commentaires, les autorités de la santé indiquent que le fait de travailler avec les RSC leur permet de cibler les lacunes dans leurs services destinés à la minorité linguistique et de tirer profit d'un réseau complet de partenaires pouvant les aider à combler ces mêmes lacunes (notamment en les aidant à recruter des professionnels de la santé).

En outre, des organismes de promotion de la santé (p. ex. les agences du cancer) ont collaboré avec des RSC pour s'occuper de la publicité et de l'organisation de leurs événements et activités visant à attirer la population de langue officielle minoritaire. Par ailleurs, certaines autorités provinciales, territoriales et régionales de la santé ont interagi avec les RSC comme suit :

- en fournissant de l'information aux RSC pour qu'ils la transmettent à la population de la langue officielle minoritaire (notamment par l'entremise de bulletins) et en comptant sur eux pour faire connaître les séances d'information ou autres activités sur la santé;
- en consultant les RSC pour adapter la documentation écrite ou avoir de l'aide pour la traduction;

- en consultant les RSC relativement aux besoins de la minorité linguistique et à la façon dont le réseau et ses partenaires peuvent les aider à combler les lacunes;
- en consultant les RSC pour l'embauche de professionnels de la santé bilingues.

Là aussi, les renseignements sur la nature et les résultats de ces activités sont limités.

4.2.4 Résultat immédiat escompté : Plus grande conscience chez les intervenants que les réseaux doivent servir de centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM

Les intervenants sont davantage conscients que les RSC servent de centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé.

Les provinces et les territoires reconnaissent désormais officiellement que les RSC font partie intégrante du système de santé. D'après les documents disponibles, la reconnaissance officielle des réseaux par les provinces et les territoires a augmenté parmi les réseaux communautaires francophones (soit de 8 à 13 depuis 2008), mais a diminué parmi les réseaux anglophones (soit de 10 réseaux régionaux et 1 réseau provincial à 8 depuis 2008). Au total, 21 des 37 réseaux sont officiellement reconnus comme faisant partie intégrante du système de santé (Santé Canada, p. 8-9).

À part le financement accordé aux RSC par le volet réseautage et à des projets particuliers par le volet projets du PCLOS, **les RSC ont aussi reçu du financement de leur gouvernement provincial ou territorial, et certains se sont vu attribuer différents rôles et responsabilités par leur gouvernement.** Du financement a été affecté, par exemple, pour faciliter la planification des services dans la langue officielle de la minorité (en Ontario) ou pour agir à titre de consultants auprès d'organismes gouvernementaux (au Nouveau-Brunswick et au Manitoba). Les gouvernements provinciaux et territoriaux siègent au sein des 17 conseils d'administration des réseaux de la SSF. Dans de nombreux cas, des représentants des autorités provinciales ou régionales de la santé sont également membres des réseaux (Santé Canada, 2010, p. 10). Le RCSSS indique que les réseaux sont reconnus par le gouvernement du Québec et par les autorités provinciales de la santé avec lesquelles ils ont une entente officielle en matière de planification des services; pour ce qui est de l'exercice 2009-2010, les répondants ont signalé que 140 membres de conseils d'administration ou employés de leurs réseaux communautaires siégeaient au sein de 101 comités des autorités de la santé (*Tables de concertation* régionales) (BACLO, 2011a, p. 9). On constate aussi la participation de RSC à des comités des autorités régionales de la santé au Nouveau-Brunswick et au Manitoba.

Les RSC sont de plus en plus invités à prendre part à des consultations puisqu'ils sont perçus comme étant un mécanisme permettant de joindre la minorité de langue officielle. Le nombre d'invitations officielles lancées à des réseaux pour qu'ils participent à des consultations a augmenté de 32,6 % parmi les réseaux de la SSF de 2008-2009 à 2009-2010 et de 5,3 % au sein du RCSSS au cours de la même période. Toutefois, les données communiquées par ces deux organisations diffèrent légèrement de ce qui a été rapporté par Santé Canada (Santé Canada, p. 10). Les deux organisations soulignent qu'en 2010-2011, la plupart des invitations provenaient de partenaires du milieu communautaire, de ministères, d'organismes de santé ou d'établissements de recherche et d'enseignement (BACLO, 2011a). Les intervenants ont

donné de nombreux exemples de réseaux invités à participer à de telles consultations, ceci **même si les données nécessaires pour documenter les résultats relatifs à la participation à ces consultations n'ont pas été systématiquement recueillies ou rendues disponibles** :

- En Saskatchewan, le nombre de consultations auxquelles le réseau a été invité a augmenté au cours des deux dernières années. On compte notamment des consultations avec le ministère de la Santé pour des projets sur la gestion du poids et la gestion des maladies chroniques.
- Au Nunavut, le réseau a été invité à quelques consultations avec le gouvernement territorial. Par exemple, le réseau a participé à des consultations avec le ministère de la Santé visant un projet de réforme de la *Loi sur la santé publique*. Par ailleurs, l'unité de santé publique d'Iqaluit consulte le réseau quand elle élabore des activités d'approche de la population francophone (p. ex. séances d'information sur la santé pour les familles et campagnes de vaccination).
- En Alberta, le réseau a été invité à prendre part à des consultations avec les directeurs des services de santé du gouvernement provincial, dont le directeur du programme de coordination des services de santé en français.
- Quand il doit tenir des consultations sur des enjeux relatifs à la santé, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse en tient aussi en français; habituellement, la population acadienne est consultée tout comme le réseau puisque ce dernier fait partie de la communauté acadienne.
- Au Manitoba, au cours des dernières années, le *Conseil communauté en santé (CCS)* a été invité à assister à des réunions du Comité exécutif provincial sur la santé (formé de cadres supérieurs du ministère de la Santé et des autorités de la santé) et à présenter, à l'occasion, des dossiers devant ce même comité. Le conseil d'administration du CCS compte également un représentant des affaires francophones du gouvernement provincial.

Au Québec plus précisément, les intervenants des communautés, des réseaux et du gouvernement provincial estiment que les réseaux aident à répondre aux préoccupations touchant la santé des CLOSM dans cette province. Ils signalent que des relations durables ont été établies avec de nombreux partenaires (surtout des organisations qui fournissent des services de santé) et que les partenaires dépendent désormais des réseaux pour diffuser l'information, pour les aider à trouver de nouvelles sources de financement et, de façon générale, pour profiter d'un système de soutien. Le volet réseautage du PCLOS a permis aux communautés de s'organiser et de participer aux comités régionaux sur la santé au Québec, notamment en déléguant des représentants.

Les intervenants du Nouveau-Brunswick et du Manitoba soulignent aussi l'importance des réseaux lorsqu'il s'agit de permettre aux CLOSM de s'organiser, d'attirer l'attention sur les besoins de leurs communautés et de jouer un rôle dans la planification et l'organisation de services qui répondent à leurs besoins, surtout grâce à la crédibilité gagnée depuis leur création. En Ontario, le gouvernement provincial perçoit les réseaux comme des partenaires dans la planification des services de santé aux côtés des autorités de la santé.

4.2.5 **Résultat immédiat escompté : Plus grandes diffusion et mise en application des connaissances, des stratégies et des pratiques exemplaires pour se pencher sur les préoccupations des CLOSM en matière de santé**

Les connaissances, stratégies ou pratiques exemplaires qui permettent de se pencher sur les préoccupations des CLOSM en matière de santé sont diffusées à plus grande échelle; toutefois, on ignore la mesure dans laquelle ces éléments ont été adoptés.

Les organismes qui ont reçu du financement ont élaboré, mis en œuvre ou diffusé un grand nombre d'outils d'information, d'approches, de stratégies et de pratiques exemplaires pour répondre aux préoccupations des CLOSM en matière de santé. Les fonds consacrés à la formation et au maintien en poste sont utilisés de multiples façons pour promouvoir la recherche, l'échange de renseignements et le réseautage. Pour avoir une idée générale, en 2010-2011 (l'exercice le plus récent pour lequel des données sont disponibles) le CNFS a financé 29 projets de recherche sur des questions touchant la santé des francophones, ce qui a permis de soutenir au total 44 étudiants dans 21 équipes⁷. D'autres établissements postsecondaires ont commencé à participer à des projets de recherche à titre de partenaires. Par ailleurs, le CNFS tient une tribune d'échange d'information et favorise l'établissement de liens entre les chercheurs afin qu'ils puissent collaborer et, dans certains cas, présenter des demandes de financement conjointes. Le Secrétariat national du CNFS a également entrepris les initiatives suivantes :

- travailler avec la SSF à la formation d'un comité mixte pour renforcer la capacité en matière de recherche sur la santé;
- organiser des réunions dans des universités dans le but d'harmoniser davantage la recherche qui se fait au CNFS avec ce qui se fait dans les universités;
- demander à l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques de réaliser un projet de recherche sur les facteurs liés à l'intégration des professionnels de la santé francophones formés à l'étranger (CNFS, 2011a, p. 8 et 14).

Par ailleurs, il a lancé deux autres études en 2010-2011 (CNFS, 2011b, p. 6) :

- une analyse du contexte traitant des facteurs pouvant influencer sur la formation et la recherche en santé se déroulant en français;
- une analyse comparative de la formation relative aux professions de la santé offerte en anglais et en français.

L'Université McGill disposait d'un budget plus restreint (250 000 \$ pour la recherche et 75 000 \$ pour la diffusion) et a financé neuf produits ou stratégies de recherche et huit évaluations, analyses des répercussions ou rapports de recherche d'importance en 2009-2010 (BACLO, 2011b, p. 8).

⁷ En fonction des documents disponibles pour l'évaluation, il n'est pas possible de définir la portion du financement attribué au CNFS qui a été allouée à des projets de recherche.

En outre, le RCSSS et la SSF tiennent tous deux des assemblées annuelles pour leurs réseaux dans le but d'échanger de l'information sur les difficultés à surmonter et sur les stratégies élaborées, et d'encourager l'élaboration de solutions conjointes à des problématiques communes. Le RCSSS a aussi créé des profils de communauté que les réseaux pourront utiliser et échanger avec d'autres intervenants.

En ce qui a trait à la diffusion, de nombreux documents ont été produits et distribués. Par exemple, l'Université McGill a produit et distribué un éventail d'éléments matériels (voir le Tableau 11). La SSF a produit et distribué 468 outils d'information en 2009-2010 pour des partenaires du milieu communautaire, des ministères, des professionnels de la santé, des établissements de santé et des gestionnaires. Le RCSSS a élaboré 61 outils, produits, stratégies ou pratiques exemplaires en 2009-2010.

Tableau 11 : Matériel distribué par l'Université McGill

Méthode de diffusion	Nombre	Couverture géographique
Conférences/symposiums	4	Tout le Canada
DVD	1	Québec
Courriel	5 000	Tout le Canada
Médias imprimés	9 001	Tout le Canada
Courrier direct	5 502	Tout le Canada
Affiche	1	Tout le Canada
Vidéoconférence	3	Québec
Téléconférence	1	Québec
Diffusion	2	Échelle internationale
Site Web	4 502	Tout le Canada
Réunion	1	Tout le Canada

Note : Certains articles ont été distribués à l'aide de plus d'une méthode; ils sont donc comptabilisés en double.

Source : Modèle de présentation de rapports de McGill.

Le financement a servi à promouvoir la recherche et les projets afin que l'on comprenne mieux les difficultés et les obstacles nuisant à l'accès aux services de santé dans les CLOSM ainsi que les stratégies permettant de les surmonter.

Les RSC et certains projets pour la santé ont contribué de multiples façons à la définition des obstacles et des stratégies pour contrer ces derniers. En voici un résumé :

- Pour compenser le manque d'information sur les CLOSM, le RCSSS a réalisé des enquêtes et établi des profils socio-économiques pour les autorités de la santé et a enseigné aux réseaux à utiliser les données. Le *Conseil communauté en santé* du Manitoba a été l'un des partenaires d'une enquête à grande échelle menée auprès de la population qui a été publiée récemment par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. Toutefois, d'après les entrevues et les études de cas, la plupart des réseaux n'ont pas la

capacité requise pour participer à la recherche et dépendent des recensements, des recherches universitaires et des autorités provinciales ou territoriales pour obtenir des données.

- Pour garantir la disponibilité de renseignements dans la langue de la minorité, de nombreux réseaux ont créé leurs propres sites Web et continuent d'aider les autorités de la santé à traduire la documentation écrite.
- Des difficultés subsistent au niveau de l'identification de professionnels de la santé qui peuvent fournir des services dans la langue officielle de la minorité. Étant donné que les associations professionnelles hésitent à recueillir de l'information sur la maîtrise de la langue, la plupart des réseaux ont créé leurs propres répertoires de professionnels qui maîtrisent la langue officielle de la minorité⁸.
- Il est plus difficile de répondre aux besoins de certains segments de la population, comme les individus ayant des problèmes de santé mentale, les immigrants et les aînés. Certains réseaux ont essayé de répondre aux besoins de ces groupes en collaborant avec des organismes communautaires suivant une approche « ascendante ». D'autres ont travaillé avec des établissements offrant des services à ces mêmes groupes dans la langue officielle de la majorité dans le but d'élargir les services et de les adapter au groupe linguistique minoritaire.
- Alors que la SSF encourage l'intégration de services pour la minorité dans les structures établies desservant la majorité (au lieu de mettre en place des établissements indépendants pour desservir la minorité), certains RSC de CLOSM plus petites ou plus dispersées travaillent avec des organisations qui fournissent des services à la majorité afin d'inclure certains services destinés à la minorité, comme des journées désignées bilingues ou des journées en français dans des cliniques de langue anglaise.
- En raison de la dispersion de la population du groupe linguistique minoritaire dans les régions éloignées, de nombreux réseaux collaborent avec les commissions scolaires ou avec des écoles et des centres de la petite enfance qui desservent leur communauté afin de les aider à financer des postes de professionnels de la santé, qui peuvent ensuite être répartis entre plusieurs établissements (p. ex. au Nunavut, au Manitoba et au Québec).
- Pour accroître la capacité d'adaptation et prévenir le cloisonnement, certains réseaux ont élaboré différentes solutions « horizontales » pour les CLOSM en milieu rural, comme des centres de santé communautaire au Nouveau-Brunswick et des centres de télésanté au Manitoba.
- Tous les représentants des réseaux provinciaux et locaux qui ont pris part à l'évaluation ont indiqué qu'ils poursuivent la sensibilisation et le travail auprès des syndicats, des autorités et des établissements de la santé pour contrer la résistance à placer les capacités linguistiques devant l'ancienneté — tout le reste étant égal — puisque ce dernier élément a toujours surpassé les autres facteurs de recrutement, de sélection et de promotion dans le secteur des soins de santé.

Les exemples ci-dessus illustrent l'éventail de connaissances et de stratégies élaborées pour répondre aux besoins en matière de santé des minorités linguistiques, mais leur niveau de réussite, d'adoption ou d'assimilation n'a pas encore fait l'objet d'évaluations.

⁸ Les réseaux qui ont produit des répertoires de professionnels sont les suivants : Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard et Québec — certains réseaux locaux, Nouvelle-Écosse, Ontario — par l'entremise de réseaux locaux ou du *RLISS*, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique.

4.3 Rendement – Efficience et économie

La présente section fournit des données sur l'efficience et l'économie du PCLOS; plus précisément, elle porte sur les extrants produits, les alternatives disponibles et la gestion des ressources affectées au Programme.

Le niveau d'efficience et d'économie dans l'atteinte des résultats du PCLOS, surtout en ce qui a trait aux réseaux et à la formation, semble être influencé par les priorités et les besoins des différents ordres de gouvernement et par les relations qu'entretiennent les réseaux avec leurs partenaires.

Les RSC sont influencés par des facteurs externes ainsi que par les politiques et pratiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux avec lesquels ils collaborent. Les RSC peuvent subir le contrecoup de la complexité des négociations aux différents ordres de gouvernement, ce qui peut jouer sur le rythme des activités. Par ailleurs, en raison des changements gouvernementaux et du roulement des administrateurs, les réseaux doivent établir de nouvelles relations et sensibiliser de nouveau les administrateurs quant aux besoins des CLOSM. Ces changements peuvent aussi mener à une modification des priorités ou à une instabilité et faire en sorte que les autres organisations hésitent à prendre part à de tels projets. Ces sources d'influence sont inévitables et s'expliquent principalement par les relations complexes entourant l'intervention du gouvernement fédéral dans le domaine des services de santé, qui est une compétence provinciale.

Il existe aussi des influences externes qui peuvent avoir une incidence sur les activités de formation et la capacité des établissements d'enseignement de contribuer à l'atteinte des résultats du PCLOS. Il s'agit notamment des pénuries que vivent les milieux de formation clinique, du nombre restreint d'étudiants potentiels, de la difficulté associée au recrutement et au maintien en poste de professeurs ainsi que de l'accès déficient à la formation dans les régions plus éloignées et mal desservies; tous ces facteurs peuvent subir, dans une certaine mesure, l'influence des politiques et des priorités de chaque province et territoire dans le secteur de l'enseignement postsecondaire.

Finalement, un certain nombre d'autres facteurs peuvent influencer sur les différents résultats du PCLOS, dont les suivants :

- les politiques et les pratiques des établissements de soins de santé (comme des politiques d'embauche qui pourraient favoriser le groupe majoritaire ou exiger des professionnels de la santé qu'ils ne parlent que la langue officielle de la majorité dans l'établissement);
- les changements démographiques, comme l'exode continu des jeunes des CLOSM ou l'afflux de nouveaux arrivants au Canada dans certaines CLOSM;
- les taux de roulement élevés et la mobilité dans le milieu des soins de santé ainsi que la pénurie de professionnels de la santé;
- le manque de renseignements et de données sur les membres des CLOSM et leurs besoins, les professionnels de la santé et les capacités linguistiques de ces derniers;

- un milieu réglementaire complexe et le tissu d'organisations qui défendent un meilleur accès à des services pour le groupe linguistique minoritaire, pour les groupes ethnoculturels et pour la qualité de soins de santé en général.

Plusieurs changements importants à la loi ou à des politiques publiques dans bon nombre de provinces et de territoires semblent favoriser un meilleur accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité. Même s'il n'est pas possible d'établir des liens directs, un certain nombre de changements aux lois ou aux politiques publiques ont pu contribuer à régler certains problèmes d'accès aux services de santé dans les deux langues officielles. Ainsi, ils peuvent avoir eu une incidence positive sur l'environnement au sein duquel le PCLOS est exploité, surtout l'environnement des RSC. Parmi les principaux changements, on compte les initiatives provinciales et territoriales suivantes :

- **Nouveau-Brunswick** : Dans le cadre de la restructuration mise en œuvre en 2009 qui a fait passer le nombre d'autorités de la santé de huit à deux, une autorité sanitaire a été désignée bilingue; on ne pouvait plus alors garantir que la communauté francophone serait représentée au sein des comités d'administration puisque les membres devaient être nommés par le ministre. Après une commission judiciaire et une commission spéciale (*Commission Leblanc*), l'une des deux autorités de la santé (*Vitalité*) a été désignée francophone (et non pas bilingue). Le premier ministre a également commandé un rapport « dans le but de formuler des recommandations sur les moyens d'améliorer la prestation des services de soins de santé à la population francophone de la province » (Santé Canada, p. 6); ce rapport a été publié en 2010.
- **Québec** : Le gouvernement provincial a renouvelé le *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Région de la Chaudière-Appalaches* pour 2011-2014 et a fait de même pour d'autres régions de services de santé et de services sociaux du Québec (Santé Canada, p. 6).
- **Ontario** : « Le 1^{er} janvier 2010, un nouveau règlement 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. » (Santé Canada, p. 6). L'Ontario a transféré la responsabilité de la planification et de l'exécution des services aux trois RSC, qui sont désormais officiellement reconnus comme des entités de planification des services de santé en français.
- **Manitoba** : Il y a eu un développement plus récent en 2012, soit la collaboration entre le *Conseil communauté en santé* et le gouvernement du Manitoba au sujet d'une politique de désignation bilingue renouvelée s'appliquant aux établissements de santé de cette province; cette politique sera inscrite dans la réglementation pour la première fois.
- **Territoires du Nord-Ouest** : La Cour suprême des Territoires du Nord-Ouest a statué en faveur de la *Fédération franco-ténoise* en 2006 en précisant que le gouvernement des Territoires contrevenait à la *Loi sur les langues officielles* du gouvernement fédéral. On a par la suite créé une commission qui avait le mandat d'élaborer un plan stratégique pour la prestation de services en français dans les Territoires (Santé Canada, p. 6). La création d'un Secrétariat aux affaires francophones et d'un service à guichet unique, *Services TNO*, a suivi en 2012; ce portail regroupe tous les services assurés par le gouvernement des Territoires.

Les réseaux dépendent des ressources, du soutien et de la capacité de prendre des décisions de leurs partenaires. Le volet réseautage dépend dans une plus large mesure des gouvernements provinciaux et territoriaux. Puisqu'ils jouent un rôle consultatif, la capacité des RSC est limitée lorsqu'il s'agit d'apporter des changements; les RSC dépendent donc des priorités, des ressources et de la capacité de prendre des décisions de leurs principaux partenaires (soit les autorités provinciales/territoriales et régionales de la santé). Par conséquent, leur capacité de contribuer aux résultats attendus subit souvent l'incidence négative des ressources limitées de ces partenaires et de leurs priorités.

Aucune autre option exhaustive pouvant remplacer le PCLOS n'a été identifiée.

Aucune autre option ni approche comparable pouvant remplacer le PCLOS n'est ressortie de l'évaluation. Les preuves recueillies auprès des intervenants donnent à penser que les autres programmes ou initiatives n'ont pas la même importance que le PCLOS et ne peuvent apporter le même niveau de changement. Dans les faits, quand on leur a demandé de donner des exemples de programmes utilisant une approche ou une structure semblable, très peu d'intervenants ont été en mesure de le faire; ceux qui ont pu citer un exemple n'ont mentionné que les PALO de Patrimoine canadien. Certains intervenants ont signalé que le PCLOS est le seul programme axé sur la formation des professionnels de la santé et qu'il jette les bases pour la mise en œuvre d'autres programmes et interventions à différents niveaux (institutionnel, communautaire, local, provincial ou fédéral), notamment en favorisant l'établissement d'un réseau de RSC. Il existe d'autres sources de financement, que l'on peut obtenir par l'entremise d'autres programmes de Santé Canada ou de l'ASPC (p. ex. des initiatives relevant du Programme de contributions pour les politiques en matière de soins de santé, comme l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger), mais le PCLOS est perçu comme étant une ressource essentielle.

Il n'est pas possible de déterminer si le PCLOS a utilisé les produits, les services et les ressources de façon optimale pour atteindre les résultats escomptés.

Le PCLOS a fait le suivi de l'ensemble de ses dépenses et préparé des rapports sur l'exécution des produits.

Pour l'évaluation, le nombre de produits livrés, selon ce qui a été rapporté par les bénéficiaires du PCLOS, a été compilé à partir d'un certain nombre de documents soumis par les organismes bénéficiaires à Santé Canada ou préparés par Santé Canada. Ces données révèlent que le Programme et ses bénéficiaires présentent un large éventail et un grand nombre de produits ainsi qu'un niveau global d'activités élevé; par ailleurs, les données suggèrent fortement des contributions dans bon nombre de secteurs de résultats suivant la logique du Programme.

Cependant, les données sont encore incomplètes, et les limites empêchent toute comparaison ou regroupement de données. Il est possible d'obtenir des données que pour certaines années seulement, ce qui limite la possibilité d'avoir une vision d'ensemble des produits exécutés tout au long de la période de quatre ans visée par l'évaluation. Par ailleurs, dans certains cas, les données relatives au nombre de produits livrés ne sont pas cohérentes d'un rapport à l'autre et la description des produits n'est pas uniforme dans l'ensemble des établissements. Par exemple, le

CNFS a réalisé divers « produits et stratégies de promotion et de recrutement », alors que McGill et le RCSSS ont mis en œuvre différentes « activités de recrutement ». Même après une lecture attentive des documents de base, il n'est pas possible de comparer directement ces catégories. Enfin, puisque certains produits ont été obtenus grâce à la contribution de plus d'un établissement, il est impossible de compter le nombre de produits pour l'ensemble des établissements sans compter certains produits en double.

Le Tableau 12 illustre les sommes prévues et dépensées, pour chaque exercice, pour le Crédit 1 (dépenses fédérales à l'interne), le Crédit 10 (contributions versées aux bénéficiaires de l'extérieur) et les coûts relatifs à la gestion des installations (dépenses fédérales à l'interne). Le montant dépensé en 2008-2009 dépassait de 20,3 % le montant prévu; le montant dépensé en 2009-2010 excédait de 4,3 % le montant prévu; la somme dépensée en 2010-2011 était équivalente au montant prévu. L'information relative à l'exercice 2011-2012 n'est pas encore disponible. L'excédent de dépenses au cours du premier exercice s'explique peut-être par le fait que des fonds supplémentaires provenant du programme antérieur (PCAASS) ont été transférés en 2007-2008, mais qu'ils n'ont peut-être pas été entièrement dépensés au cours de ce même exercice (les fonds étaient donc disponibles pour l'exercice 2008-2009).

Tableau 12 : Budget c. dépenses du Programme, par catégorie, de 2008-2009 à 2012-2013

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Budget – Crédit 1 (montant dépensé)	197 400 \$ (194 400 \$)	770 360 \$ (770 360 \$)	1 061 000 \$ (1 061 000 \$)	859 700 \$ (s.o.)	1 258 790 \$ (s.o.)
Budget – Crédit 10 (montant dépensé)	23 000 000 \$ (27 699 800 \$)	34 000 000 \$ (35 500 000 \$)	36 700 000 \$ (36 700 000 \$)	38 000 000 \$ (s.o.)	38 300 000 \$ (s.o.)
Budget – Gestion des installations (montant dépensé)	2 600 \$ (2 600 \$)	29 640 \$ (29 640 \$)	39 000 \$ (39 000 \$)	40 300 \$ (s.o.)	41 210 \$ (s.o.)
Budget total (montant dépensé)	23 200 000 \$ (27 896 800 \$)	34 800 000 \$ (36 300 000 \$)	37 800 000 \$ (37 800 000 \$)	38 900 000 \$ (s.o.)	39 600 000 \$ (s.o.)

Source : Santé Canada, p. 13.

Selon les données disponibles pour l'évaluation, il n'est pas possible de déterminer si le PCLOS a été géré de manière à réduire au minimum l'utilisation de ressources.

Conformément à ce qui a été démontré précédemment, le coût des contributions est connu tout comme les coûts opérationnels et le nombre de produits livrés par type de produit (du moins pour certains exercices). Cependant, avec un tel ensemble diversifié de volets et de produits, il ne convient pas d'appliquer le ratio habituel dépenses-extrants, car ce ratio ne donnerait pas de résultats pertinents. Par ailleurs, peu de données sur le coût par extrant ou sur les ratios coûts administratifs-coûts indirects, lesquelles sont nécessaires pour déterminer l'efficacité, n'étaient disponibles.

Il n'existait aucune source de données probantes permettant de vérifier si la gestion des ressources du Programme était adéquate par rapport à l'atteinte des résultats attendus étant donné que la grande partie des activités d'exécution et de gestion du Programme ont été réalisées par des bénéficiaires primaires et secondaires. De façon générale, les perceptions des intervenants face aux exigences de gestion et de production de rapports sont positives. Toutefois, les intervenants ont formulé des commentaires sur l'économie et les attentes :

- Les exigences en matière de production de rapports pourraient être simplifiées. Elles sont trop coûteuses en temps, surtout pour les organisations qui mènent de multiples projets. Par exemple, on pourrait autoriser les bénéficiaires à inclure plusieurs projets dans un même rapport.
- Le processus de prise de décisions de financement et le processus d'obtention des fonds prennent trop de temps, ce qui peut avoir des conséquences négatives pour les organismes bénéficiaires (p. ex. l'échéancier des projets est parfois serré ou bien les organisations peuvent être forcées de demander des prêts et de payer de l'intérêt jusqu'à l'obtention du financement de projet).
- Les attentes à l'égard des RSC sont élevées, et ces derniers doivent en faire beaucoup pour atteindre des résultats, ce qui est disproportionné par rapport à leurs ressources humaines et financières limitées.

Même s'il existe peu de données sur l'utilisation même des fonds, **les entrevues et les études de cas effectuées dans le cadre de l'évaluation ont confirmé que le financement du PCLOS aide les organismes bénéficiaires à obtenir des fonds d'autres sources, particulièrement pour supporter les projets** (p. ex. autorités de la santé, organismes communautaires et de l'ASPC). Les gestionnaires et les partenaires de réseaux indiquent que les RSC fournissent souvent une partie du financement des activités pour encourager d'autres partenaires et organisations à faire de même. Ils ajoutent que le financement du PCLOS aide à bâtir la crédibilité des RSC et que d'autres entités et organismes gouvernementaux sont davantage disposés à contribuer à certaines activités une fois leur financement approuvé par Santé Canada dans le cadre du Programme. Par ailleurs, ils mentionnent que les activités de réseautage facilitent l'obtention de financement grâce à la création de partenariats; on constate ainsi la présentation de demandes communes de financement pour différentes activités, y compris la recherche. Par exemple, le CNFS regroupe des chercheurs qui présentent des demandes communes de financement auprès des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Dans l'ensemble, conformément à ce qui a été noté tout au long de l'évaluation, **les renseignements sur le rendement disponibles n'étaient pas suffisants pour que l'évaluation puisse mesurer les résultats par rapport aux niveaux de référence ou pour quantifier la mesure dans laquelle des résultats ont été atteints.**

5.0 Conclusion

La présente section du rapport transmet les principales conclusions de l'évaluation en fonction des constatations qui ont été formulées.

5.1 Pertinence – Conclusions

Besoin continu du programme

Les CLOSM sont concentrées dans des régions précises du Canada; par conséquent, les besoins en matière de services de santé dans la langue de la minorité varient d'un bout à l'autre du pays. Les CLOSM représentent 6,4 % de la population canadienne (2006) et sont davantage concentrées dans certaines régions du Canada, notamment le Nord du Nouveau-Brunswick, la région métropolitaine de recensement de Montréal et les régions de l'Est de l'Ontario. Dans de telles régions, l'appartenance linguistique des professionnels de la santé suit davantage la composition linguistique de la population; par conséquent, il est plus facile pour les anglophones et les francophones de choisir un professionnel de la santé qui maîtrise leur langue. Les différences de langue entre patients et fournisseurs de soins de santé sont plus susceptibles de se produire dans les régions, provinces et territoires où les CLOSM sont moins concentrées.

D'après les données disponibles, les besoins en matière de soins de santé des CLOSM ne semblent pas différer grandement de ceux de la majorité linguistique; les difficultés d'accès aux services de santé semblent être davantage associées à des obstacles non linguistiques (p. ex. emplacement géographique et disponibilité générale des professionnels de la santé). Malgré cela, la plupart des membres des CLOSM (77 % pour le Canada en 2006 selon l'EVMLLO de Statistique Canada) estiment qu'il est important d'obtenir des services de santé dans la langue officielle de la minorité.

Conformité aux priorités du gouvernement

Le PCLOS est conforme aux priorités du gouvernement du Canada énoncées dans la *Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne*, qui vient réitérer l'engagement du gouvernement du Canada à l'égard de la dualité linguistique et qui se fonde sur deux piliers, soit la participation de tous les Canadiens à la dualité linguistique et le soutien accordé aux CLOSM.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement

Le PCLOS a été mis en œuvre afin que le gouvernement fédéral puisse s'acquitter de ses rôles et responsabilités énoncés dans la *Loi sur les langues officielles* en vertu de laquelle le gouvernement fédéral doit « favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et appuyer leur développement ». En outre, la modification la plus récente apportée à la *Loi* valide l'obligation qu'a tout établissement fédéral de « veiller à ce que soient prises des mesures positives pour mettre en œuvre cet engagement ».

Les ministères, comme Santé Canada, ont donc l'obligation de mettre en œuvre des initiatives précises, telles que le PCLOS. Comme la *Loi* le stipule, cette mise en œuvre doit « se faire dans le respect des champs de compétence et des pouvoirs des provinces ». Cette disposition s'applique clairement au domaine de la santé et à la formation professionnelle à laquelle le PCLOS participe.

Par ailleurs, le PCLOS va dans le même sens que le Résultat stratégique de Santé Canada « Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens » qui comprend l'Activité de programme 1.3 « Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire ».

5.2 Rendement – Conclusions

Réalisation des résultats escomptés

Des progrès ont été réalisés au niveau de l'atteinte des résultats immédiats, notamment : accroître le nombre de professionnels de la santé capables de desservir les CLOSM; augmenter la coordination et l'intégration des services de santé à l'intention des CLOSM; renforcer les partenariats avec les systèmes de santé; accroître la visibilité des RSC qui doivent servir de centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé; faire connaître davantage les stratégies et pratiques exemplaires qui permettent de se pencher sur les préoccupations des CLOSM en matière de santé.

On a notamment réussi, surtout dans le volet formation, à accroître le nombre de professionnels de la santé disponibles et en mesure d'offrir des services de santé dans les CLOSM en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick. Dans d'autres régions où les CLOSM sont plus dispersées ou plus petites, la formation des professionnels de la santé n'a pas été aussi importante. On ne sait pas encore avec certitude si les professionnels de la santé qui sont formés présenteront la combinaison requise entre disciplines de la santé et répartition régionale.

Les RSC sont perçus comme étant des centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM dans bon nombre de provinces et de territoires; des preuves anecdotiques indiquent que les réseaux semblent contribuer à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé dans la langue de la minorité grâce à des collaborations et à des partenariats avec les autorités régionales de la santé, les établissements locaux et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le volet du Programme portant sur les projets a offert une plus grande souplesse aux réseaux en augmentant le financement dans certains domaines précis pour s'attaquer aux priorités souvent associées aux populations vulnérables. Toutefois, peu de données documentant systématiquement les résultats et l'incidence de bon nombre des activités des RSC se sont avérées disponibles.

Évaluation de l'économie et de l'efficacité

Un certain nombre de facteurs externes semblent exercer une influence au niveau de l'efficacité et de l'efficacité dans l'atteinte des résultats puisque les RSC comptent sur la collaboration des partenaires externes (p. ex. gouvernements provinciaux et autorités de la santé) pour planifier et offrir les services de santé. Par exemple, la capacité de ces réseaux d'atteindre des résultats dépend de la mesure dans laquelle les priorités d'intervention sont les mêmes que celles de leurs partenaires provinciaux et de l'influence qu'ils ont auprès de ces mêmes partenaires.

Faute de données concrètes sur l'atteinte des résultats en matière de coûts, l'évaluation n'a pas permis de bien évaluer l'efficacité et l'économie du PCLOS. Toutefois, l'évaluation a fait ressortir qu'il n'existe pas d'autres options exhaustives pouvant remplacer le PCLOS et que le Programme a été en mesure d'obtenir du financement d'autres sources.

6.0 Recommandations

À l'heure actuelle, la formation se donne surtout dans les régions où les CLOSM sont concentrées (soit l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick), là où les professionnels de la santé formés ont tendance à demeurer et où il semble déjà y avoir un nombre suffisant de professionnels de la santé provenant de la minorité linguistique. Par conséquent, il est important d'envisager d'autres moyens pour rejoindre la population des autres CLOSM. Étant donné que la formation est très exigeante en termes de ressources, il faudrait examiner des méthodes plus efficaces qui se basent non seulement sur la formation mais également sur le recrutement et le maintien en poste dans les régions où la population des CLOSM est plus petite.

Recommandation 1 :

Il est recommandé que le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) identifie des approches, en plus de la formation professionnelle, pour accroître l'accès aux services de santé offerts dans la langue de la minorité dans les régions où la population des CLOSM est faible ou dispersée.

Les RSC sont de plus en plus perçus comme étant des centres de liaison pour la gestion des préoccupations en matière de santé des CLOSM et pour l'interprétation des besoins des CLOSM; ils ont réussi à établir des partenariats avec des autorités de la santé afin de répondre à ces mêmes besoins. Ils sont donc bien placés pour travailler avec les établissements postsecondaires qui offrent déjà des programmes de formation. Grâce à des collaborations de ce genre, on peut s'assurer que les possibilités de formation concordent avec les pénuries ou besoins ciblés et que des stages ou des emplois permanents sont offerts dans les communautés concernées.

Recommandation 2 :

Il est recommandé que le BACLO s'assure que les RSC et les établissements postsecondaires collaborent, le cas échéant, à l'élaboration d'activités de formation répondant aux besoins en matière de santé des CLOSM et qu'ils travaillent ensemble, avec les autorités et les établissements de la santé, à la création de postes de stagiaire pour des étudiants bilingues afin qu'un plus grand nombre d'étudiants restent dans leur CLOSM après avoir obtenu leur diplôme.

Dans le cadre de l'évaluation, un certain nombre de lacunes et de limites ont été repérées au niveau des données relatives au rendement; ces lacunes et limites ont nui à la capacité de bien évaluer les résultats, l'économie et l'efficacité du Programme. Par exemple, puisque le terme « accès » et certains résultats de Programme comme « stratégie de recrutement » ou « outils d'information » ont été interprétés de différentes façons, les données recueillies faisaient référence à des concepts différents et ne pouvaient être comparées. Il serait donc utile d'avoir des définitions normalisées que les bénéficiaires de financement pourraient utiliser pour supporter la collecte de données de rendement fiables et s'assurer que ces données sont validées et regroupées à l'échelle provinciale et territoriale.

Par ailleurs, il serait bon de définir des mécanismes pouvant améliorer la collecte systématique de données concernant les résultats intermédiaires (notamment en se fondant sur des collaborations antérieures avec Statistique Canada traitant du ratio de professionnels de la santé, en en ajoutant d'autres et en faisant le suivi des étudiants diplômés d'établissements postsecondaires par cohorte et par programme pour définir l'endroit où ils travaillent et les services de santé dans la langue de la minorité ainsi obtenus).

Pour améliorer les données financières et ainsi faciliter l'évaluation de l'efficacité et de l'économie, il pourrait également être utile de demander aux bénéficiaires de financement de faire le suivi du financement obtenu dû à l'effet de levier, du coût par extrant/résultat clé et des dépenses générales.

Recommandation 3 :

Il est recommandé que le BACLO uniformise la collecte de renseignements sur le rendement afin que les données puissent être regroupées et utilisées pour faire rapport sur l'atteinte des résultats ainsi que sur l'économie et l'efficacité du Programme.

Annexe A Organismes bénéficiaires

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le RCSSS a été constitué en 2000; il se composait de dix réseaux régionaux et locaux situés à la grandeur du Québec. En 2012, d'autres réseaux ont été ajoutés, ce qui a donné un total de 18 réseaux membres⁹.

- Council for Anglophone Magdalen Islanders;
- Committee for Anglophone Social Action (Gaspésie);
- Coasters Association (Basse-Côte-Nord);
- East Island Network for English-Language Services (Montréal-Est);
- Catholic Community Services (Montréal); CSSS Vaudreuil-Soulanges (Montréal);
- The Youth and Parents AGAPE Association Inc. (Laval);
- African Canadian Development and Prevention Network (Montréal);
- 4 Korners Family Resource Centre (Laurentides);
- Mégantic English-Speaking Community Development Corporation (Chaudière-Appalaches et région de l'Érable);
- Neighbours Regional Association of Rouyn-Noranda;
- Outaouais Health and Social Services Network; Townshippers' Association (Estrie et Montérégie);
- Jeffrey Hale Community Partners (Québec);
- North Shore Community Association;
- Heritage Lower Saint-Lawrence (Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine);
- Vision Gaspé-Percé Now

Le RCSSS élabore des projets et des partenariats à l'échelle locale, régionale et provinciale qui se penchent sur les déterminants de la santé, exercent une influence sur les politiques publiques et élaborent des services visant à améliorer l'accès aux services de santé (RCSSS, 2012).

SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS (SSF)

La SSF a été créée en 2002 pour donner suite aux recommandations formulées dans le rapport intitulé « Pour un meilleur accès à des services de santé en français » (SSF, 2009, p. 4). La SSF:

- établit un réseau de collaboration entre les réseaux provinciaux et territoriaux;
- encourage les regroupements et les partenariats à l'échelle nationale et facilite l'échange d'information et la coordination des initiatives;
- offre des services techniques et professionnels qui répondent aux besoins des membres des réseaux;
- représente l'intérêt des réseaux, des secteurs ou des regroupements et appuie leurs propres représentations (SSF, 2012).

⁹ Conseil des anglophones madelinots; Committee for Anglophone Social Action (Gaspésie); Coasters Association (Basse-Côte-Nord); Réseau de l'Est de l'Île pour les services en anglais (Montréal Est); Catholic Community Services (Montréal); CSSS Vaudreuil-Soulanges (Montréal); Association amicale des jeunes et parents AGAPE Inc. (Laval); Réseau de développement et de prévention afro-canadien (Montréal); 4 Korners Family Resource Centre (Laurentides); Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (Chaudière Appalaches et l'Érable); Neighbours Regional Association of Rouyn-Noranda; Agence de santé et services sociaux de l'Outaouais; Association des Townshippers (Estrie et Montérégie); Partenaires communautaires Jeffery Hale (Québec); Association communautaire de la Côte Nord; Héritage Bas-Saint-Laurent (Gaspésie Îles-de-la-Madeleine); Vision Gaspé-Percé Maintenant.

La SSF a établi les 17 réseaux de langue française suivants à l'extérieur du Québec dans les douze provinces et territoires:

- Réseau Santé en français Terre-Neuve-et-Labrador;
- Réseau TNO Santé en français;
- Réseau Santé en français de la Saskatchewan;
- Partenariat communauté en santé (Yukon);
- Réseau santé albertain;
- RésoSanté Colombie-Britannique;
- Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard;
- Conseil Communauté en santé du Manitoba;
- Réseau Santé – Nouvelle-Écosse;
- Résefan (Nunavut);
- Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario et Réseau santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario;
- Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, qui comprend le Réseau-action Organisation des services, le Réseau-action Formation et recherche et le Réseau-action Communautaire.

CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNFS)

Le CNFS a été créé en 1999 dans le cadre du Programme des langues officielles dans l'enseignement de Patrimoine canadien (Santé Canada, 2008, p. 4) pour offrir une formation en santé aux francophones hors Québec. Ses objectifs sont les suivants :

- « connaître les besoins spécifiques des communautés et favoriser l'insertion des professionnels formés dans leur lieu de provenance;
- maximiser l'apport des institutions existantes en déployant leur capacité de formation;
- favoriser l'accès à de nouvelles formations dans les communautés qui en sont dépourvues;
- favoriser les partenariats et les collaborations;
- faciliter et entretenir la liaison et la concertation au sein du réseau, ainsi qu'avec les réseaux complémentaires ».

Le CNFS offre une formation en santé dans 11 universités et collèges francophones, francophones bilingues et acadiens. La formation en santé offerte par le CNFS et ses établissements membres englobe des programmes de formation collégiale et universitaire, de la formation à distance, de la formation en adaptation linguistique et culturelle et de la formation clinique. Le financement du PCLOS a permis au CNFS d'accepter plus d'inscriptions dans les programmes existants et de créer de nouveaux programmes.

UNIVERSITÉ MCGILL

L'Université McGill offre « la formation en anglais pour les professionnels de la santé francophones, afin qu'ils puissent offrir des services dans la langue de la minorité, et la formation en français pour les professionnels de la santé anglophones, afin qu'ils puissent travailler efficacement dans le système de santé du Québec » (Santé Canada, 2010, p. 2).

Annexe B Littérature, documents et enquêtes examinés

LITTÉRATURE EXAMINÉE (PUBLIQUE)

- Asada, Y. and Kephart, G. (2007), « Equity in health services use and intensity of use in Canada », *BMC Health Services Research*, 7, p. 41.
- Bélangier, M., Bouchard, L., Gaboury, I., Sonier, B., Gagnon-Arpin, I., Schofield, A. et Bourque, P.-É. (2011), « Perceived health status of Francophones and Anglophones in an officially bilingual Canadian province », *Canadian Journal of Public Health*, 102(2), p. 122–126.
- Bernier, C. (2009), « Citoyens de deuxième classe? Perceptions de la santé et du système de soins chez les francophones du Nord-Est de l'Ontario », *Francophonie d'Amérique*, p. 28.
- Blackwell, D. L., Martinez, M. E., Gentleman, J. F., Sanmartin, C. et Berthelot, J. M. (2009), « Socioeconomic status and utilization of health care services in Canada and the United States: Findings from a binational health survey », *Medical Care*, 47(11), p. 1136–46.
- Bouchard, L. (2011), « Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire: les représentations des acteurs sur l'avenir des services », *Canadian Review of Sociology*, 48(2), p. 203–215.
- Bouchard, L., Desmeules, M., et Gagnon-Arpin, I. (2010), « Rapport national de cartographie conceptuelle : Les représentations de l'avenir des services de santé en français en francophonie minoritaire », Université d'Ottawa.
- Bouchard, P. et Paulin, C., en collaboration avec Savoie, M. (2010), « Vers un cadre de planification concertée des ressources humaines en santé basée sur les besoins des communautés francophones en contexte minoritaire », document soumis au Consortium national de formation en santé, Ottawa.
- Bouchard, P., Vézina, S., Paulin, C., et Provencher, M. (2009), « L'outillage des étudiants et des nouveaux professionnels : une condition essentielle à l'amélioration des services de santé en français », rapport soumis au Consortium national de formation en santé.
- Bouchard, P., Vézina, S., Savoie, M., et Robinson, J. (2010), « Dialogue sur l'engagement des étudiants et des futurs professionnels pour de meilleurs services de santé en français dans un contexte minoritaire », rapport final présenté au Consortium national de formation en santé.
- Chomienne, M.-H., Bouchard, L., Gaboury, I. et M'Bala J., W. (2008), « Effet de la langue sur la prestation des services dans les différents modèles de soins en Ontario », rapport préparé pour le Consortium national de formation en santé, section de l'Université d'Ottawa.
- Commissariat aux services en français de l'Ontario. (2009), « Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario », gouvernement de l'Ontario.
- Corbeil, J.-P., C. Grenier et S. Lafrenière (2006), « Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle », Statistique Canada, Division de la démographie, Ottawa.
- Curtis, L. and MacMinn, W. J. (2008), « Health care utilization in Canada: Twenty-five years of evidence », *Politiques officielles du Canada*, 34(1), p. 65–87.
- Dufour, S. et Fontaine, C. (2008), « Les défis du recrutement et de la rétention en milieu minoritaire francophone dans le secteur de la santé », rapport à l'intention du *Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario*.

Jacobs, E., Chen, A. H. M., Karliner, L. S., Agger-Gupta, N., and Mutha, S. (2006), « The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda », *Milbank Quarterly*, 84(1), p. 111–133.

Kishchuk, N. (2010). « Déterminants de la santé et promotion de la santé au sein de la communauté d'expression anglaise des Cantons-de-l'Est », rapport à l'intention de l'Association des Townshippers.

Réseau ontarien pour la santé des femmes (ROSF), fiche d'information « La santé des femmes francophones de l'Ontario ».

Sibley, L. M. and Weiner, J. P. (2011), « An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada », *BMC Health Service Research*, 11(20), p. 1–11.

PRINCIPAUX DOCUMENTS EXAMINÉS

Brynaert & associé.e.s. (2011), « Analyse de la conjoncture et des facteurs pouvant influencer sur la formation et la recherche en santé en français », Version officielle : 20 septembre 2011.

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) (2010a). Programme de contribution pour les langues officielles en santé. Rapport sur le rendement du Consortium national de formation en santé (CNFS).

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) (2010b). Programme de contribution pour les langues officielles en santé. Rapport sur le rendement de la Société santé en français (SSF).

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO). (2011a). Programme de contribution pour la santé des communautés de langue officielle. Rapport sur le rendement du Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), Ottawa (Ont.), Imprimerie du gouvernement canadien.

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO). (2011b). Programme de contribution pour la santé des communautés de langue officielle. Rapport sur le rendement de l'Université McGill.

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO). *Dépenses réelles en contributions réparties par volet et par bénéficiaire*. Tableau non publié.

Consortium national de formation en santé (CNFS). (2009). *Proposition présentée dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé de Santé Canada. Volet Formation et maintien en poste des professionnels de la santé*.

Consortium national de formation en santé (CNFS). (2011a). *Projet de formation et de recherche du Consortium national de formation en santé (CNFS). Rapport des résultats obtenus au cours de l'année 2010-2011*.

Consortium national de formation en santé (CNFS). (2011b). *Rapport sur les résultats 2010-2011*.

Consortium national de formation en santé (CNFS). (2012). *Rapport annuel 2011-2012*.

Consortium national de formation en santé (CNFS). 2008-2009. *Nombre d'étudiants/tes par Programme et par province d'origine [2008-2009]*.

Gouvernement du Canada. (2007), *Discours du Trône ouvrant la deuxième session de la 39^e législature du Canada. Un leadership fort. Un Canada meilleur*. Tiré de : <http://www.pco-bcp.gc.ca/index.asp?lang=fra&page=information&sub=publications&doc=aarchives/sft-ddt/2007-fra.htm>

Gouvernement du Canada. (2010). *Discours du Trône*. Tiré de : <http://www.sft-ddt.gc.ca/fra/media.asp?id=1388>

- Quebec community groups network (QCGN). (2011). *Les priorités de la population d'expression anglaise du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux 2013-2018. Document basé sur une consultation auprès des membres de la population d'expression anglaise du Québec.*
- Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS). (2012). *À propos du RCSSS.* Tiré de : <http://www.chssn.org/Fr/default.asp#&panel1-1>
- Ronald Bisson et associé.e.s. (2012). « Évaluation à mi-parcours de la phase III : 1^{er} avril 2008 au 30 août 2011 », *Consortium national de formation en santé.* Version finale.
- Santé Canada. (2001). *Rapport à la ministre fédérale de la Santé : Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire - septembre 2001.* <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/olcldb-baclo/cccfsm/index-fra.php>
- Santé Canada. (2002). *Rapport à la ministre fédérale de la Santé : Comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire - juillet 2002, Annexe A.* <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/olcldb-baclo/cccasn-ccesmc/index-fra.php>
- Santé Canada. (2007). *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Évaluation formative.* Ottawa (Ont.), Imprimerie du gouvernement canadien.
- Santé Canada. (2008). *Programme de contribution pour la santé des communautés de langue officielle. Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats. Annexe A.* Ottawa (Ont.), Imprimerie du gouvernement canadien.
- Santé Canada. (2010). *Étude de référence pour le Programme de contribution pour les langues officielles en santé.* Ottawa (Ont.), Imprimerie du gouvernement canadien.
- Santé Canada. (2010). *Étude de référence pour le Programme de contribution pour les langues officielles de santé.* Ottawa (Ont.), Imprimerie du gouvernement canadien.
- Santé Canada. *2011-2012 Budget des dépenses. Partie III – Rapport sur les plans et les priorités.* Ottawa (Ont.), Imprimerie du gouvernement canadien.
- Santé Canada. *Données sur la mesure du rendement en matière de langues officielles.*
- Santé Canada. *Loi canadienne sur la santé.* <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/cha-lcs/index-fra.php>
- Société Santé en français (SSF). (2009). *Appui au réseautage. Rapport annuel. 1^{er} avril 2008 – 31 mars 2009.*
- Société Santé en français (SSF). (2011a). *Rapport annuel des mesures de rendement 2010-2011. Volets réseautage de santé, appui à l'organisation des services, partage des connaissances et ressources humaines.*
- Société Santé en français (SSF). (2012). *Notre raison d'être.* Tiré de : http://santefrancais.ca/index.cfm?Voir=sections&Id=6668&M=1640&Sequence_No=6668&Niveau=2&Repertoire_No=661868150
- Université McGill. (2009a). *Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé. Résumé du budget.* Tableau non publié.
- Université McGill. (2009b). *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. 2008-2009 Rapport annuel.*

DONNÉES D'ENQUÊTES EXAMINÉES

- Blaser, C. (2009). Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2006. Statistique Canada n° 91-550-X au catalogue.
- Bouchard, L., I. Gaboury, M.H. Chomienne, I. Gagnon-Arpin. (2009). Profil santé des communautés francophones minoritaires au Canada.
- Corbeil, J.P., C. Grenier, et S. Lafrenière. (2006). Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle.
- CROP. (2010). Sondage 2010 du RCSSS sur la vitalité des communautés : Comparaison 2005-2010.
- Forgues, É. et R., Landry. (2012). *L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire : Rapport final*. Rapport préparé par l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques pour la *Société santé en français*.
- Forgues, É, B. Bahi, et J. Michaud. (2011). L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Santé Canada. (2012). Tableaux de données tirés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2010.
- LeBlanc, P. (2011). *Rapport sur l'analyse de placement des diplômés du Consortium national de formation en santé*. Rapport à l'intention du *Consortium national de formation en santé*.
- Manitoba Centre for Health Policy. (2012). Santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba.
- Pocock, J. (2006). Accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais au Québec : Rapport de données de base 2005–2006.
- Statistique Canada. (2006). Portrait des communautés de langue officielle au Canada : Recensement de 2006 – N° 92-592-XVB au catalogue.
- Statistique Canada. *Portrait des minorités de langue officielle au Canada*. N° 89-642X au catalogue. (Publication des portraits provinciaux et territoriaux du 23 septembre 2010 au 21 mars 2012) Tiré de : <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=89-642-X&chprog=1&lang=fra>
- Statistique Canada. (2009). Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada. N° 91-550-X au catalogue. Tiré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-550-x/91-550-x2008001-fra.pdf>
- Statistique Canada. (11 décembre 2007). Tableaux spéciaux de Santé Canada – Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle, 2006.
- Statistique Canada. (2012). Première langue officielle parlée de la personne. Tiré de : <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/language-langue05-fra.htm>.
- Tipenko, E. (2006). Statistical analysis of health system utilization, use of diagnostic testing, and perceptions of quality and satisfaction with health care services of Official Languages Minority Communities.

Annexe C Influence des obstacles à l'accès

Un certain nombre de facteurs exercent une influence sur l'accès aux services de santé. Quelques-uns de ces facteurs sont présents dans la population en général tandis que d'autres sont propres aux CLOSM. La présente annexe explique en détail la façon dont l'accès subit l'influence de cinq grands facteurs qui sont ressortis de l'évaluation : facteurs socio-économiques; langue et culture; répartition géographique et distance à parcourir pour obtenir des services; disponibilité des professionnels de la santé; offre proactive de services dans la langue de la minorité.

Facteurs socio-économiques

Dans l'ensemble de la population, un certain nombre de variables socio-économiques ont été associées à l'accès à différents types de services de santé. Par exemple, un faible taux de revenu, d'éducation et d'emploi est lié à un niveau de soins préventifs moindre, à moins de contacts avec des spécialistes, à un plus grand nombre d'hospitalisations et à un niveau de besoins non satisfaits plus élevé (Asada et Kephart, 2007; Blackwell, Martinez, Gentleman, Sanmartin et Berthelot, 2009; Curtis et MacWinn, 2008; Sibley et Weiner, 2011). Très peu d'études portent précisément sur la population des CLOSM; les résultats ne sont pas concluants quant à l'influence des facteurs socio-économiques sur l'accès des CLOSM aux services de santé.

Langue et culture

Comme le soulignait le Commissariat aux services en français de l'Ontario, même si certains individus fonctionnels dans les deux langues officielles peuvent se tourner vers les services donnés dans la langue de la majorité, pour les personnes qui ne sont pas à l'aise dans cette même langue, « ne pas offrir un service dans la langue du patient, c'est de mettre sa santé en danger » (CSFO, 2009). Les intervenants qui ont participé à l'évaluation ont expliqué que la maîtrise de la langue peut avoir une incidence sur l'accès à des soins de qualité de différentes façons en influant sur la compréhension du patient et en amplifiant des situations déjà complexes, émotives ou stressantes. De plus, les intervenants avancent que la maîtrise de la langue peut influencer sur le choix des services et des établissements de santé — p. ex. il se peut que les minorités choisissent d'accéder uniquement à des services dans leur langue en raison des difficultés de communication et de compréhension qui surviennent quand ils doivent utiliser leur langue seconde. Toutefois, il est bon de noter que la maîtrise de la langue semble varier au pays alors qu'environ 62 % des francophones hors Québec et Nouveau-Brunswick déclarent être plus à l'aise en anglais qu'en français (46 %) ou aussi à l'aise dans les deux langues officielles (16 %) par comparaison avec 38 % qui se disent plus à l'aise en français (EVMLO, 2007).

Comme l'ont indiqué plusieurs intervenants ainsi que la littérature, il arrive que les patients unilingues des CLOSM aient besoin d'un membre de la famille ou d'autres professionnels de la santé pour communiquer avec un fournisseur de soins de santé. Cependant, ces individus ne sont peut-être pas aptes à assumer la responsabilité de la santé du patient. Dans d'autres cas, le fournisseur de services de santé fait appel à un interprète formé, ce qui semble contribuer à l'amélioration de la communication, des résultats cliniques en matière d'utilisation et de la satisfaction à l'égard des soins (Jacobs, Chen, Karliner et Mutha, 2007).

Par ailleurs, la culture peut exercer une influence sur l'accès à un service de qualité même lorsque le patient et le fournisseur de soins parlent la même langue. Elle peut influencer sur la mesure dans laquelle l'individu se sent assez à l'aise pour demander des services dans la langue de son choix et pour poser des questions ou admettre qu'il ne comprend pas bien l'information qu'il reçoit. Finalement, les intervenants qui ont pris part à l'évaluation ont souligné que tant la langue que la culture peuvent jouer un rôle particulièrement important pour la prestation de certains services, comme les interventions psychosociales et d'autres traitements axés sur la langue.

Bien que l'on décrive la langue comme étant un obstacle possible à l'accès, l'ESCC de 2010 a permis de constater que la proportion de CLOSM ayant de la difficulté à obtenir de l'information en matière de santé en raison d'une contrainte de langue est faible. Les francophones de l'Ontario ont signalé avoir de la difficulté à accéder à des services de santé pour des raisons linguistiques dans une proportion moindre que les anglophones de l'Ontario pour tous les types de services de santé (Santé Canada, 2012). Dans les deux populations, la proportion est presque toujours de moins de 1 % pour tous les types de services; dans le pire des cas, 2,4 % des anglophones interrogés ont signalé avoir de la difficulté à recevoir de l'information en matière de santé en raison d'une contrainte de langue par comparaison avec 0,6 % des francophones. Dans les deux populations interrogées, on a signalé, dans des proportions beaucoup plus grandes, des difficultés à accéder à des services de santé pour d'autres motifs, notamment les inégalités socio-économiques et la distance à parcourir pour se rendre à un établissement de santé (p. ex. type de communauté – rurale ou urbaine – et province de résidence).

Répartition géographique et distance à parcourir pour obtenir des services

Certains intervenants et la littérature ont indiqué que les CLOSM — en particulier les communautés rurales et éloignées — ont moins accès à des services de santé dans leur langue, surtout des services spécialisés, et signalent davantage de besoins non satisfaits en matière de services de santé. Un certain nombre d'études ont révélé que, même si le contexte propre à chaque CLOSM varie énormément, les francophones des communautés rurales et éloignées sont plus désavantagés en ce qui a trait à l'accès aux services de santé. Les services en français sont pratiquement inexistant dans certaines régions en raison du petit nombre d'individus qui composent la communauté francophone, alors que, dans d'autres régions, des soins primaires sont offerts en français, mais le trajet à parcourir pour obtenir des services spécialisés, qui sont concentrés dans les grandes villes, est long (L. Bouchard et Desmeules, 2011; Bouchard et coll., 2010).

Selon les intervenants qui ont participé à l'évaluation, la distance à parcourir pour obtenir des services et la faible densité de population constituent des obstacles à l'accès aux soins de santé dans les CLOSM. Plus précisément, une étude récente réalisée par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba (2011) s'est penchée sur la question de la distance; elle conclut que la distance entre la résidence et l'endroit où les soins de santé sont offerts est problématique pour 25 % des utilisateurs de services donnés en français dans cette province et pour 53 % de la population vivant dans les régions rurales du Manitoba. Au Québec, un processus de consultation entrepris par le Quebec Community Groups Network (QCGN) a examiné la question des régions urbaines par opposition aux régions rurales; il a été établi qu'il est plus difficile pour la population anglophone en milieu semi-urbain et rural au Québec d'accéder à certains services de santé, principalement en raison du manque de professionnels de la santé dans ces régions. Par exemple, les soins destinés aux jeunes ayant des besoins particuliers, les services de santé mentale et les services en toxicomanie et dépendance sont limités ou inexistant dans ces régions (QCGN, 2011, p. 4). Il faut noter que ces études n'ont pas permis d'évaluer la mesure dans laquelle la question de la distance est plus ou moins importante pour la population minoritaire par comparaison avec la population majoritaire qui vit dans un contexte semblable.

Par ailleurs, les intervenants ont indiqué que la faible concentration de la population minoritaire représente un défi. Le Nouveau-Brunswick et le Québec, plus précisément, comptent des hôpitaux régionaux, qui ont chacun leur spécialité (soins cardiaques, oncologie, etc.); leur clientèle minoritaire peut provenir de différents secteurs d'une grande région ou même d'une autre région de la province, selon les soins spécialisés requis. Cet aspect peut jouer sur la capacité d'un établissement de planifier les services destinés aux CLOSM. D'après les résultats de l'EVMLQ, plus la concentration de la population minoritaire est faible, plus la proportion de cette population ayant indiqué qu'il est difficile pour elle d'obtenir des services dans la langue officielle de la minorité est élevée. À l'extérieur du Québec, dans les

municipalités où les adultes francophones représentent moins de 10 % de la population, les deux tiers de ces adultes ont mentionné qu'il serait difficile ou très difficile pour eux d'obtenir des services en français, alors que cette proportion n'était que d'un tiers dans les municipalités où les adultes francophones représentent entre 10 % et 30 % de la population. On constate une tendance semblable chez les adultes anglophones au Québec (Corbeil, Grenier et Lafrenière, 2006).

Disponibilité des professionnels de la santé

Même si l'on ressent la pénurie de professionnels de la santé partout au pays, les intervenants semblent avancer que la situation est plus problématique pour les CLOSM. La littérature suggère que les pénuries de professionnels de la santé fournissant des services aux CLOSM sont évidentes dans plusieurs professions, notamment chez les omnipraticiens, les médecins spécialistes, les infirmières ainsi que les préposés aux soins (Dufour et Fontaine, 2008). Par ailleurs, l'analyse du contexte réalisée récemment pour le CNFS (Brynaert, 2011) a mis en évidence l'importance du vieillissement de la population des CLOSM, que ce soit au niveau du non-renouvellement des ressources humaines en santé ou du changement dans la répartition de la clientèle francophone, ce qui pourrait déclencher une réorganisation des services de santé en fonction des services requis par cette population vieillissante. Cette analyse indique également une possibilité de pénurie dans les années à venir, plus précisément chez les médecins et le personnel infirmier ainsi que dans les techniques de la santé.

La pénurie généralisée peut s'expliquer en partie par le nombre insuffisant de professionnels de la santé francophones qui désirent aller travailler dans les CLOSM ou qui sont en mesure de le faire, surtout dans les régions où la densité de population est faible (Dufour et Fontaine, 2008). Il faut noter que, même si les données de l'étude Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada¹⁰ remontent à 2006, elles permettent quand même de faire une évaluation plus précise de l'utilisation de la langue et des aptitudes linguistiques de certains professionnels de la santé (Tableau 13), soit les médecins (y compris les omnipraticiens et les médecins de famille), les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues. Selon cette étude, le pourcentage de professionnels de la santé qui utilisent la langue de la minorité au travail au minimum sur une base régulière dépassait le pourcentage de la population dont la langue minoritaire est la PLOP dans plusieurs régions, y compris le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et le Québec. L'EVMLO a également avancé que 47 % des adultes vivant à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, et dont le français est la langue principale, ont signalé qu'ils utilisaient uniquement cette langue avec leur médecin habituel. Cette proportion atteignait 87 % au Nouveau-Brunswick et 54 % en Ontario. La même source a mentionné que les CLOSM semblent généralement satisfaites du niveau d'accès aux services de santé dans la langue officielle de la minorité tandis qu'environ la moitié des anglophones au Québec et des francophones dans le reste du Canada ont indiqué qu'il serait « facile » ou « très facile » pour eux d'obtenir des services de santé dans la langue de la minorité. L'utilisation de la langue de la minorité ne semble pas aussi fréquente dans les provinces de l'Ouest.

L'utilisation de la langue de la minorité semblait bien répartie dans les provinces où les CLOSM sont plus concentrées. Selon Statistique Canada, la mesure de l'utilisation « procure ainsi une image "réaliste" dans la mesure où elle porte sur la présence d'une langue donnée dans l'environnement de travail ». Même s'il ne s'agit pas d'une mesure directe de la répartition, l'utilisation de la langue de la minorité au travail peut indiquer d'une certaine façon si la répartition des professionnels de la santé concorde relativement bien avec celle de la minorité de langue officielle. Par ailleurs, dans chaque province, le bassin de professionnels de la santé connaissant la langue de la minorité dépassait les proportions de la minorité de langue officielle.

¹⁰ Cette étude a également été abordée à la section sur la pertinence puisqu'elle se fonde sur les données de recensement de 2001 et de 2006.

La principale limite de l'étude de Statistique Canada se rapporte au fait qu'elle touche uniquement quelques-unes des principales disciplines des services de santé de première ligne.

Tableau 13 : Professionnels de la santé selon l'utilisation de la langue de la minorité au travail, la connaissance de la langue officielle de la minorité et la région de résidence, 2006

Région	% de médecins utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% de médecins connaissant la LO de la minorité	% d'infirmières utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% d'infirmières connaissant la LO de la minorité	% de travailleurs sociaux et de psychologues utilisant la langue de la minorité au moins régulièrement au travail	% de travailleurs sociaux et de psychologues connaissant la LO de la minorité	PLOP : français seulement; anglais seulement au Québec (population en général)
Terre-Neuve-et- Labrador	4,4 %	19,7 %	1,2 %	4,0 %	0,0 %	6,7 %	0,4 %
Île-du-Prince-Édouard	0,0 %	11,5 %	3,7 %	8,0 %	6,1 %	27,3 %	3,8 %
Nouvelle-Écosse	5,4 %	20,3 %	3,2 %	9,5 %	4,4 %	15,0 %	3,6 %
Nouveau-Brunswick	45,8 %	53,0 %	44,3 %	48,8 %	56,5 %	60,2 %	32,7 %
Québec	51,1 %	85,5 %	36,8 %	44,9 %	29,4 %	55,5 %	13,4 %
Ontario	7,0 %	23,0 %	6,9 %	11,8 %	8,2 %	18,6 %	4,5 %
Manitoba	2,9 %	15,0 %	3,6 %	8,5 %	2,9 %	10,1 %	3,8 %
Saskatchewan	0,9 %	12,0 %	0,7 %	4,6 %	0,9 %	6,2 %	1,6 %
Alberta	2,5 %	14,9 %	1,0 %	7,2 %	1,2 %	7,7 %	1,9 %
Colombie-Britannique	2,7 %	19,3 %	0,7 %	6,7 %	1,6 %	10,7 %	1,5 %
Yukon	10,0 %	35,0 %	0,0 %	14,9 %	0,0 %	17,4 %	3,9 %
Territoires du Nord-Ouest	0,0 %	25,0 %	2,3 %	8,1 %	0,0 %	23,8 %	2,5 %
Nunavut	0,0 %	40,0 %	10,5 %	21,1 %	0,0 %	13,3 %	1,4 %
Canada (hors Québec)	6,1 %	21,1 %	5,6 %	10,8 %	6,9 %	16,0 %	4,2 %

Source : Statistique Canada, 2006.

Dans certaines provinces (cellules ombrées), les échantillons étaient parfois trop petits pour donner des estimations précises; l'interprétation des résultats doit donc faire preuve de prudence.

Alors que les données de recensement donnaient à penser que la langue des CLOSM semble être utilisée dans le processus de prestation de services de santé par les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues, au moins dans les provinces où les CLOSM ont tendance à se concentrer, Blaser a laissé entendre, en 2009, que la capacité réelle des professionnels de la santé d'offrir des services dans la langue de la minorité n'était pas nécessairement bien représentée par les capacités linguistiques, comme le démontraient des variables de recensement (telles que les « langues officielles connues » ou la « langue de travail »). Les professionnels capables de soutenir une conversation en français ne sont peut-être pas assez bien outillés pour offrir des services en français; inversement, les médecins qui utilisent rarement l'anglais au travail pourraient quand même être suffisamment à l'aise dans cette langue pour pouvoir fournir des services en anglais au besoin.

Par ailleurs, en plus de la pénurie de professionnels de la santé dans les CLOSM, la charge de travail accrue des professionnels de la santé bilingues est un élément clé dont il faut tenir compte et qui peut devenir une source de tension entre les fournisseurs de soins de santé et la communauté (Bouchard, L. 2011). Une enquête réalisée auprès d'étudiants et de nouveaux professionnels de la santé par les institutions du CNFS en 2008 a révélé que la charge de travail était une grande préoccupation (Bouchard, P., Vézina, Paulin et Provencher, 2009) bien que cette enquête n'ait pas évalué la mesure dans laquelle les

préoccupations relatives à la charge de travail étaient semblables à celles perçues par les étudiants anglophones ou pires que ces dernières. D'autres études ont indiqué qu'à l'extérieur du Québec, les professionnels de la santé francophones ne révèlent pas toujours leur maîtrise du français pour les mêmes raisons que les patients (p. ex. comportement acquis) ou de peur d'être envahis par les patients et d'avoir à jouer le rôle d'interprète ou de traducteur (Bouchard, P., Vézina, Savoie et Robinson, 2010; CSFO, 2009). Les intervenants qui ont pris part à l'évaluation ont confirmé qu'il s'agissait bien d'une grande préoccupation et ont indiqué que les professionnels de la santé bilingues sont souvent sollicités pour agir à titre de traducteur ou d'interprète, peu importe leur rôle et leurs autres responsabilités.

On constate des difficultés inhérentes lorsque vient le temps de désigner des professionnels de la santé suffisamment à l'aise dans la langue de la minorité pour pouvoir offrir des services dans cette même langue. Même si plusieurs répertoires de tels professionnels ont été créés par les RSC dans différentes provinces, il est difficile d'élaborer et de tenir à jour des répertoires de ce genre. Les intervenants rapportent qu'il est difficile, voire même impossible, pour un individu de trouver par lui-même des professionnels de la santé pouvant donner des services dans la langue de la minorité, surtout à l'extérieur des zones urbaines. Alors que le bouche-à-oreille est souvent la meilleure façon de trouver un professionnel de la santé qui maîtrise la langue officielle de la minorité, ces professionnels peuvent être rapidement submergés par la demande.

Offre proactive

Des résultats d'enquête récents semblent établir un lien entre l'offre proactive de services et la concentration de la population minoritaire de langue officielle. Premièrement, d'après l'enquête de 2011 de la SSF menée auprès de francophones hors Québec, parmi les répondants qui ont signalé recevoir des services en français, la grande majorité (86,2 %) a répondu que ces services étaient offerts de façon proactive en français. Deuxièmement, cette étude confirme que les services sont plus susceptibles d'être offerts proactivement en français si la concentration géographique de francophones est plus importante (Forgues et Landry, 2012).

Annexe D Programmes postsecondaires, inscriptions et nombre de diplômés

Le CNFS reçoit du financement par l'intermédiaire du PCLOS afin d'offrir des programmes de formation dans le domaine de la santé en français à l'extérieur du Québec. Le Tableau 14 présente les nouveaux programmes et les programmes existants donnés par les 11 établissements membres du CNFS. Le nombre total de programmes est resté sensiblement le même. Un total de 94 programmes a été atteint en 2011-2012 (CNFS, 2012, p. 6). *La Cité collégiale* et l'*Université de Moncton* sont les deux établissements qui offrent le plus grand nombre de programmes.

Tableau 14 : Programmes offerts par les établissements membres du CNFS

Établissement	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
<i>Collège Acadie Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)</i>	2	2	2	3
<i>Collège Boréal (Ont.)</i>	11	11	11	13
<i>Collège communautaire du Nouveau-Brunswick - Campus de Campbellton (N.-B.)</i>	6	8	8	10
<i>Collège universitaire (Université) de Saint-Boniface (Man.)</i>	3	3	3	
<i>La Cité collégiale (Ont.)</i>	18	19	19	19
<i>Entente Québec/Nouveau-Brunswick (N.-B.)</i>	3	3	3	3
<i>Université de l'Alberta – Campus Saint-Jean (Alb.)</i>	2	2	2	
<i>Université Laurentienne (Ont.)</i>	13	12	12	11
<i>Université de Moncton (N.-B.)</i>	14	14	14	14
<i>Université d'Ottawa (Ont.)</i>	13	13	13	13
<i>Université Sainte-Anne (N.-É.)</i>	2	3	3	3
Total	87	90	90	94

Source : Données de 2008-2009 et de 2009-2010 : Santé Canada, 2010, p. 4-5; données de 2010-2011 : CNFS, 2011a, p. 2; données de 2011-2012 : CNFS, 2012, p. 6, 17-35.

Note : Certains des programmes offerts par les établissements membres ont été abandonnés ou remplacés tandis que d'autres programmes ont été créés. Les établissements peuvent mettre fin à un programme s'il n'est pas viable. De nouveaux programmes sont créés pour tenir davantage compte de la demande au niveau des professions de la santé.

Toujours dans le but d'accroître le nombre de professionnels de la santé en mesure d'offrir des services de santé dans les CLOSM, les établissements membres du CNFS offrent également des cours de formation continue sans unité aux professionnels de la santé, comme le montre le Tableau 15. Selon les statistiques de 2011-2012, les établissements ayant donné des sessions de formation continue aux plus grands nombres de professionnels de la santé sont le *Collège universitaire* (maintenant l'*Université*) de *Saint-Boniface*, le *Centre de formation médicale (Entente Québec/Nouveau-Brunswick)* et l'*Université de Moncton*.

Tableau 15 : Nombre de sessions terminées et nombre de personnes inscrites aux programmes de formation du CNFS, 2011-2012

Établissements	Nombre de sessions terminées	Nombre de personnes inscrites
<i>Collège Acadie Île-du-Prince-Édouard</i>	2	15
<i>Collège Boréal</i>	33	62
<i>Collège communautaire du Nouveau-Brunswick – Campus de Campbellton</i>	14	29
<i>Collège universitaire de St-Boniface</i>	52	435

<i>La Cité collégiale</i>	17	132
<i>Entente Québec/Nouveau-Brunswick</i>	2	275
<i>Université de l'Alberta – Campus Saint-Jean</i>	2	71
<i>Université Laurentienne</i>	11	20
<i>Université Moncton</i>	10	218
<i>Université d'Ottawa</i>	21	176
<i>Université Sainte-Anne</i>	8	20
Total	231	1 835

Source : CNFS, 2012, p. 6, 17-35.

Le Tableau 16 illustre le nombre d'étudiants inscrits aux programmes de santé postsecondaires des établissements membres du CNFS de 2008-2009 à 2011-2012. On constate une hausse de 17% des inscriptions en 2009-2010, suivi d'une hausse 7% en 2010-2011 et d'une autre de 0.7% en 2011-2012. Le Tableau 17 qui suit présente en détail les inscriptions par programme et par établissement pour 2010-2011 (données les plus récentes du CNFS). Dans l'ensemble, on compte 3 860 inscriptions à des établissements postsecondaires financés par le CNFS depuis 2008, ce qui dépasse les attentes du CNFS. Il n'existe pas de documents portant sur le nombre de places que comptaient les programmes qui existaient avant la création du PCLOS ou du PCAASS.

Tableau 16 : Nombre d'étudiants inscrits aux programmes de santé des établissements membres du CNFS

Établissements	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
<i>Collège Acadie Île-du-Prince-Édouard</i>	0	8	9	10
<i>Collège Boréal</i>	126	118	180	149
<i>Collège communautaire du Nouveau-Brunswick – Campus de Campbellton</i>	39	57	48	107
<i>Collège universitaire de St-Boniface</i>	47	65	70	54
<i>La Cité collégiale</i>	153	233	260	313
<i>Entente Québec/Nouveau-Brunswick</i>	8	8	7	8
<i>Université de l'Alberta – Campus Saint-Jean</i>	21	18	17	19
<i>Université Laurentienne</i>	152	150	110	61
<i>Université Moncton</i>	107	124	99	130
<i>Université d'Ottawa</i>	159	170	188	163
<i>Université Sainte-Anne</i>	10	14	45	26
Total	822	965	1 033	1 040

Source : Données de 2009-2010 : Santé Canada, 2010, p. 5-6; données de 2010-2011, CNFS, 2011a, p. 3; données de 2011-2012 : CNFS, 2012, p. 6, 17-35.

Note 1 : Le document examiné indique que les 965 étudiants suivaient une formation dans 26 professions de la santé différentes en 2009-2010, même si le document fait mention de 31 professions de la santé.

Note 2 : Les documents passés en revue pour créer le présent tableau et le Tableau 17 donnent des chiffres différents pour ce qui est du nombre d'inscriptions au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick – Campus St-Jean et à l'Université Laurentienne.

Par ailleurs, les intervenants ont signalé que l'inscription avait connu une hausse dans certains programmes collégiaux et dans certaines universités et que, dans certains cas, la demande dépasse le nombre de places offertes. Voici quelques exemples précis:

- Même si le nombre d’inscriptions a varié au cours des dernières années, le Collège Boréal situé en Ontario a connu une hausse globale des inscriptions; le nombre prévu a été dépassé de 27 % entre 2008 et 2012 (573 au lieu de 450).
- Même si le programme de soins infirmiers donné au Campus St-Jean de l’Université de l’Alberta a connu une baisse des demandes d’inscription, il continue quand même de recevoir un plus grand nombre de demandes que le nombre de places qu’il peut offrir. La baisse constatée en 2011 a été attribuée à un problème lié au système de présentation des demandes. À l’inverse, le nombre de places disponibles pour le programme d’orthophonie augmente de façon constante depuis quelques années.
- On compte trois fois plus de candidats que de places disponibles en médecine au Nouveau-Brunswick (le programme est offert par l’intermédiaire de l’Université de Sherbrooke au Québec).
- On compte moins de demandes d’inscription au programme de pharmacie au Nouveau-Brunswick puisque cette province exige une maîtrise pour pouvoir travailler dans ce domaine. La Nouvelle-Écosse obtient plus de succès au niveau du nombre d’inscriptions à son programme de pharmacie, car cette province n’exige que le baccalauréat pour exercer la profession de pharmacien.

Toutefois, il n’est pas rare que des établissements postsecondaires imposent des quotas pour le nombre d’inscriptions à certains programmes de santé, en fonction de la demande prévue dans ces professions. Si l’on ne dispose pas de données sur le nombre de candidats admissibles et sur les quotas qui sont peut-être en vigueur, il est impossible de bien évaluer la demande excédentaire qui pourrait exister dans ces mêmes programmes.

Par ailleurs, le CNFS a fait le compte du nombre d’étudiants par établissement, par programme et selon la province d’origine pour l’année universitaire 2008-2009 (CNFS, 2008-2009). Il en ressort que les établissements vont chercher la vaste majorité de leur clientèle dans leur propre province, à l’exception de certains établissements de l’Ontario, comme l’Université d’Ottawa, *La Cité collégiale* et l’*Université Laurentienne*, qui vont chercher des étudiants au Québec et, dans une mesure moindre, au Nouveau-Brunswick. L’*Université de Moncton* compte également des étudiants du Québec et de la Nouvelle-Écosse.

Tableau 17 : Nombre d’inscriptions aux établissements du CNFS, par programme et par établissement, 2010-2011

Programmes par établissement	Nombre d’inscriptions par programme et par établissement
Collège Acadie Île-du-Prince-Édouard	9
Aide en soins de santé	9
Collège Boréal	180
Ergothérapie	11
Sciences infirmières	78
Service social	40
Techniques pharmaceutiques	2
Aide en soins de santé	21
Soins dentaires	6
Soins ambulanciers	7
Échographie et radiologie	15

Programmes par établissement	Nombre d'inscriptions par programme et par établissement
Collège communautaire du Nouveau-Brunswick – Campus de Campbellton	48
Thérapie respiratoire	6
Techniques pharmaceutiques	5
Aide en soins de santé	22
Échographie et radiologie	3
Gérontologie	9
Laboratoire médical	3
Collège universitaire de St-Boniface	70
Sciences infirmières	35
Service social	5
Aide en soins de santé	30
La Cité collégiale	260
Ergothérapie	8
Sciences infirmières	31
Service social	19
Thérapie respiratoire	19
Techniques pharmaceutiques	10
Aide en soins de santé	41
Électrophysiologie	4
Soins dentaires	40
Autisme	14
Commis – milieu de santé	4
Soins palliatifs	2
Soins ambulanciers	26
Science mentale et toxicomanie	2
Gérontologie	20
Soins aux personnes handicapées	20
Centre de formation médicale du N.-B. - accord, gouvernement du N.-B.	7
Médecine	7
Université de l'Alberta – Campus Saint-Jean	17
Sciences infirmières	11
Orthophonie	6
Université Laurentienne	110
Médecine	13
Orthophonie	19
Psychologie	2
Sciences infirmières	42
Service social	21
Santé publique	4
Kinésiologie	5
Sage-femme	4
Université Moncton	99
Nutrition	25
Psychologie	12
Sciences infirmières	21
Service social	19

Programmes par établissement	Nombre d'inscriptions par programme et par établissement
Thérapie respiratoire	6
Gestion des services de santé	10
Échographie et radiologie	3
Laboratoire médical	3
Université d'Ottawa	188
Audiologie	1
Ergothérapie	20
Médecine	8
Nutrition	33
Orthophonie	7
Physiothérapie	20
Psychologie	3
Sciences infirmières	38
Service social	58
Université Sainte-Anne	45
Service social	12
Santé publique	10
Aide en soins de santé	23
TOTAL	1 033

Source : Rapport sur le rendement, CNFS, 2010-2011, Question 5A.2.

Nombre de diplômés

Le Tableau 18 donne le nombre d'étudiants francophones qui ont obtenu leur diplôme d'établissements du CNFS de 2008-2009 à 2010-2011. Puisque cet établissement totalise le plus grand nombre de programmes offerts et d'inscriptions, il n'est pas étonnant de constater que *La Cité collégiale* compte le plus grand nombre d'étudiants diplômés. On a assisté à une hausse de 47,5 % du nombre de diplômés au cours des trois premières années pour un total de 596 diplômés du CNFS en 2010-2011, ce qui est une conséquence directe du financement du PCLOS, volet de la formation et du maintien de l'effectif.

Tableau 18 : Nombre de diplômés des établissements membres du CNFS

Établissements	2008-2009	2009-2010	2010-2011
<i>Collège Acadie Île-du-Prince-Édouard</i>	0	6	6
<i>Collège Boréal</i>	76	79	58
<i>Collège communautaire du Nouveau-Brunswick – Campus de Campbellton</i>	50	31	72
<i>Collège universitaire de St-Boniface</i>	13	40	44
<i>La Cité collégiale</i>	106	121	165
<i>Entente Québec/Nouveau-Brunswick</i>	6	8	7
<i>Université de l'Alberta (Campus Saint-Jean)</i>	14	8	18
<i>Université Laurentienne</i>	44	35	35
<i>Université Moncton</i>	47	85	76
<i>Université d'Ottawa</i>	47	102	100
<i>Université Sainte-Anne</i>	1	3	15
Total	404	518	596

Source : Données de 2008-2009 : Santé Canada, 2010, p. 13; données de 2009-2010 : CNFS, 2011a, p. 3; données de 2010-2011 : CNFS, 2012, p. 6, 17-35.