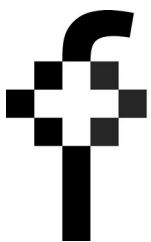


Préparé pour le MS et le MSSLD

RAPPORT PROVINCIAL SUR LES SSEF

JANVIER, 2020



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

PROPULSÉ PAR

The logo features the letters 'Ozi' in a bold, sans-serif font. The 'O' is white with a black outline, while the 'zi' are solid black. The letters are set against a black rectangular background.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire exécutif	6
Introduction	8
Cadre analytique	10
Responsabilité à l'égard des SSEF.....	11
Répartition par province, RLISS et localité.....	11
Répartition par secteur.....	12
Répartition de densité francophone.....	12
Localités désignées.....	12
Mises en garde et restrictions.....	12
Évolution des résultats.....	13
Aperçu des localités désignées	14
Aperçu de la population francophone	16
Analyse de la capacité – Perspective 1 : Répartition des FSS	19
Analyse de la capacité – Perspective 2 : Continuum de SSEF	26
Analyse de la capacité – Perspective 3 : Complétion des exigences de désignation	33
Analyse de la capacité – Perspective 4 : Ressources humaines (RH)	38
Conclusion	42
Inégalité de la répartition des FSS désignés.....	43
Les disparités dans le continuum de soins.....	43
Amélioration de la conformité aux exigences de désignation.....	43
Plus de ressources humaines (RH) capables d'offrir des SSEF.....	43
Perspectives d'avenir.....	44
Annexes	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la population francophone au niveau provincial, régional et par localité désignée.....	16
Tableau 2 : Répartition de la population francophone entre les régions à faible et à forte densité.....	17
Tableau 3 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité.....	19
Tableau 4 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et secteur.....	20
Tableau 5 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et région de densité francophone.....	22
Tableau 6 : Répartition provinciale des FSS par région et secteur de densité francophone.....	23
Tableau 7 : Répartition provinciale des FSS offrant des services au sein de régions et secteurs désignés et non désignés*.....	24
Tableau 8 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur.....	27
Tableau 9 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités par niveau de responsabilité et secteur.....	27
Tableau 10 : Localités désignées dont les services directs aux patients financés par les RLISS sont seulement disponibles chez les FSS non-identifiés.....	28
Tableau 11 : Taux de conformité moyen aux exigences de désignation par secteur et localité.....	35
Tableau 12 : Taux moyen de conformité aux exigences de désignation par région et secteur de densité francophone.....	36
Tableau 13 : Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité.....	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des localités désignées et non désignées.....	14
Figure 2 : Répartition de la population francophone.....	16
Figure 3 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité.....	19
Figure 4 : Répartition des FSS par niveau de responsabilité et secteur.....	20
Figure 5 : Secteur(s) comptant au moins un FSS désigné ou identifié.....	21
Figure 6 : Répartition des FSS dans les régions de densité francophone.....	22
Figure 7 : Répartition des FSS dans les régions à faible densité francophone.....	23
Figure 8 : Répartition des FSS dans les localités désignées.....	24
Figure 9 : Répartition des FSS dans les localités non désignées.....	24
Figure 10 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur.....	26
Figure 11 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités par niveau de responsabilité.....	27
Figure 12 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur Hôpitauxitalier.....	29
Figure 13 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur des SLD.....	29
Figure 14 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur de SMD.....	30
Figure 15 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur des SSC.....	30
Figure 16 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur des CSC.....	31
Figure 17 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité.....	33
Figure 18 : Taux de changement de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité.....	34
Figure 19 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les localités désignées.....	35
Figure 20 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par secteur et localité.....	35
Figure 21 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à forte densité francophone.....	36
Figure 22 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à forte densité francophone.....	36
Figure 23 : Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité.....	38
Figure 24 : Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité.....	38
Figure 25 : Répartition au niveau des RLISS de RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité.....	39
Figure 26 : Change in Percentage of Human Resources able to Provide FLHS, Year-over-Year.....	40



Sommaire exécutif

Le système de santé de l'Ontario s'appuie sur des données probantes afin d'appuyer la prise de décisions éclairées relativement aux enjeux qui touchent la santé de la population. Cependant, avant OZi, il existait peu d'information normalisée sur les services offerts en français accessible.

Offrir des services de santé en français (SSEF) s'inscrit dans le cadre d'une obligation en vertu de la Loi sur les services en français (LSF). Selon les lignes directrices du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, tous les intervenants au sein du système ont des rôles précis à assumer afin d'assurer un accès raisonnable aux SSEF à l'échelle locale dans tout le continuum de soins.

Le projet OZi a pour objectif de colliger et d'analyser des données afin de dresser un portrait de la capacité de SSEF. Cette initiative cherche à pallier le manque de données normalisées afin de permettre une planification efficace et une prise des décisions éclairée.

Grâce au portail OZi, les fournisseurs de services de santé (FSS) financés par les RLISS ont fourni des données de référence sur leur capacité en matière de SSEF. Le présent rapport porte sur la deuxième année de collecte de données (année 2018-2019).

L'analyse porte sur quatre perspectives : la répartition des FSS, le continuum des services, la conformité en matière de désignation et les ressources humaines. Les faits saillants de l'analyse sont les suivants :

- Il y a une progression notable du taux de conformité aux critères de

désignation, ce qui démontre un avancement en matière de SSEF chez les FSS qui ont une responsabilité à cet égard.

- Il semble y avoir une amélioration généralisée de la qualité des données recueillies par l'entremise du portail OZi lors de cette année de collecte, notamment avec les RH et avec la catégorisation par secteur.
- En matière de responsabilité à l'égard des SSEF, le secteur des SLD est le moins bien représenté, tant en nombre que sur l'étendue du continuum de services. Si on considère le nombre élevé de RH avec compétences linguistiques en français, ce secteur a également le plus grand potentiel d'amélioration en matière d'offre de SSEF.
- Près du deux tiers des localités désignées n'ont aucun FSS ayant une obligation à l'égard des SSEF dans au moins un secteur. Plus du tiers des localités désignées n'ont aucun FSS désigné ou identifié dans trois (3) secteurs ou plus.

Grâce à la mise en place d'indicateurs de performance, nous sommes en mesure de démontrer - pour la toute première fois - un progrès mesurable en ce qui a trait au comportement organisationnel relativement aux exigences de désignation. Il serait intéressant de voir si, à l'avenir, cela aura impact mesurable sur l'offre de SSEF.

Nous avons également observé une appropriation d'OZi par divers intervenants du système de santé, alors que celui-ci devient un pilier de la responsabilisation à l'égard des SSEF. Par conséquent, la qualité des données s'est améliorée, et nous prévoyons que cette tendance se poursuivra. Cela nous permettra de développer davantage de

perspectives d'analyse et de fournir des constats plus approfondis.

Récemment, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a été scindé en deux ministères distincts : le ministère de la Santé (MS) et le ministère des Soins de longue durée (MSLD). Ce changement reconnaît que le secteur des SLD a besoin d'une attention particulière pour relever les défis qui lui sont propres. Lorsque nous considérons l'offre de SSEF, le secteur des SLD est celui qui a le plus de potentiel d'amélioration, et OZi pourrait mesurer l'impact de cette réorganisation.

Les résultats initiaux montrent qu'il est utile d'investir dans le processus de désignation. L'identification des FSS en vue d'une désignation future est la première étape de ce processus, et les localités désignées qui comprennent peu de SSEF pourraient en bénéficier. De plus, les données collectées par l'entremise d'OZi pourraient également être utilisées afin d'identifier les FSS qui, s'ils devenaient désignés, amélioreraient le plus l'offre de SSEF.

En deux ans, le projet OZi a été en mesure de fournir des données de référence sur l'état des SSEF à différents niveaux, ainsi que d'observer certaines tendances préliminaires. À long terme, OZi a le potentiel de mesurer l'impact des changements de politiques sur les SSEF.



Introduction

Le système de santé de l'Ontario s'appuie sur des données probantes pour prendre des décisions éclairées sur des enjeux qui touchent la santé de la population. Ainsi, la planification des services de santé tient compte de l'état de santé des Ontariens et des Ontariennes ainsi que de leur utilisation des services de soins de santé.

Cependant, à l'heure actuelle, le MSSLD, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et les entités de planification des services de santé en français (entités) possèdent peu d'information normalisée sur les services offerts en français. Ce manque de données normalisées nuit à la planification efficace des SSEF dans l'ensemble du continuum de soins, et entrave l'établissement et l'examen d'une structure de reddition de comptes solide en ce qui concerne la prestation de SSEF.

Offrir des SSEF s'inscrit dans le cadre d'une obligation en vertu de la Loi sur les services en français (LSF), en vertu de laquelle tous les services du gouvernement de l'Ontario doivent être accessibles en français. Dans le système de soins de santé, cette responsabilité a été réaffirmée dans le [Guide des exigences et obligations concernant les services de santé en français](#) (Guide concernant les SSEF) du MSSLD (2017); où tous les intervenants au sein du système (MSSLD, RLISS, entités et fournisseurs de SSEF) ont des rôles précis à assumer afin d'assurer un accès raisonnable aux SSEF à l'échelle locale dans tout le continuum de soins.

Le projet OZi consistait en un exercice exhaustif de collecte de données, d'analyse et d'établissement de rapports visant à

fournir un cadre d'analyse de capacité afin d'appuyer les intervenants du système. Grâce à l'utilisation du portail OZi, des données de base ont été recueillies auprès de FSS financés par les RLISS. Les données d'OZi, ainsi que d'autres sources de données, ont ensuite été analysées à l'aide d'une série de 15 indicateurs regroupés en trois dimensions, à savoir « responsabilité à l'égard des SSEF », « pratiques organisationnelles favorables à l'offre de SSEF » et « opportunités en matière de SSEF ». Pour mieux comprendre l'état actuel de la capacité régionale en matière d'offrir des SSEF, les données ont été compilées par les RLISS et ventilées par secteur de soins et par localité. Pour obtenir un aperçu détaillé de la capacité de chaque RLISS, y incluant des analyses par localités et par secteur de soins, veuillez consulter le Rapport de capacité des 14 RLISS du Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario (RSSFE).

Aux fins du présent rapport, deux dimensions ont été ajoutées au cadre d'analyse. Il s'agit des régions de densité francophone et les localités désignées. Les thèmes ont également été remodelés en quatre perspectives d'analyse de la capacité : la répartition de FSS, le continuum de soins, la complétion des exigences de la désignation et les ressources humaines (RH). Ce cadre donne une vue d'ensemble de l'état actuel en Ontario de la capacité en matière de SSEF à travers tout le continuum de soins et de la façon dont elle est mieux adaptée pour soutenir les rôles et les responsabilités du Ministère.



Cadre analytique

Les données ont été analysées à l'aide d'un certain nombre de concepts et de répartitions définis dans cette section. En outre, un glossaire des termes est disponible en Annexe 1.

Responsabilité à l'égard des SSEF

La responsabilité concernant les services en français (SEF) est exercée à travers la désignation, soit une procédure juridique et administrative qui suit les règles et procédures prescrites par la LSF, le Règlement 398/93 de l'Ontario et les directives du MAFO. Cette procédure fournit un cadre législatif et réglementaire qui permet aux FSS de démontrer qu'ils ont la capacité de fournir des SEF sur une base permanente tout en répondant aux besoins spécifiques de la population francophone qu'ils desservent. (Ces modalités ne s'appliquent qu'aux services inclus dans leur désignation.)

Le Guide concernant les SSEF indique que tous les fournisseurs d'une région donnée peuvent contribuer à la prestation de Service en français (SEF). C'est pourquoi tous les FSS devraient être pris en compte dans le processus visant à établir la capacité d'une région donnée à fournir des SSEF. Il n'est pas nécessaire que tous les FSS soient en mesure d'offrir des SSEF avec le même degré de couverture du continuum de soins, mais leurs efforts doivent être combinés de manière à assurer une prestation efficace des services tout au long du continuum de services et de soins. À cette fin, le Guide concernant les SSEF attribue différents niveaux de responsabilité aux FSS : désignés, identifiés et non-identifiés.

Tous les FSS au sein d'une région donnée doivent contribuer à l'offre de SSEF, selon leur niveau de responsabilité. Cette obligation évoque la notion de capacité en matière de SSEF. La « capacité » fait référence à la capacité de fournir des SSEF et peut être examinée à différents échelons, à savoir auprès d'un FSS, dans une localité, d'un secteur de soins ou d'un RLISS.

En ce qui concerne les RLISS, la capacité est organisée à travers la répartition des responsabilités en matière de SSEF. En ce qui concerne les FSS, la capacité est assurée par un nombre suffisant de RH qui dispose d'un niveau de compétence linguistique adéquat en français. Pour les besoins du présent rapport, les FSS désignés sont considérés comme ayant la pleine capacité d'offrir des SSEF, alors que les FSS identifiés sont considérés comme ayant une certaine capacité qui pourrait être renforcée par la désignation. Les FSS non-identifiés ne sont pas considérés comme ayant la capacité d'offrir des SSEF, bien que certaines de leurs RH puissent disposer de divers niveaux de compétence linguistique en français.

Il convient de rappeler les différents niveaux de responsabilité que peuvent avoir les FSS - en fonction de leur statut de désignation - en ce qui concerne la prestation de SSEF.

Les FSS désignés ont l'obligation de fournir tous leurs services en français sur une base garantie et de façon permanente, en conformité avec les 34 exigences de désignation. Tous les trois ans, ils doivent également soumettre une attestation de conformité au MAFO afin de démontrer qu'ils continuent de respecter les exigences de désignation. Il convient de noter qu'un FSS désigné est considéré

comme ayant la pleine capacité de fournir des SEF et que sa présence est analogue de l'existence d'une offre effective de SSEF.

Les FSS identifiés ont été sélectionnés pour travailler en vue de leur désignation en vertu de la LSF. Ils ont la responsabilité d'élaborer un plan de prestation de SEF et de fournir des SEF conformément à la capacité actuelle en matière de SSEF. Les progrès réalisés par ces FSS en vue d'obtenir la désignation nous renseignent sur le développement des SSEF dans la région.

Les FSS non-identifiés ne sont ni identifiés aux fins de désignation ni désignés en vertu de la LSF. Bien qu'on ne s'attende pas à ce qu'ils aient une capacité en matière de SSEF, ils ont toujours la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre un plan visant à répondre aux besoins de leur communauté francophone locale. Cela consiste notamment à fournir des informations sur les services de santé offerts en français dans leur région. À cette fin, ils devraient adopter certaines pratiques organisationnelles favorables à la prestation de SEF.

Répartition par province, RLISS et localité

Le niveau provincial représente l'Ontario comme une grande région ou un vaste territoire géographique. Il comprend par défaut la somme de toute autre répartition géographique.

L'échelon des RLISS décrit les 14 régions ou territoires géographiques

relevant de la compétence de chaque RLISS.

Le niveau localité représente les 76 localités de l'Ontario. Ce niveau peut également être représenté par un RLISS. Dans ce cas, il représente les localités se trouvant spécifiquement dans le secteur géographique d'un RLISS donné.

Répartition par secteur

La répartition par secteur de soins donne un aperçu de haut niveau de la capacité en matière de SSEF dans l'ensemble du continuum de soins. Les cinq secteurs de soins considérés sont les suivants :

- hôpitaux;
- services de santé mentale et de dépendance (SMD);
- soins de longue durée (SLD);
- services de soutien communautaire (SSC);
- centres de santé communautaire (CSC).

Chaque FSS a été attribué à un ou plusieurs secteurs de soins par leur RLISS, et cette attribution sert de base à la répartition sectorielle.

Répartition de densité francophone

La densité francophone varie considérablement dans certaines régions. Afin de mieux représenter la capacité, deux répartitions par région de densité francophone ont été créées pour ce rapport : la région à forte densité francophone et la région à faible densité francophone. La région à forte densité francophone est composée des RLISS de Champlain et du Nord-

Est. La région à faible densité francophone comprend les 12 RLISS restants. Une justification détaillée de la répartition se trouve dans la section « Aperçu de la population francophone ».

Localités désignées

Une localité désignée est une localité qui partage sa géographie, en tout ou en partie, avec une région désignée. Les localités désignées ont été définies par recouplement des 26 régions désignées selon la LSF avec les 76 localités selon le MSSLD et les RLISS. Cette répartition donne un aperçu de l'application de la LSF dans le cadre de planification des soins de santé. Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet dans l'aperçu de la localité désignée ci-dessous.

Il convient de noter qu'il est possible qu'un FSS soit désigné ou identifié dans une localité non désignée lorsque celui-ci fournit des services à la population d'une région désignée. Cela réduit au minimum la nécessité de mettre sur pied une installation dans la localité désignée. Dans le domaine des soins de santé, cela permet de planifier l'accès aux SSEF, tout en reconnaissant que divers types de services sont prévus selon un ratio par habitant et qu'on ne peut s'attendre à ce qu'ils soient fournis physiquement dans chaque localité désignée.

Mises en garde et restrictions

Ce rapport s'appuie sur les données recueillies à des fins administratives dans le cadre de l'obligation de chaque FSS de fournir un rapport annuel sur les SEF. Par conséquent, il

pourrait y avoir des limites quant aux éléments suivants :

- différences dans les définitions des concepts;
- niveau de contrôle de la qualité des données;
- manque de données exhaustives.

Afin de réduire les répercussions anticipées de ces limites, le personnel responsable de la collecte de données s'est vu offrir une formation et un soutien à cet égard. En outre, les RLISS et les entités ont procédé à un examen de validation des rapports à l'échelle locale afin d'assurer un taux le plus élevé possible de complétion de Rapports de SEF.

Les données recueillies permettent de dresser un portrait de la capacité de prestation de SSEF conformément aux paramètres établis par le cadre analytique et les indicateurs établis. Les données serviront également de base de référence pour évaluer la prestation de SSEF.

De surcroît, certains indicateurs étant basés sur des pourcentages, la taille de l'échantillon doit être prise en considération.

Enfin, il convient de noter les mises en garde suivantes :

- Certains RLISS ont choisi de ne pas faire participer leurs FSS autochtones au projet de collecte de données OZi, alors que d'autres ont invité leurs FSS autochtones à y participer sur une base volontaire. Aux fins du présent rapport, les FSS autochtones qui ont soumis un rapport sur les SEF sont représentés dans les chiffres et les analyses, alors que les FSS autochtones qui n'ont pas soumis

de rapport sur les SEF en sont exclus.

- La répartition des FSS par région et par secteur de soins signifie qu'un seul FSS peut être compté un certain nombre de fois s'il opère dans plusieurs régions ou secteurs locaux. Le nombre de FSS recensés par localités ou secteurs peut donc être supérieur au nombre total de FSS effectivement présents dans la répartition géographique.

Évolution des résultats

Afin de pouvoir faire une comparaison éclairée entre la période 2017-2018 et la période 2018-2019, il est nécessaire de mettre en évidence certains facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur les résultats. Il est à noter que pour préserver une certaine cohérence temporelle, la méthode de collecte et de traitement de données est demeurée inchangée pour cette nouvelle période de rapportage.

Tel que discuté dans la section précédente sur les limites en matière de collecte de données, la disponibilité et la qualité des données, ainsi que l'interprétation des définitions qui les régissent ont évolué de façon naturelle. Au fil du temps, les FSS et les RLISS ont acquis une compréhension plus approfondie des mesures, et leurs pratiques organisationnelles se sont standardisées. Il est donc possible de s'attendre à une certaine évolution des méthodes de collecte de données dans ces organisations. Ainsi, l'exactitude des données rapportées devrait s'améliorer avec le temps.

Des ajustements ont également été apportés au portail OZi dans le but d'améliorer la satisfaction des usagers et d'accroître la qualité des données recueillies. Les changements les plus importants sont:

- la création d'un outil en ligne afin de permettre aux RLISS de valider l'attribution des secteurs de soins et des localités aux FSS. Au préalable, cette validation se faisait par courriel.
- la méthode d'entrée de données relativement aux postes occupés par des RH ayant une certaine compétence linguistique a été modifiée. Des changements ont été apportés au tableau de RH intégré dans le portail afin de faciliter la tâche des FSS non-identifiés : ceux-ci n'avaient plus à remplir une ligne de tableau pour chaque poste comblé, comme c'était auparavant le cas. Cette méthode d'entrée de données était déjà en place chez les FSS désignés et identifiés.

La plus grande évolution observée par rapport à 2017-2018 était dans l'attribution des secteurs de soins et des localités aux FSS. Pour cette période, certaines de ces attributions ont été changées afin de mieux refléter la réalité. Par conséquent, certains changements dans les résultats ne sont donc pas attribués à une tendance en matière de SSEF, mais plutôt au nombre et à la catégorisation des FSS. L'incidence de ces changements est plus grande quand la taille de l'échantillon est petit, tel qu'au niveau de la localité. Cette incidence est toutefois bien moindre au niveau provincial.



Aperçu des localités désignées

Dans le domaine de la santé, les régions géographiques desservies sont réparties conformément aux délimitations du système de santé établies par les RLISS et les localités. Du point de vue provincial, la géographie peut être considérée comme une seule province, 14 territoires des RLISS et 76 localités.

Du point de vue de la LSF, une région géographique de l'Ontario peut devenir une région désignée si, selon le MAFO, les francophones représentent au moins 10 % de la population d'une région donnée. De plus, dans les centres urbains, il doit y avoir au moins 5 000 francophones. Dans les régions désignées, un francophone a le droit de pouvoir accéder à des services et programmes gouvernementaux en français. En Ontario, il y a 26 régions désignées en vertu de la LSF (voir la liste complète à l'annexe 2), et ces régions géographiques servent de base à la planification et à la prestation des SEF.

Pour comprendre la corrélation entre les frontières géographiques du système de santé – régions où les francophones ont le droit de recevoir des SSEF – nous superposons les régions désignées et les localités pour déterminer où elles coïncident.

Nous utilisons l'expression « localités désignées » pour définir une localité qui partage sa géographie, en partie ou en totalité, avec une région désignée. Au total, il y a 37 localités

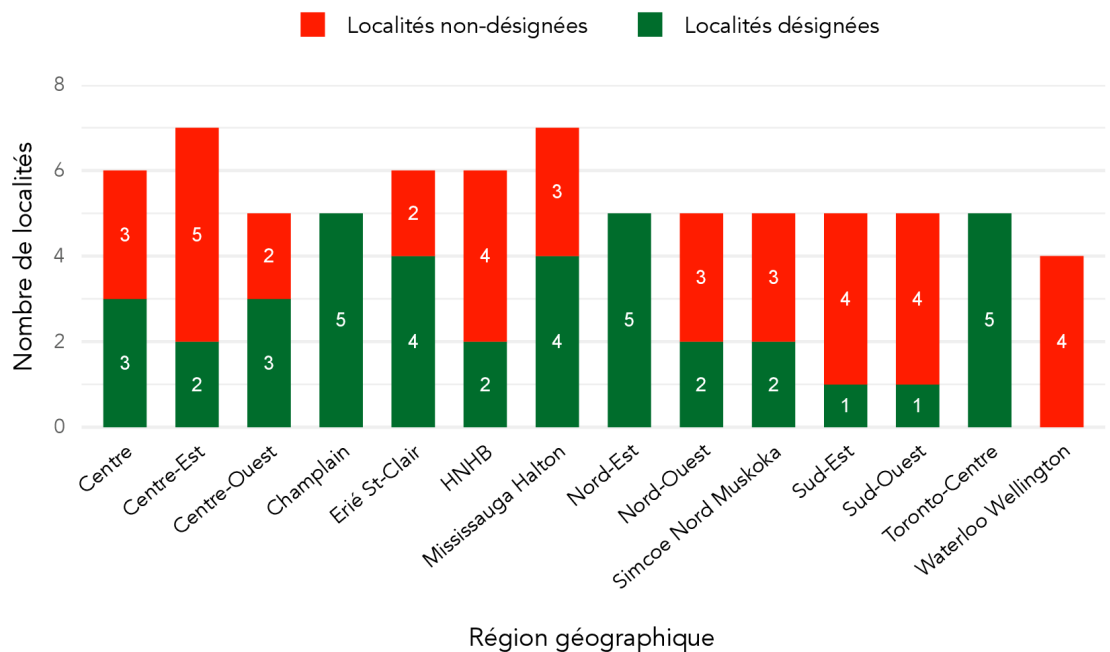
en Ontario qui coïncident avec les 26 régions désignées et, par conséquent, 37 localités désignées. Une liste complète des localités désignées par RLISS se trouve à l'annexe 3.

La figure 1 montre que toutes les localités des RLISS de Champlain, du Nord-Est et du Centre-Toronto sont désignées. Le RLISS de Waterloo Wellington, par contre, est le seul RLISS qui ne possède aucune localité désignée. En outre, les 10 autres RLISS comptent entre une et quatre localités désignées. Essentiellement,

télécommunications, des zones mortes en Ontario. Plus l'étendue de ces zones mortes est grande, plus il serait difficile pour un francophone vivant dans cette région d'avoir accès à des SEF.

Cette analyse a révélé que seulement sept localités non désignées n'étaient pas directement adjacentes à une localité désignée. En outre, 7 des 76 régions représentent une proportion relativement faible, mais selon leur positionnement, elles créent deux régions géographiques importantes

Figure 1 : Répartition des localités désignées et non désignées



13 des 14 RLISS ont désigné des localités dans lesquelles ils doivent planifier l'offre des SSEF.

Une analyse approfondie de la répartition des localités désignées et non désignées a été effectuée. L'objectif de cette analyse était de découvrir la distance entre les localités désignées et de voir s'il y avait des obligations évidentes en matière de services de santé et de services sociaux en français ou, pour emprunter un terme du domaine des

où il n'y a aucune obligation d'offrir des SEF aux francophones vivant dans ces régions en vertu de la LSF. Ces zones mortes se trouvent entre Scarborough et Kingston, ainsi que dans la région du RLISS de Waterloo Wellington et ses environs.



Aperçu de la population francophone

La répartition de la population francophone permet de localiser les besoins en matière de SSEF et, par conséquent, entraîne la capacité d’offrir des SSEF. La figure 2 représente la proportion de la population francophone présente dans chaque RLISS. Le tableau 1 représente la répartition de cette population francophone au niveau provincial, régional et dans les localités désignées.

Le ratio de population francophone au sein de la plupart des RLISS se situe entre 1,4 % et 3,3 %, à deux exceptions notables près : le RLISS de Champlain et celui du Nord-Est. Les RLISS de Champlain et du Nord-Est ont une densité francophone beaucoup plus élevée, soit de 19,8 % et 22,5 % respectivement.

Figure 2 : Répartition de la population francophone

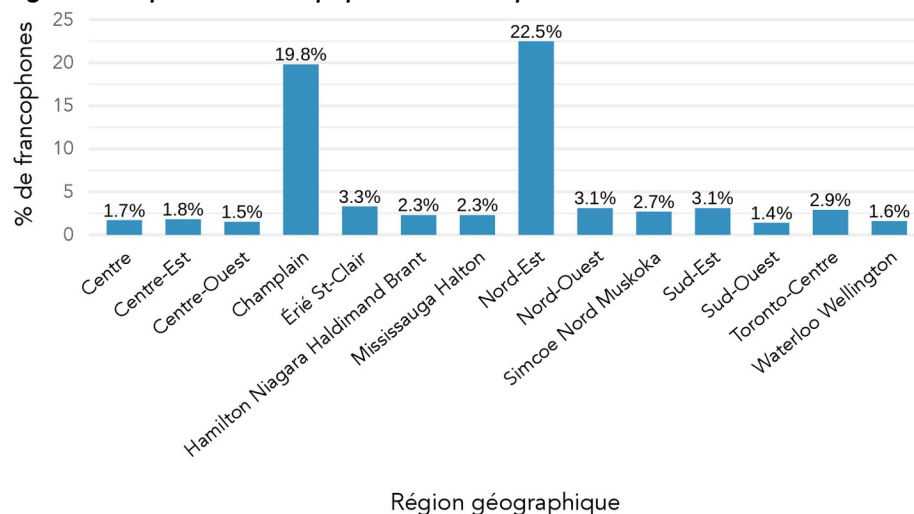


Tableau 1 : Répartition de la population francophone au niveau provincial, régional et par localité désignée

Région géographique	Population totale	Nombre de francophones	Pourcentage de francophones	Nombre de francophones dans une localité désignée	Pourcentage de francophones dans une localité désignée
Ontario	13,242,160	616,805	4.7 %	531,240	86.13 %
Centre	1,796,585	30,810	1.7 %	17,935	58.21 %
Centre-Est	1,528,935	27,425	1.8 %	10,055	36.66 %
Centre-Ouest	916,755	13,625	1.5 %	12,095	88.77 %
Champlain	1,266,560	251,205	19.8 %	251,205	100 %
Érié St. Clair	615,375	20,230	3.3 %	16,260	80.37 %
Hamilton Niagara Haldimand Brant	1,372,640	31,260	2.3 %	23,695	75.79 %
Mississauga Halton	1,153,200	26,445	2.3 %	17,185	64.98 %
Nord-Est	541,705	121,740	22.5 %	121,740	100 %
Simcoe Nord Muskoka	455,660	12,250	2.7 %	9,145	74.65 %
Nord-Ouest	224,105	6,970	3.1 %	3,270	46.92 %
Sud-Est	470,510	14,570	3.1 %	5,765	39.57 %
Sud-Ouest	935,410	12,960	1.4 %	7,990	61.65 %
Centre de Toronto	1,209,845	34,905	2.9 %	34,905	100 %
Waterloo Wellington	754,875	12,410	1.6 %	0	0 %

Tableau 2 : Répartition de la population francophone entre les régions à faible et à forte densité

Région géographique	Nombre de francophones	Pourcentage de francophones
Région à faible densité francophone	243,860	39.53%
Région à forte densité francophone	372,945	60.46%
Total	616,805	100%

En fait, le tableau 2 démontre que 60,46 % de la population francophone de l'Ontario se trouve dans les RLISS de Champlain et du Nord-Est, les 39,5 % restants étant répartis entre les 12 autres RLISS. Cet écart au chapitre de la densité renvoie à la notion de régions à forte et à faible densité francophone décrites dans le cadre analytique.

Si l'on considère la répartition des Francophones dans des localités désignées, nous constatons que 86 % de la population francophone réside dans ces zones de rayonnement (voir le tableau 1). En croisant les localités avec les données sur la population francophone, cinq localités non désignées sont mises en évidence comme comptant plus de 5 000 francophones. Ces localités sont situées à :

- Kitchener-Waterloo-Wellesley-Wilmot-Woolwich (RLISS de Waterloo Wellington);
- Oakville (RLISS de Mississauga Halton);
- Région de York Ouest (RLISS du Centre);
- Durham nord-Est (RLISS du Centre-Est);
- Durham Ouest (RLISS du Centre-Est).

Dans de nombreux cas, les localités ne sont pas plus grandes que certaines régions urbaines désignées

dans le cadre d'offre de SSEF. En outre, les localités susmentionnées se trouvent principalement dans les zones mortes de la LSF.

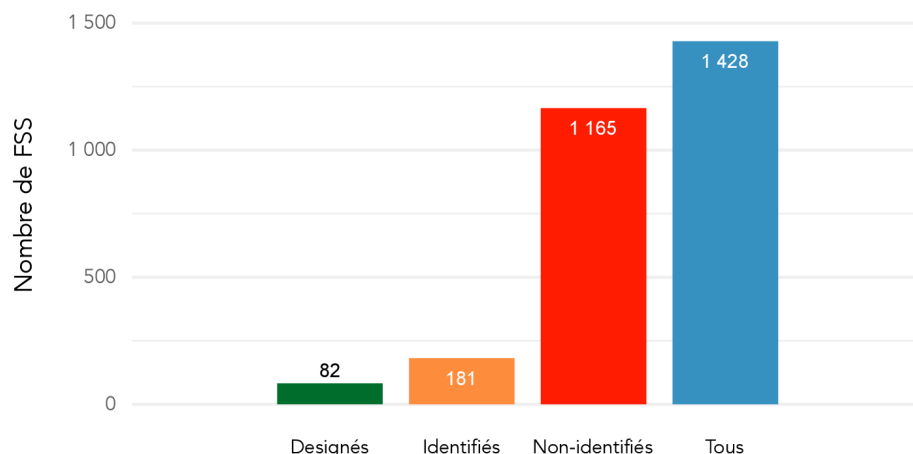


Analyse de la capacité – Perspective 1 : Répartition des FSS

Les FSS sont chargés de fournir des services de santé à la population. La compréhension de leur niveau de responsabilité, du secteur de la santé auquel ils appartiennent et de l'emplacement de chaque FSS est à la base de l'analyse de la capacité d'offrir les SSEF. Cela définit où se situe actuellement la capacité, où elle est renforcée, où il y a place à l'amélioration et, en fin de compte, si la capacité actuelle est suffisante pour assurer une prestation raisonnable de SSEF.

La répartition provinciale présentée à la figure 3 montre que, des 1428 FSS financés par les RLISS, 82 ou 6% d'entre eux sont désignés, et 181 ou 13 % d'entre eux sont identifiés. Cela signifie qu'un pourcentage combiné de 18 % des FSS ont, par définition, la responsabilité d'offrir ou de renforcer leurs services en français. Les 1165 qui restent, représentant 82 % de tous les FSS

Figure 3 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité



financés par les RLISS, ne sont pas identifiés.

On remarque une légère différence dans le nombre de FSS par rapport à l'année précédente. Cela peut s'expliquer en partie par quelques fusions de FSS qui ont été signalées au cours de la période. De plus, certains FSS avec une combinaison de services identifiés et non-

identifiés ont été comme deux FSS au cours de l'année précédente, alors que leurs rapports ont été consolidés pour cette année. Ceci est particulièrement notable chez les FSS qui fournissent des services dans plus d'un secteur de soins, ou pour lesquels seulement une partie des programmes sont identifiés ou désignés. Malgré tout, on peut

Tableau 3 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité

	Désignés		Identifiés		Désignés et identifiés		Non-identifiés		Tous
	# de FSS	%	# de FSS	%	# de FSS	%	# de FSS	%	
Ontario	82	6%	181	13%	263	18%	1165	82%	1428

remarquer que les proportions sont restées à peu près les mêmes.

Lorsque les données sont réparties par secteur, il est évident que la répartition des FSS désignés et identifiés est inégale. Par exemple, le pourcentage de foyers de soins de longue durée désignés et identifiés est nettement inférieur à celui des autres secteurs, avec un pourcentage combiné de 8 %. D'autre part, le secteur hospitalier compte une bonne proportion combinée de FSS désignés et identifiés, soit 46 %. À l'échelon provincial, il est difficile de déterminer si cela se traduit par une capacité raisonnable. Une répartition à l'échelle des RLISS fournira un aperçu plus exact.

Figure 4 : Répartition des FSS par niveau de responsabilité et secteur

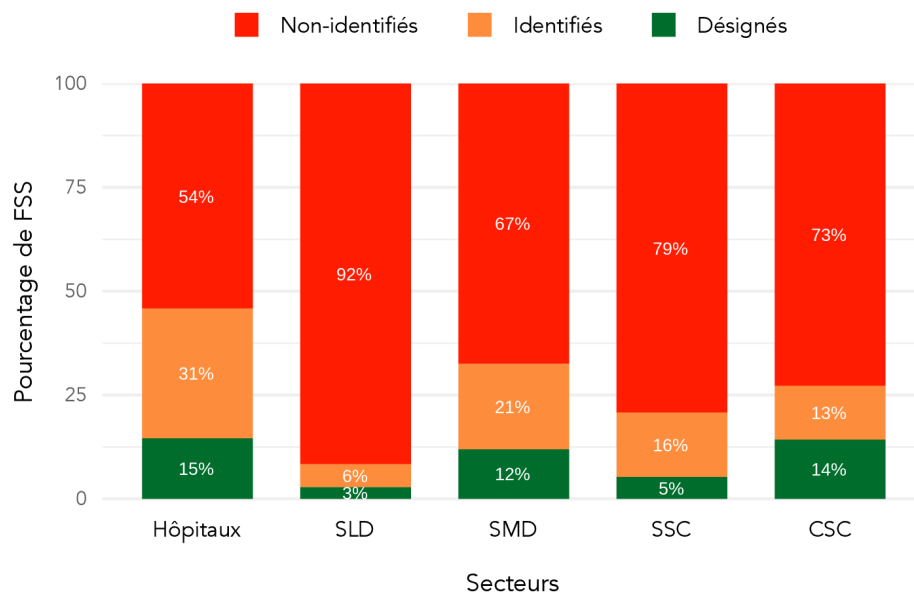


Tableau 4 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et secteur

Secteurs	Désignés		Identifiés		Désignés et identifiés		Non-identifiés		Tous
	#	%	#	%	#	%	#	%	
Hôpitaux	21	15%	45	31%	66	46%	78	54%	144
SLD	17	3%	33	6%	50	8%	547	92%	597
SMD	36	12%	62	21%	98	33%	203	67%	301
SSC	26	5%	76	16%	102	21%	388	79%	490
CSC	11	16%	10	13%	21	27%	56	73%	77

À l'échelon des RLISS, la répartition des FSS par secteur aide à cerner les lacunes plus nettement. Par exemple, l'absence de FSS désignés dans un ou plusieurs secteurs démontre qu'un secteur entier présente un manque au chapitre de la capacité. L'absence de FSS identifiés dans un ou plusieurs secteurs démontre que la capacité n'est pas développée dans un secteur donné. Il peut y avoir des cas où il n'est pas nécessaire de renforcer la capacité d'un secteur si les FSS désignés assument la responsabilité, mais c'est rarement le cas.

La figure 5 représente le nombre de secteurs ayant au moins un FSS identifié ou désigné et montre certaines lacunes évidentes en matière de la capacité. En fait, seuls les RLISS de Champlain et du Nord-Est ont au moins un FSS désigné dans chaque secteur. Tous les secteurs dans cinq RLISS (Simcoe Nord Muskoka, Érié St-Clair, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Nord-Ouest et Sud-Ouest) ont au moins un FSS responsable – ou une combinaison de FSS identifiés – d'assurer ou de renforcer la capacité par l'entremise de FSS identifiés.

En revanche, dans quatre RLISS, au moins trois secteurs sont dépourvus de FSS désignés ou identifiés. Le secteur le plus affecté par l'absence de FSS ayant une obligation envers les SSEF est le secteur des SLD, dans lequel cinq RLISS n'ont aucun FSS identifié ou désigné. Finalement, des 14 RLISS comptant des localités désignées, seulement deux ont au moins un FSS désigné par secteur de soins. Encore une fois, il s'agit des RLISS de Champlain et du Nord-Est. Un tableau détaillé à ce sujet figure à l'annexe 4.

Figure 5 : Secteur(s) comptant au moins un FSS désigné ou identifié

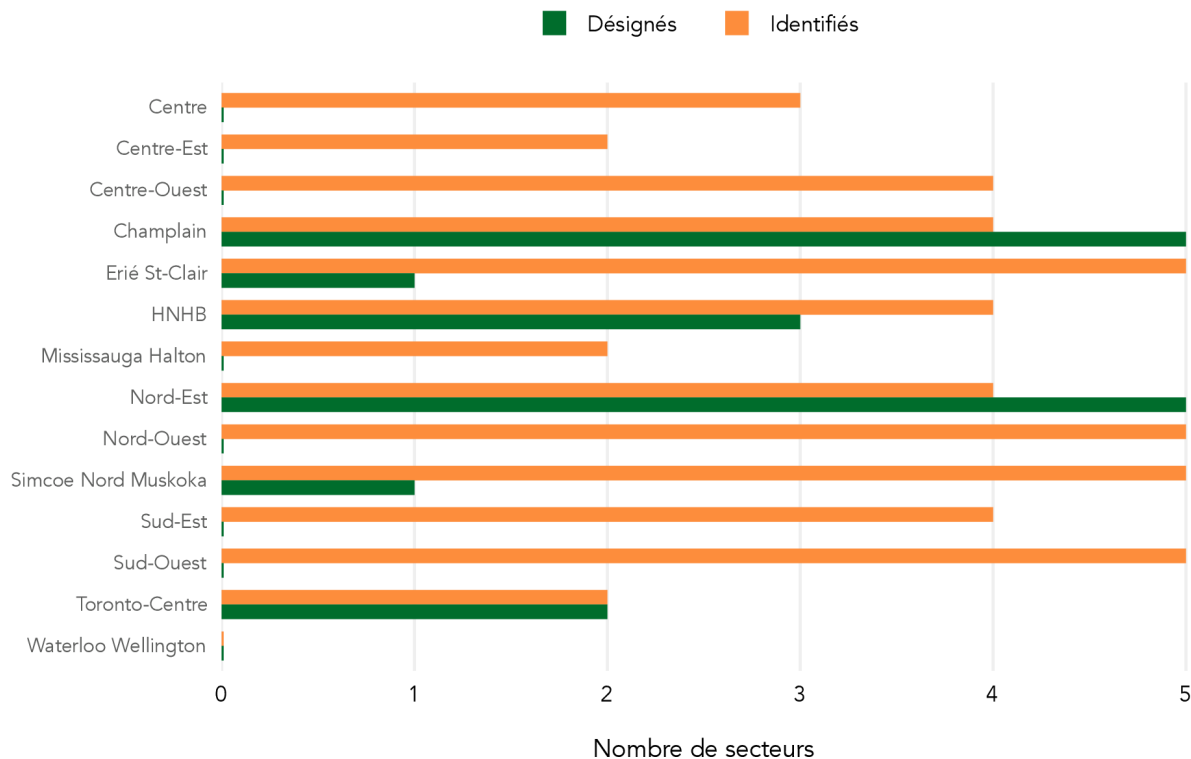


Tableau 5 : Répartition provinciale des FSS par niveau de responsabilité et région de densité francophone

Région de densité francophone	Désignés		Identifiés		Désignés et identifiés		Non-identifiés		Tous
	#	%	#	%	#	%	#	%	#
Faible	7	1%	117	10%	124	11%	1043	89%	1067
Forte	75	29%	64	25%	139	53%	122	47%	261
Total	82	6%	181	13%	263	18%	1165	82%	1428

Lorsque les FSS sont répartis entre les régions à faible et à forte densité francophone, le nombre et le pourcentage de FSS désignés sont faibles dans les régions à faible densité francophone. En fait, il y a sept FSS désignés dans une région géographique qui équivaut à 12 RLISS. Il est difficile d'imaginer que sept FSS désignés suffiraient à fournir des SSEF dans un territoire aussi vaste.

En revanche, la région à forte densité francophone compte 75 FSS désignés répartis au sein de deux RLISS. Ce nombre constitue 91% de l'ensemble des FSS désignés de la

province, et 29% de l'ensemble de FSS de la région à forte densité francophone.

En ce qui concerne les FSS identifiés, les régions à faible densité francophone comptent presque le double du nombre de FSS identifiés de la région à forte densité, soit 117 (65% de l'ensemble des FSS identifiés) comparativement à 65 dans la région à forte densité francophone.

La répartition des FSS par secteur, tant dans les régions à forte densité francophone que dans celles à faible densité francophone, met

rapidement en lumière la rareté des FSS désignés dans la région à faible densité francophone. Par exemple, un seul hôpital, un seul FSS dans le domaine de SMD et un seul foyer de SLD ont l'obligation d'offrir un certain niveau de SSEF

Dans les deux régions, le secteur des SLD est celui où la proportion de SFS identifiés et désignés est la plus faible. Celle-ci est particulièrement basse dans la région à faible densité francophone.

Figure 6 : Répartition des FSS dans les régions de densité francophone

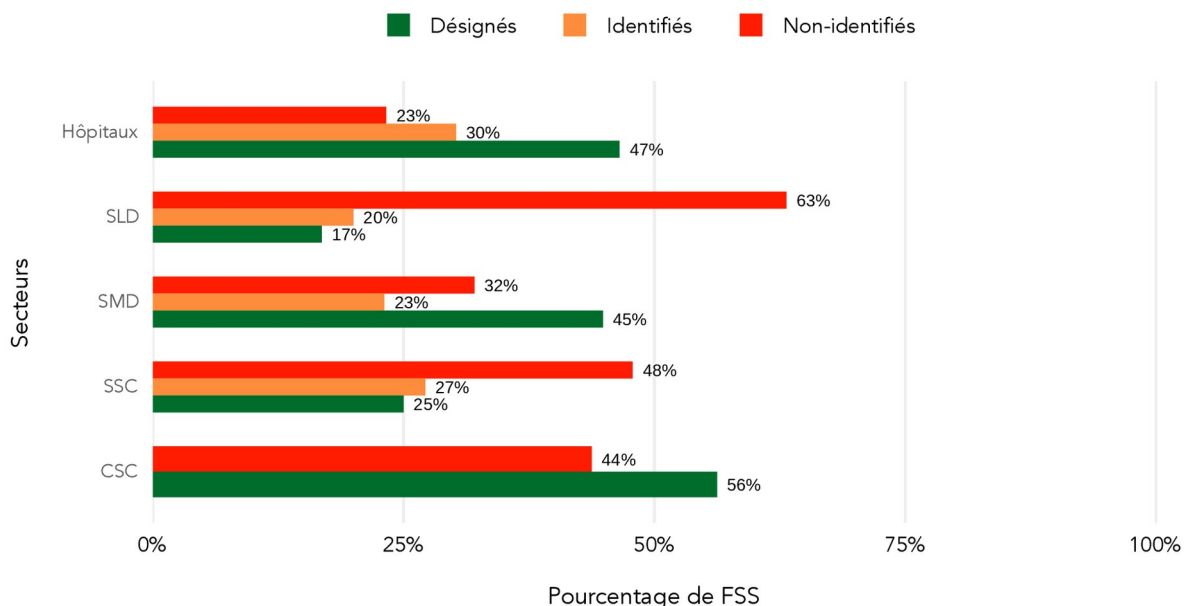


Figure 7 : Répartition des FSS dans les régions à faible densité francophone

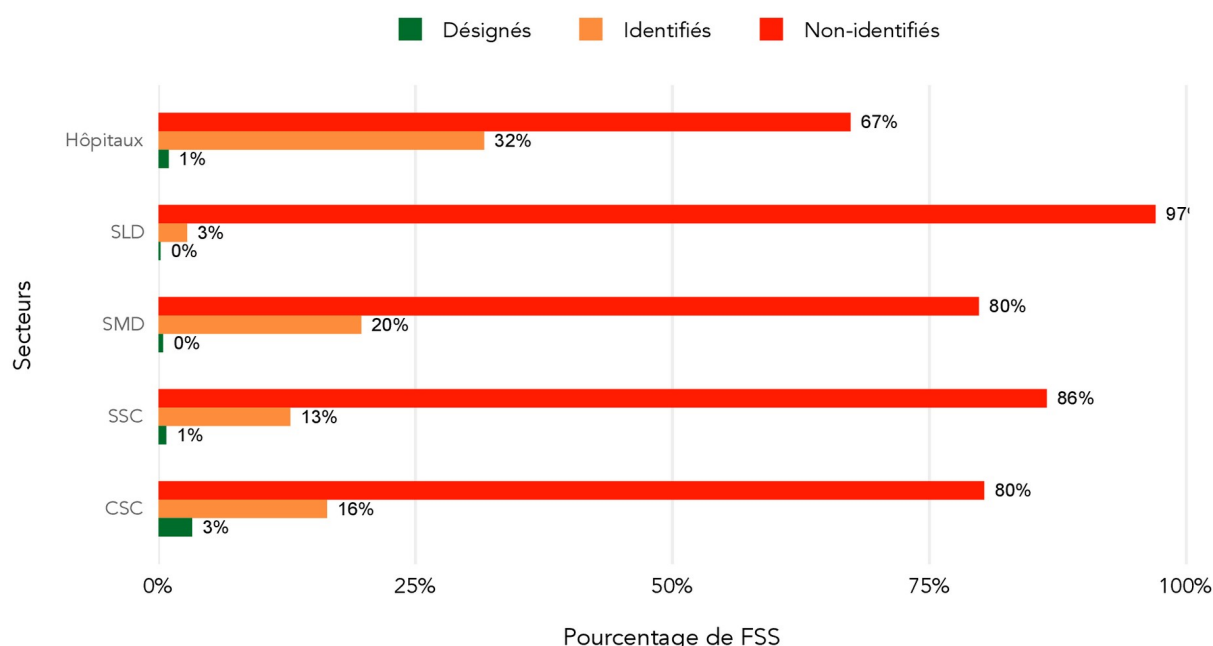


Tableau 6 : Répartition provinciale des FSS par région et secteur de densité francophone

Secteur	Désignés				Identifiés				Non-identifiés				Tous	
	Faible densité		Forte densité		Faible densité		Forte densité		Faible densité		Forte densité		Faible	Forte
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	#
Hôpitaux	1	1%	20	47%	31	32%	13	30%	65	67%	10	23%	97	43
SLD	1	0%	16	16%	10	2%	20	20%	488	98%	62	63%	499	98
SMD	1	0%	35	44%	36	16%	17	22%	182	83%	27	34%	219	79
SSC	3	1%	23	26%	49	12%	26	29%	344	87%	41	46%	396	90
CSC	2	4%	9	53%	7	13%	0	0%	44	83%	8	47%	53	17

Une répartition sectorielle, à l'échelon local, peut également aider à comprendre les capacités et les lacunes. En fait, étant donné que les localités sont des zones de rayonnement géographiques plus petites, la capacité peut expliquer, dans une certaine mesure, le niveau d'accessibilité en matière de SSEF. De plus, en établissant une distinction entre les FSS qui offrent des services à une localité désignée et à une localité non désignée, les lacunes au chapitre de la prestation de SSEF deviennent également des lacunes au chapitre de l'accès aux

SEF dans une région désignée en vertu de la LSF. Il convient de noter que, dans le cadre de cette répartition, un FSS fournit des services dans une localité plutôt que d'être physiquement présent uniquement dans une localité. Par conséquent, un FSS peut fournir des services à plus d'une localité, qu'il s'agisse d'une localité désignée ou non désignée.

La figure 8 et le tableau 7 montrent que presque tous les FSS désignés fournissent des services exclusivement à des localités

désignées, à l'exception d'un FSS dans le secteur des SSC. En ce qui concerne les FSS identifiés, la proportion est plus élevée dans les localités désignées au sein de chaque secteur. Lorsque les FSS désignés et identifiés sont combinés au sein de localités désignées, leur proportion devient plus significative, s'étendant entre 12% (SLD) et 69% (hôpitaux). Lorsque les FSS désignés et identifiés sont combinés au sein de localités non désignées, leur proportion est plus faible, s'étendant entre 3% (SLD) et 23% (hôpitaux).

Figure 8 : Répartition des FSS dans les localités désignées

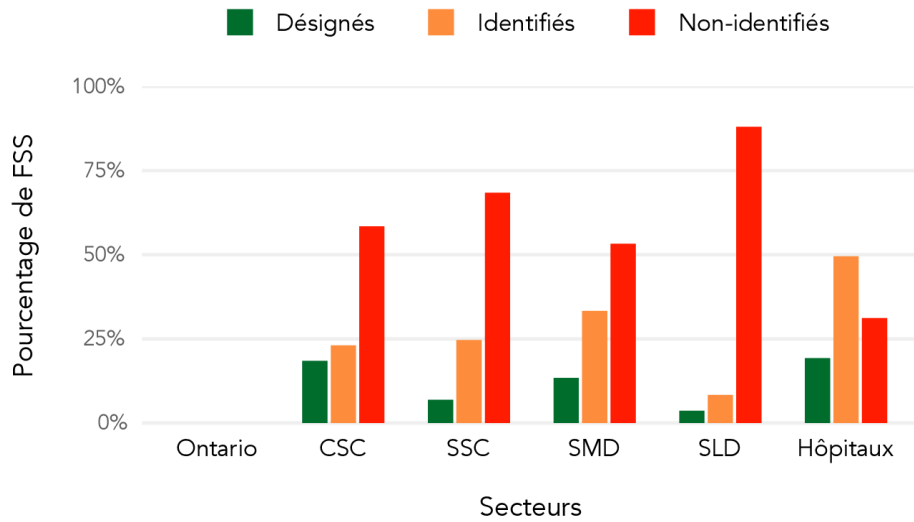


Figure 9 : Répartition des FSS dans les localités non désignées

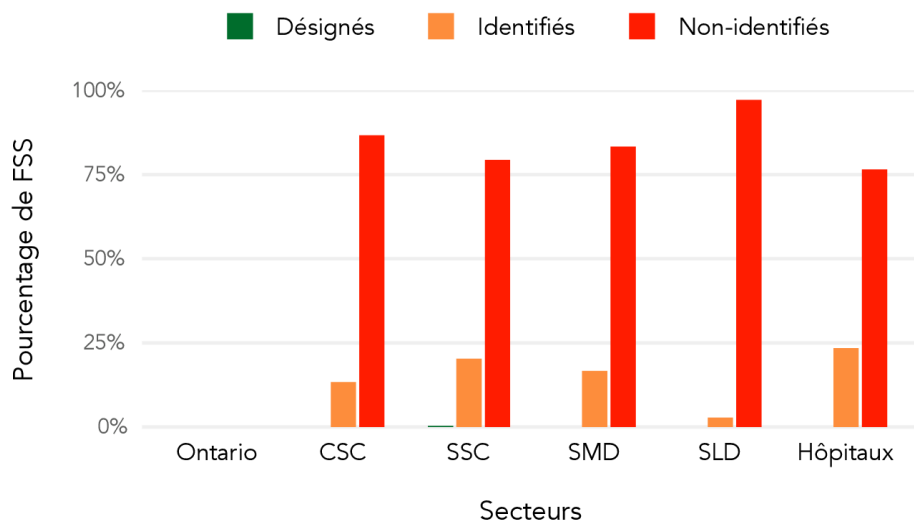


Tableau 7 : Répartition provinciale des FSS offrant des services au sein de régions et secteurs désignés et non désignés*

Secteurs	Désignés				Identifiés				Non-identifiés			
	Localité désignée		Localité non désignée		Localité désignée		Localité non désignée		Localité désignée		Localité non désignée	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Hôpitaux	21	19%	0	0%	54	50%	15	23%	34	31%	49	77%
SLD	17	4%	0	0%	39	8%	9	3%	412	88%	312	97%
SMD	37	13%	0	0%	92	33%	24	17%	147	53%	120	83%
SSC	30	7%	1	0%	107	25%	64	20%	297	68%	250	79%
CSC	12	18%	0	0%	15	23%	4	13%	38	58%	24	87%



Analyse de la capacité – Perspective 2 : Continuum de SSEF

La perspective du service définit dans quelle mesure chaque FSS contribue à l'étendue du continuum de services disponibles en français. Pour ce faire, on détermine le pourcentage de services directs financés par les RLISS par rapport à chaque FSS au moyen des centres fonctionnels assujettis à la désignation ou à l'identification.

En vertu des Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada, les données financières et statistiques sont enregistrées par centre fonctionnel, type de dépense et source de revenus. Les centres fonctionnels correspondent aux activités de base menées par les FSS et permettent aux organisations de disposer d'informations financières comparables et de statistiques connexes (comme la charge de travail et l'activité des patients) pour les nombreux services cliniques qu'elles fournissent. Ces données peuvent ensuite être utilisées pour calculer des indicateurs clés, ce qui constitue un outil utile pour mesurer et surveiller le rendement.

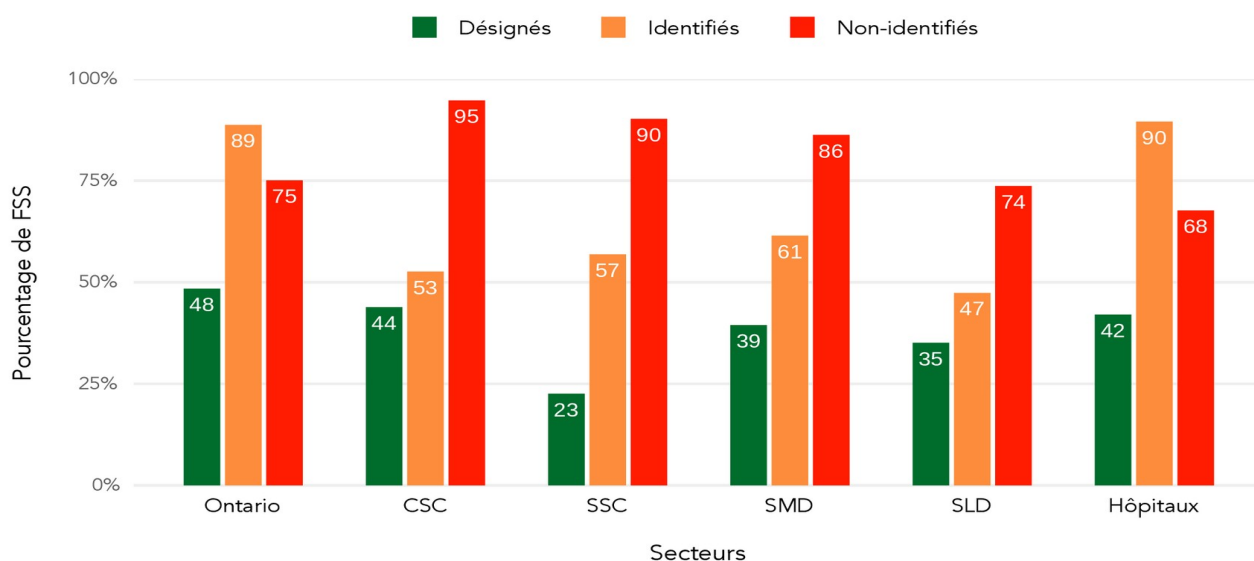
En dressant la liste de tous les centres fonctionnels financés relevant de chaque FSS, en éliminant les redondances pour garder les centres fonctionnels uniques et en extrayant ceux qui représentent des services directs à la population (éliminant ainsi les centres fonctionnels administratifs), nous obtenons une représentation du continuum des services directs fournis dans une région géographique donnée. À l'échelle provinciale, tous les FSS financés par les RLISS ont été pris en compte. À l'échelle des RLISS, seuls les FSS financés par leurs RLISS respectifs ont été pris en compte. La même méthode s'applique à la répartition sectorielle, où seuls les centres fonctionnels financés dans un secteur donné sont pris en compte.

Deux méthodes ont été utilisées pour représenter le continuum de services directs par niveau de responsabilité. La première méthode consiste à répartir tous les centres fonctionnels uniques par responsabilité, comme le montrent la figure 10 et le tableau 8. Dans cette représentation, les mêmes centres

fonctionnels uniques peuvent être attribués à plus d'un niveau de responsabilité. Cela est possible lorsqu'un FSS désigné, un FSS identifié et même un FSS non-identifié sont financés pour le même centre fonctionnel. Cela nous permet de comprendre le continuum des services directs pour chaque niveau de responsabilité indépendamment. Cette représentation est utile pour la planification et le développement de la capacité à l'échelle locale, car l'accessibilité à diverses localités peut exiger plus d'un FSS par centre fonctionnel.

Pour la deuxième méthode, chaque centre fonctionnel unique ne peut être attribué qu'à un seul niveau de responsabilité, comme le montrent la figure 11 et le tableau 9. Pour ce faire, la priorité a été accordée aux services désignés, puis aux services identifiés et enfin, aux services non-identifiés. Par conséquent, la somme de tous les services s'élève à 100 %. Cette représentation du continuum de services donne une idée plus claire de la proportion des services accessibles, de ceux qui visent à renforcer la capacité et de ceux qui

Figure 10 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur



sont considérés comme n'ayant aucune capacité (ou pour lesquels la capacité est laissée au hasard). Cela donne une représentation plus adéquate pour comprendre les lacunes dans le continuum des services directs.

Le tableau 8 montre que 48 % de tous les services directs financés par les RLISS comptent au moins un FSS désigné en Ontario. Par conséquent, 52 % des services directs financés par les RLISS ne sont pas garantis d'être accessibles en français en Ontario. De plus, la répartition par secteur démontre qu'un secteur comme celui des SSC ne peut garantir que 23 % de tous les services financés par les RLISS en français. Les services identifiés, en revanche, couvrent une proportion importante du continuum de soins, soit 89 %. L'annexe 5 renferme de plus amples renseignements sur ces pourcentages. Ces données de base permettront d'améliorer la capacité de prestation de SSEF, ce qui

permettra de mesurer et de dégager des tendances au fil du temps quant à l'évolution des services désignés.

La répartition des services directs priorisés par niveau de responsabilité met en évidence les cas où il y a un manque de services ou de renforcement des capacités. Cette lacune est représentée par les services non-identifiés illustrés, par secteur, à la figure 11.

En comparant ces données avec celles de la période 2017-2018, nous observons une croissance de la proportion des services désignés dans la majorité des secteurs.

Ce changement est majoritairement dû à l'ajustement de la répartition des FSS parmi les secteurs de soins pour la période 2018-2019, et donne un portrait plus juste.

Figure 11 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés par niveau de responsabilité

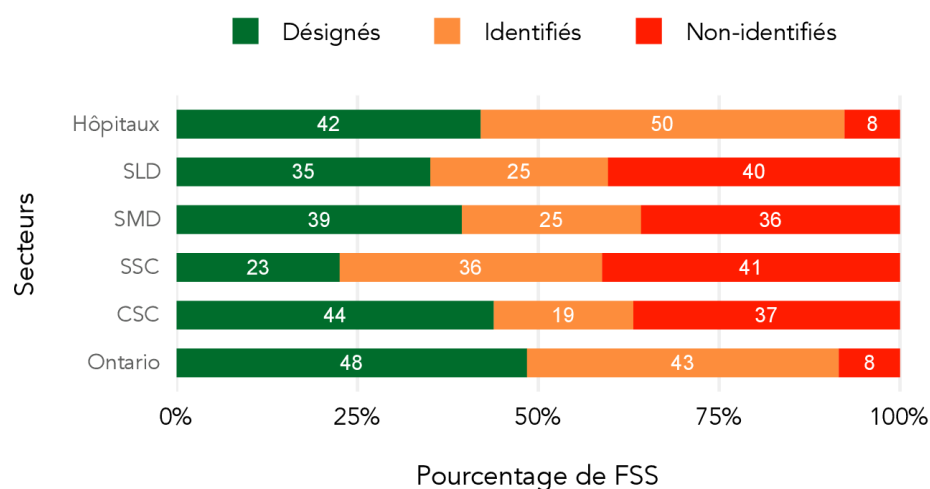


Tableau 8 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS par secteur

Niveau de responsabilité	% de services financés par les RLISS					
	Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Ontario
Désignés	42%	35%	39%	23%	44%	48%
Identifiés	90%	47%	61%	57%	54%	89%
Non-Identifiés	68%	74%	86%	90%	95%	75%

Tableau 9 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés par niveau de responsabilité et secteur

Niveau de responsabilité	% de services directs financés par les RLISS par priorité relativement au niveau de responsabilité					
	Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Ontario
Désignés	42%	35%	39%	23%	44%	48%
Identifiés	50%	25%	25%	36%	19%	43%
non-identifiés	8%	40%	36%	41%	37%	8%

Le tableau 10 dresse une liste de localités désignées dans lesquelles aucun service dans au moins un secteur de soins n'est offert par un FSS désigné ou identifié. 23 des 37 localités désignées contiennent au moins un secteur de soins où des services avec une obligation en matière des SSEF sont absents. De plus, 14 localités n'ont pas de services offerts par des FSS identifiés

ou désignés dans au moins trois secteurs de soins.

Tableau 10 : Localités désignées dont les services directs aux patients financés par les RLISS sont seulement disponibles chez les FSS non-identifiés.

RLISS	Localité désignée	Nombre de francophones	Secteur de service offert seulement par des FSS Non-identifiés
Centre	Région de York Est	5,270	SSC, Hôpitaux, SLD, SMD
	North York Centre	8,890	CSC, SSC, SLD
	North York Ouest	3,775	SSC, Hôpitaux, SLD
Centre-Est	Scarborough Nord	2,345	CSC, SSC, SLD, SMD
	Scarborough Sud	7,710	SSC, Hôpitaux
Centre-Ouest	Bramalea	3,550	CSC, SLD
	Brampton	5,525	SLD
	Etobicoke Nord, Malton et Woodbridge Ouest	3,020	SLD
Champlain	Champlain Ouest	8,405	CSC
	Ottawa Ouest	26,460	Hôpitaux, SLD, SMD
Mississauga Halton	Mississauga Est	5,765	CSC, SLD, SMD
	Mississauga Nord-Ouest	5,920	SSC, SLD, SMD
	Etobicoke Sud	2,550	SSC, SLD, SMD
	Mississauga Sud-Ouest	2,950	SLD, SMD
Simcoe Nord Muskoka	Barrie et région	6,075	CSC, SSC, SLD
Nord-Ouest	District de Kenora	1,125	SSC, SLD, SMD
	District de Thunder Bay	2,145	SSC
Sud-Est	Kingston	5,765	CSC
Toronto-Centre	East Toronto	7,130	CSC, SSC, Hôpitaux, SLD, SMD
	Mid-East Toronto	5,885	CSC, Hôpitaux, SLD, SMD
	Mid-West Toronto	9,800	SSC, SLD
	North Toronto	5,450	CSC, SSC, SLD, SMD
	West Toronto	6,640	CSC, SSC, Hôpitaux, SLD

Les figures 12 à 16 représentent la répartition des services directs uniques financés à l'échelon des RLISS, classés par ordre de priorité selon le niveau de responsabilité. Chaque figure représente un secteur. En un coup d'œil, ces figures

montrent clairement l'absence de SSEF dans divers secteurs. À titre de rappel, seul le RLISS de Waterloo Wellington ne comporte pas de régions désignées, ni de FSS désignés ou identifiés. Par

conséquent, la totalité de ses services directs sont non-identifiés.

Figure 12 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur Hôpitaluxitalier

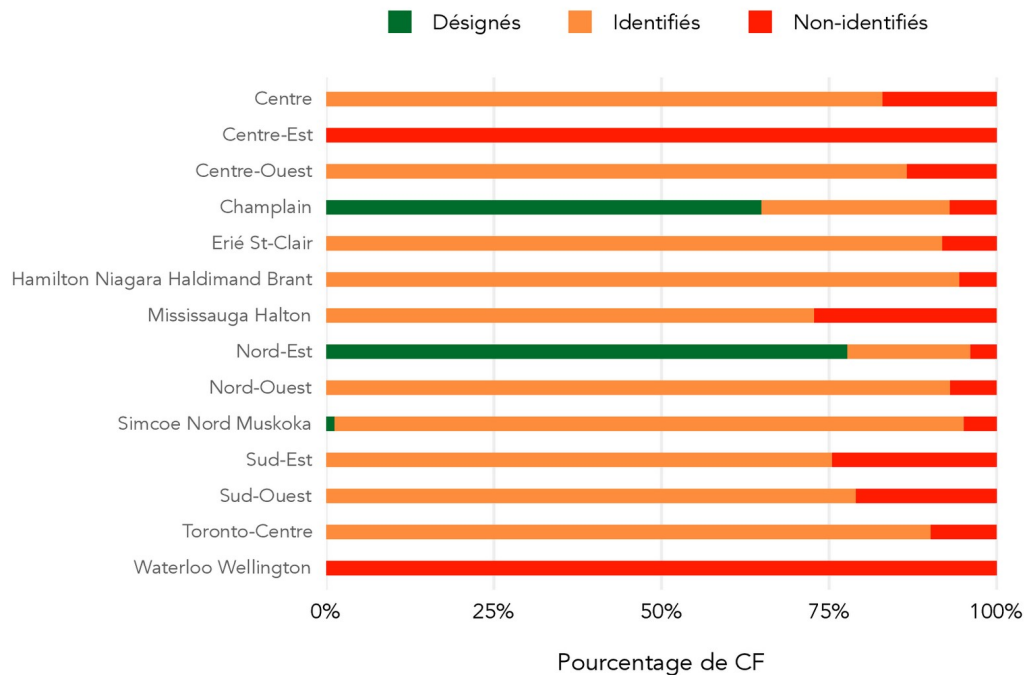


Figure 13 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur des SLD

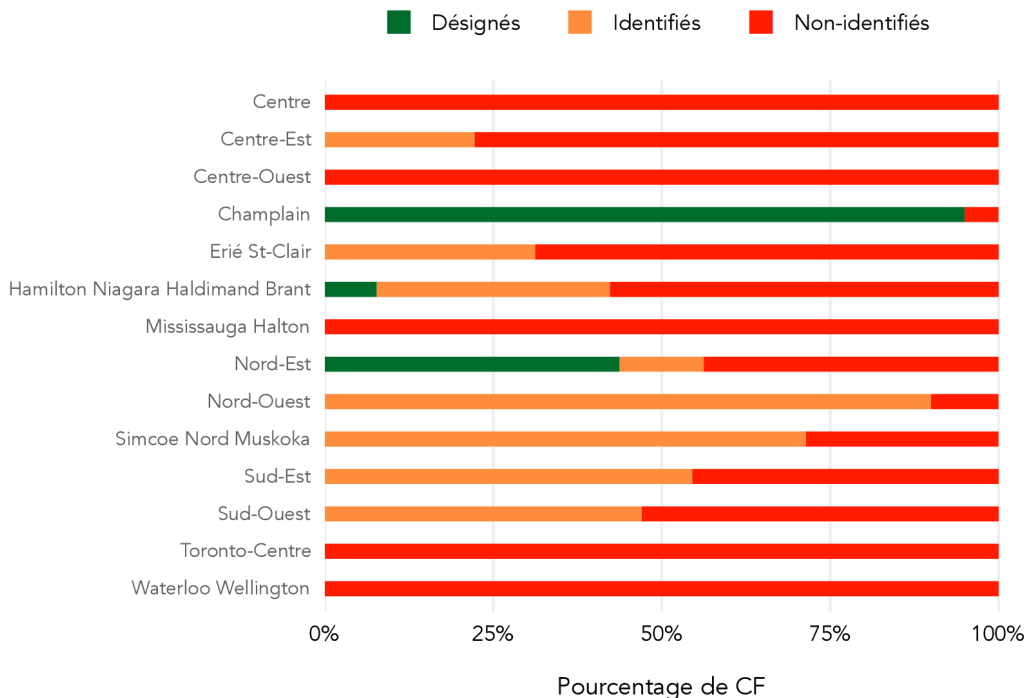


Figure 14 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur de SMD

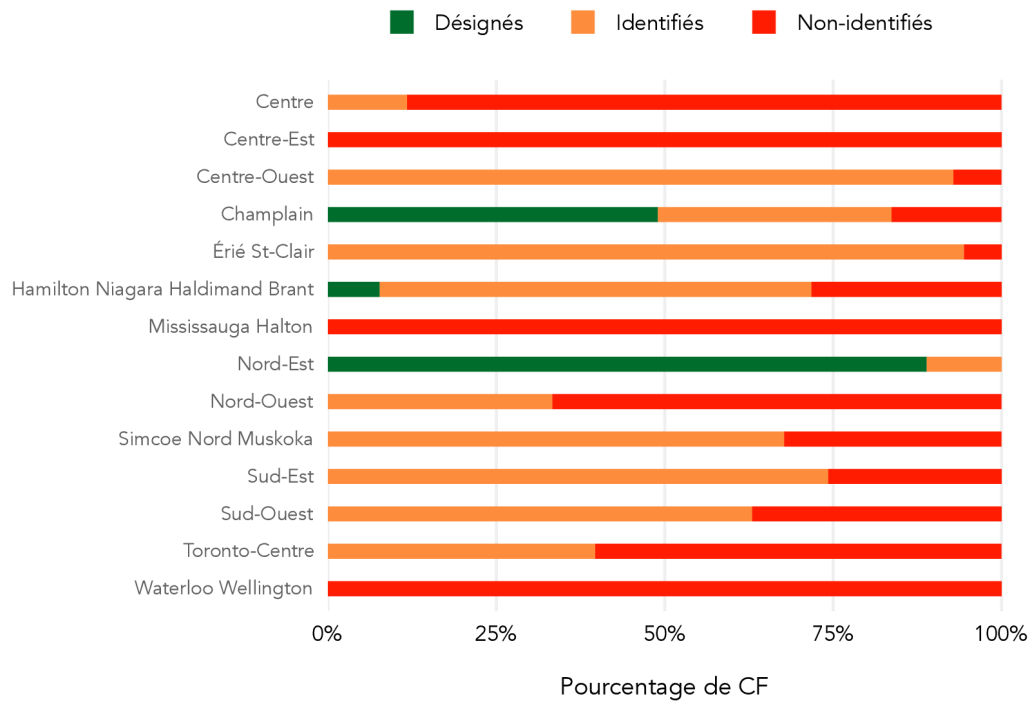


Figure 15 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorités dans le secteur des SSC

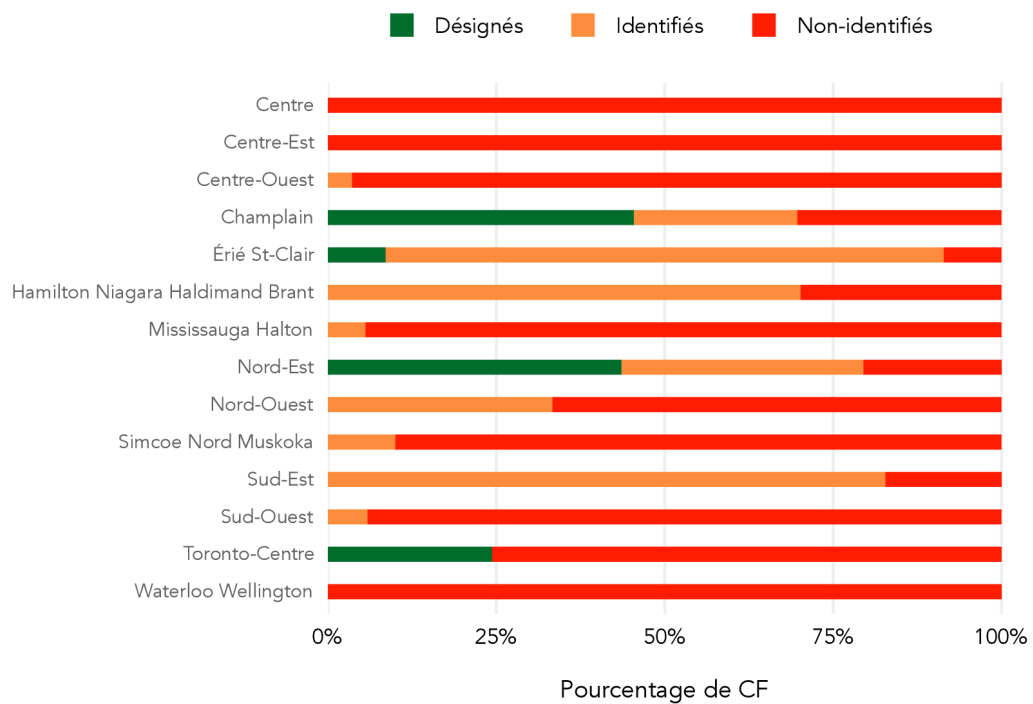
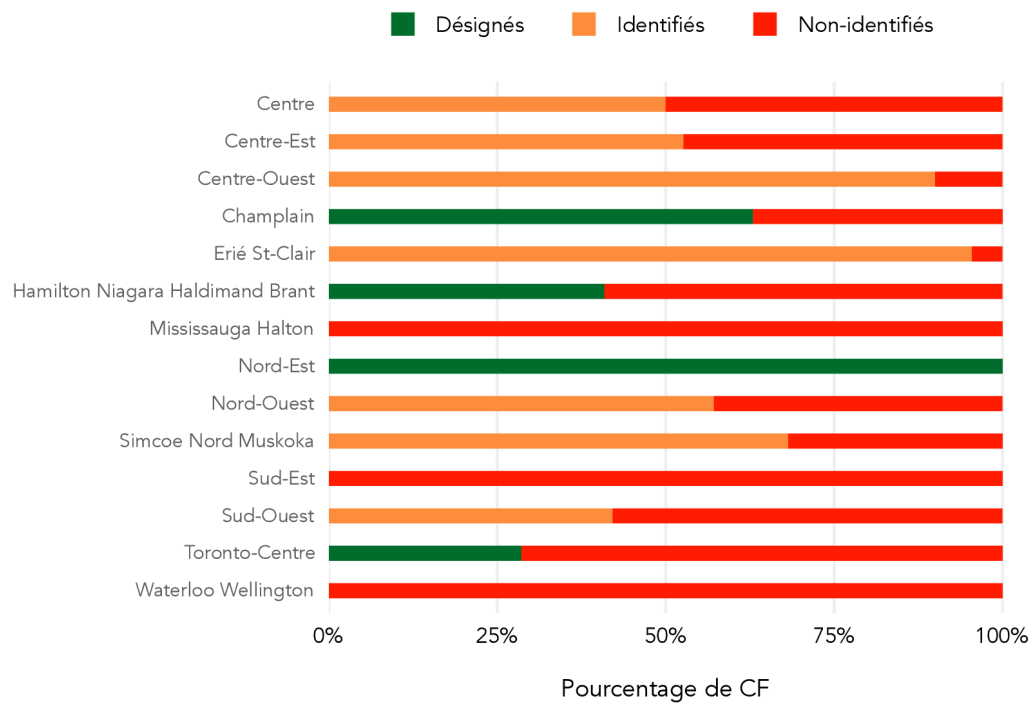


Figure 16 : Répartition provinciale de services directs financés par les RLISS priorisés dans le secteur des CSC



Analyse de la capacité – Perspective 3 :

Complétion des exigences de désignation

Le taux moyen de complétion des 34 exigences de désignation sert d'élément d'information pour les FSS désignés et identifiés.

- Concernant les FSS désignés, le taux de complétion moyen des exigences de désignation fait observer comment la désignation a été mise en œuvre ou maintenue au sein de l'organisation. Un niveau élevé de complétion des exigences reflète la probabilité d'une capacité effective.
- Quant aux FSS identifiés, le taux de complétion moyen des exigences de désignation démontre l'état d'avancement vers la désignation. Plus le taux de complétion est élevé, plus la demande de désignation et, par

conséquent, l'acquisition d'une capacité effective en matière de prestation de SSEF sont éminentes.

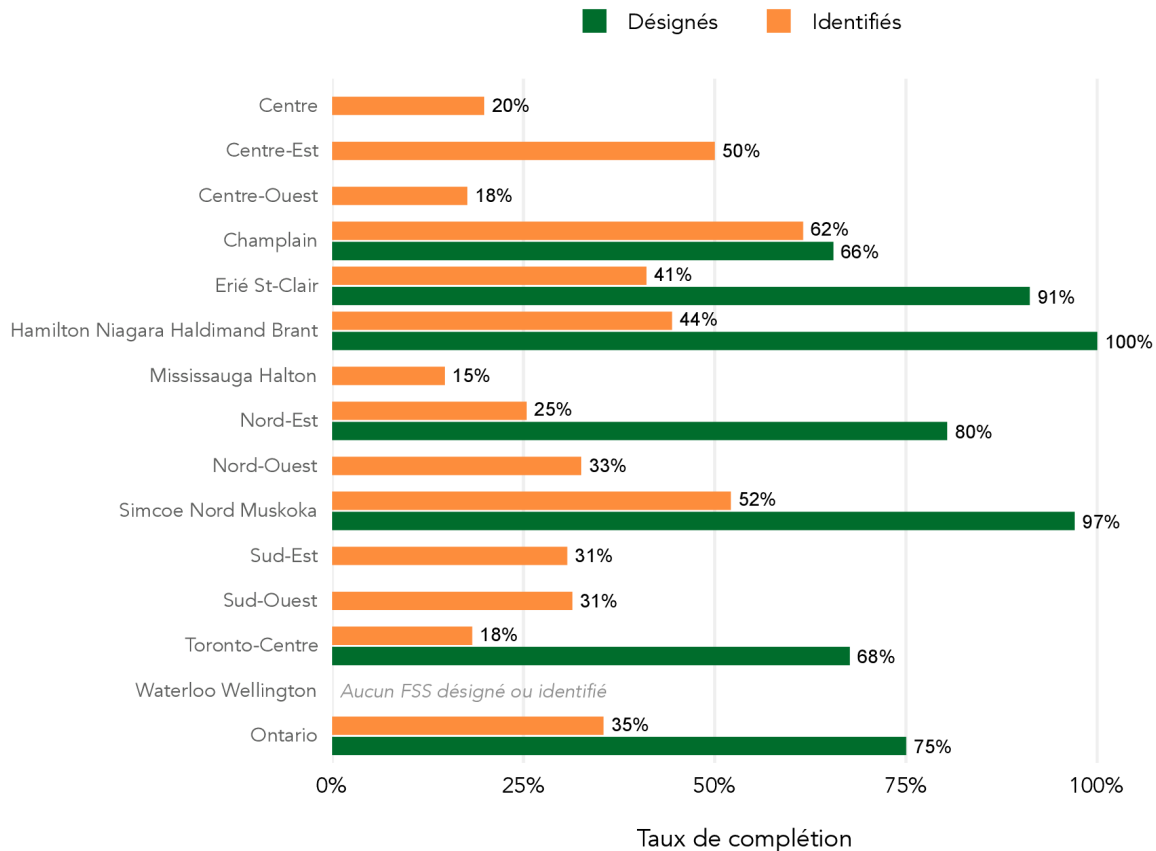
C'est la deuxième année de collecte de données. Ainsi, la collecte de données sur plusieurs années nous permet de déterminer le niveau de complétion des FSS désignés et le rythme de progression vers la désignation des FSS identifiés. La perspective ci-après présente d'abord l'état actuel de la complétion des exigences de la désignation suivi d'une constatation de l'évolution de la complétion des exigences entre 2017-18 et 2018-19.

De plus, comme il s'agit d'une moyenne des taux, il convient de noter que certains FSS se situent à un taux très élevé, alors que d'autres se situent à un taux très faible. Le

nombre de FSS y joue aussi un rôle. Plus le nombre est petit, plus grand est l'impact de chacune des exigences sur la moyenne.

Comme le montre la figure 17, les FSS identifiés se situent généralement au premier niveau du processus de désignation, affichant un taux de complétion moyen de 35 %. Il s'agit d'une indication qu'ils ont encore un long chemin à parcourir (de façon optimiste, ils devraient prévoir deux à cinq ans, si aucune autre mesure ou obligation n'est établie) pour atteindre l'entière conformité. Comparativement à l'année 2017-18, il s'agit d'une augmentation de 6 %. Les FSS désignés présentent un taux de complétion moyen de 75 %. Comparativement à l'année 2017-18,

Figure 17 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité



il s'agit d'une progression de 12 % (figure 18).

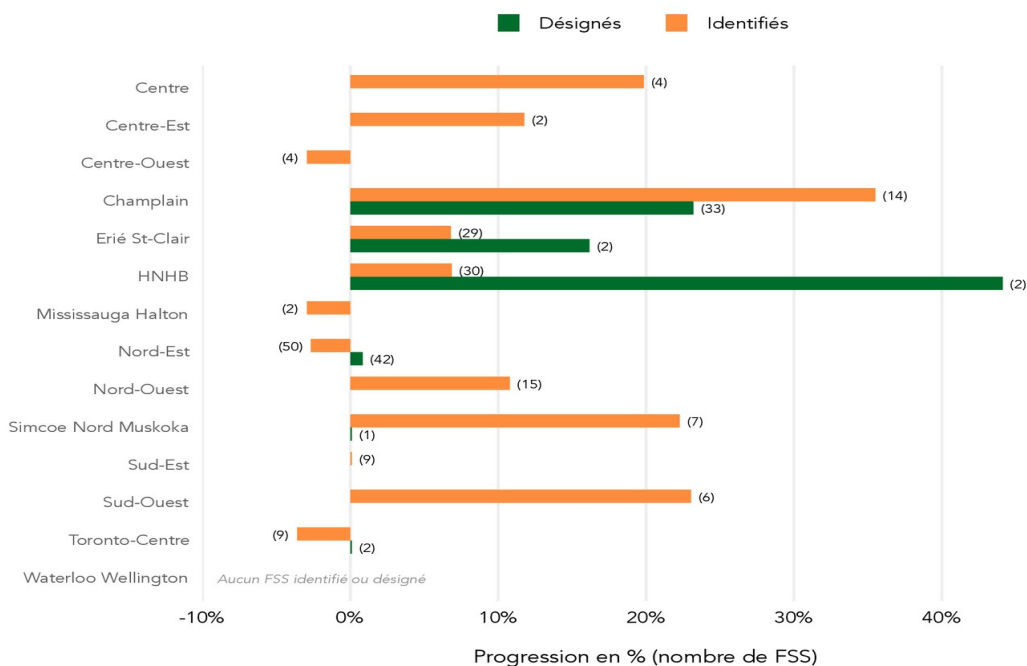
Chez les FSS identifiés, la progression du taux de complétion des exigences a été remarquée dans 9 RLISS, alors qu'une progression notable de plus de 20% a eu lieu dans 4 RLISS. Cette progression pourrait témoigner d'une certaine avancée chez les FSS dans le but d'obtenir la désignation.

Chez les désignés, une progression a été observée dans 4 RLISS. Bien que ceci peut témoigner d'un avancement, il faut noter que les FSS désignés auraient dû avoir rempli toutes les exigences afin d'obtenir la désignation. Il est possible que cette progression soit donc en partie attribuée à une amélioration progressive de la collecte de données.

Une liste complète de taux de complétion moyen par RLISS figure à l'annexe 7.

Bien que nous ayons comme objectif d'atteindre un taux de complétion de 100 %, Certaines organisations continuent peut-être de s'adapter aux exigences de désignation révisées établies par le MAFO en 2014-2015. Il se peut également que certains FSS dans une région donnée n'aient pas été informés de la mise en place d'un processus de déclaration de conformité.

Figure 18 : Taux de changement de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité



Lorsque ces données sont distribuées par localités désignées et non désignées, nous constatons que le taux de complétion moyen est plus élevé dans les localités non désignées. Les FSS identifiés dans les localités non désignées semblent plus avancés dans leur processus d'obtention de la désignation que ceux d'une localité désignée, et cela, dans tous les secteurs.

Rappelons-nous qu'il est possible qu'un FSS ait obtenu la désignation, même s'il n'est pas situé dans une région désignée, puisqu'il fournit des services à une population francophone résidant dans une région désignée.

Comparativement à l'année 2017-2018, il y a eu une progression dans le taux de complétion en général, et dans presque tous les secteurs individuellement, que ce soit dans les localités désignées ou non désignées.

Figure 19 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les localités désignées

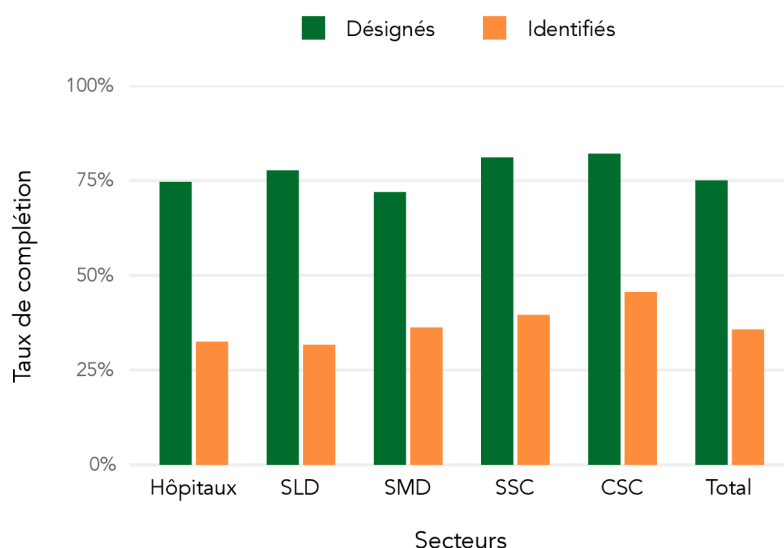


Figure 20 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par secteur et localité

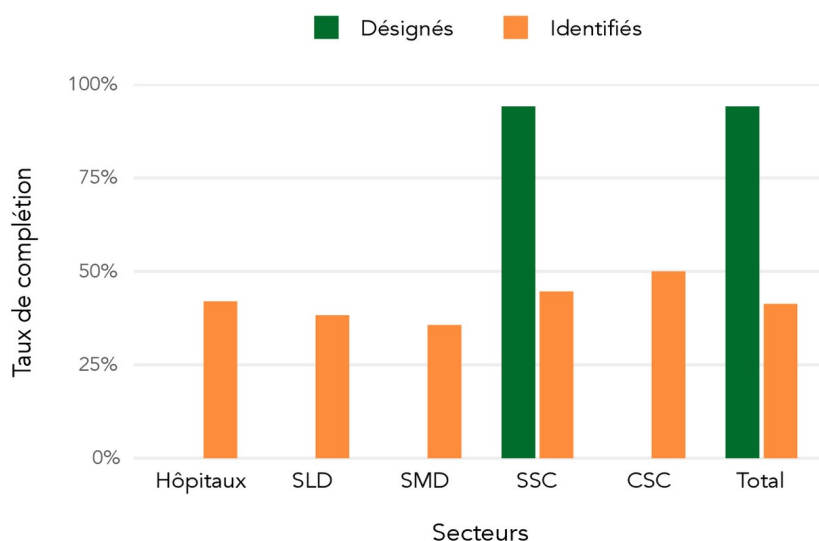


Tableau 11 : Taux de conformité moyen aux exigences de désignation par secteur et localité

État de la localité	Niveau de responsabilité	Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Total
Désignée	Désignés	86%	78%	72%	81%	82%	75%
	Identifiés	32%	32%	36%	40%	46%	36%
Non désignée	Désignés	0%	0%	0%	94%	0%	94%
	Identifiés	42%	38%	36%	45%	50%	41%

En ce qui concerne la densité de la population francophone, nous constatons que le taux de complétion chez les FSS désignés est plus élevé dans les régions à faible densité francophone, et ce, dans tous les secteurs. De même, les FSS identifiés dans les régions à forte densité francophone affichent un meilleur taux que leurs homologues en général. D'ailleurs, on remarque une croissance notable du taux de complétion moyen des exigences de désignation dans la région à faible densité francophone entre 2017-18 et 2018-19. Cette croissance a eu lieu chez les FSS désignés comme chez les identifiés.

Figure 21 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à forte densité francophone

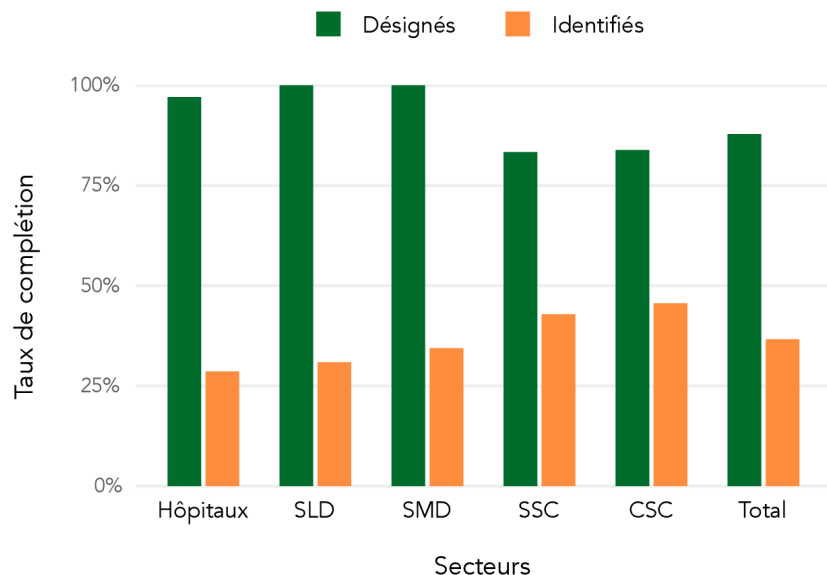


Figure 22 : Taux de complétion moyen des exigences de désignation par niveau de responsabilité dans les régions à forte densité francophone

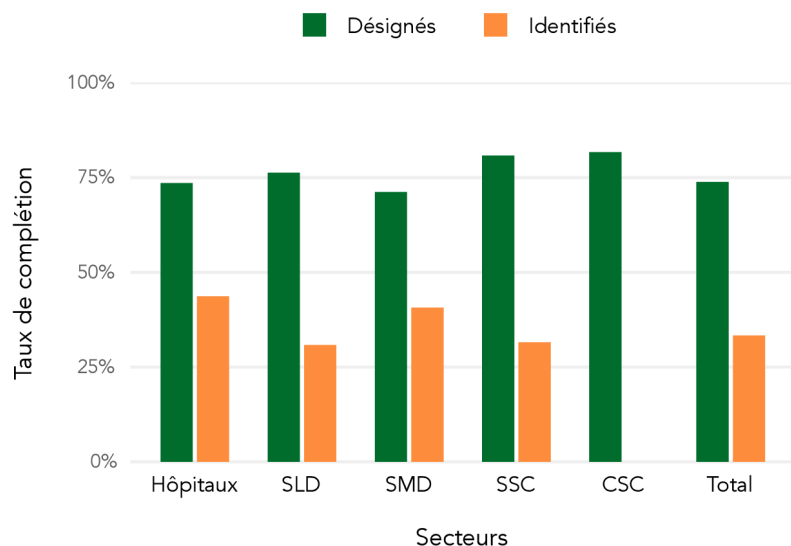


Tableau 12 : Taux moyen de conformité aux exigences de désignation par région et secteur de densité francophone

Densité francophone		Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC	Total
Faible	FSS Désignés	97%	100%	100%	83%	84%	88%
	FSS Identifiés	29%	31%	34%	43%	46%	37%
Forte	FSS Désignés	74%	76%	71%	81%	82%	74%
	FSS Identifiés	44%	31%	41%	32%	0%	33%



Analyse de la capacité – Perspective 4 : Ressources humaines (RH)

Les RH ayant le bon niveau de compétence linguistique en français représentent l'essence même des SSEF. Les RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF sont celles qui ont un niveau de compétence avancé-moins à un niveau supérieur (référence à l'annexe 8 pour consulter les définitions des niveaux de compétence). Aux fins du présent rapport, seules les RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF seront présentées. Pour obtenir une répartition complète des RH ayant des compétences en français, y compris celles qui se situent aux niveaux intermédiaire et élémentaire, voir l'annexe 9.

Dans cette perspective, il convient d'envisager d'autres mises en garde. Certains FSS désignés ont recours à des évaluations linguistiques formelles, mais la réalité en est que seule une minorité d'entre eux procèdent ainsi. En outre, les FSS ont déclaré toutes leurs RH ayant des compétences en français, et pas seulement celles qui fournissent des services directs. Une enquête et analyse plus poussée s'imposent afin de déterminer quelle proportion des RH est réellement en mesure d'offrir des services directs de santé en français.

À la figure 23, la répartition des RH par niveau de responsabilité démontre que la grande majorité des RH qui sont en mesure de fournir des SSEF relèvent de FSS désignés et identifiés. Il y a aussi un nombre appréciable de RH relevant de FSS non-identifiés, ce qui représente des occasions d'accroître la capacité.

Réparties par secteur, ces données montrent que les FSS désignés du secteur hospitalier représentent une proportion importante, tant en pourcentage (figure 24) qu'en

Figure 23 : Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité

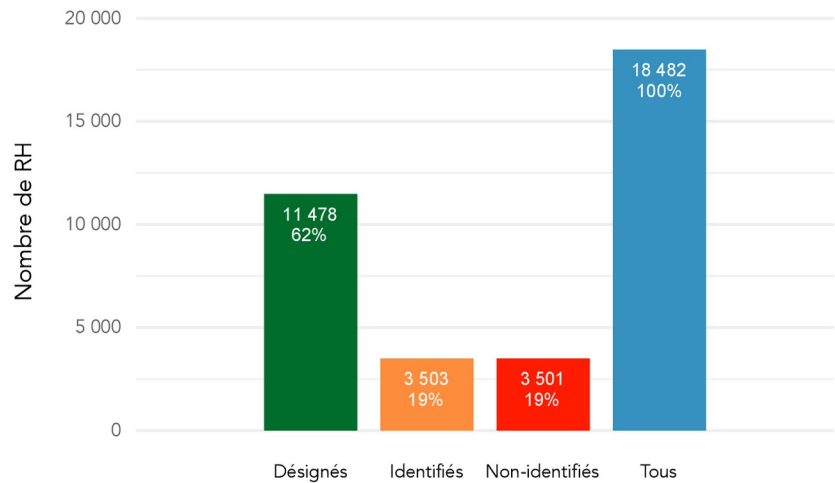


Figure 24 : Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité

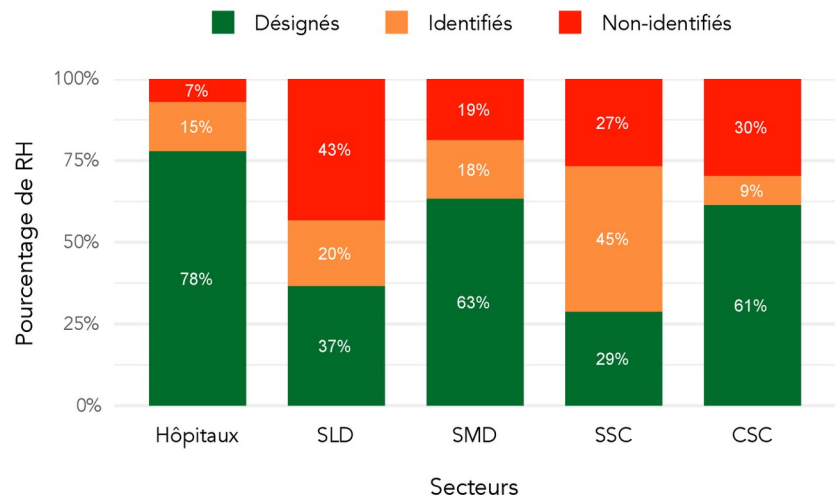


Tableau 13 : Répartition provinciale des RH capables d'offrir des SSEF par secteur et niveau de responsabilité

Secteurs	Nombre de RH capables d'offrir les SSEF		
	Désignés	Identifiés	Non-identifiés
Hôpitaux	8064	1559	725
SLD	1536	841	1811
SMD	888	251	262
SSC	505	782	469
CSC	485	70	234

nombre (tableau 13), des RH qui sont capables d'offrir des SSEF. Le secteur des SLD offre de meilleures possibilités d'améliorer la capacité, puisque ses FSS non-identifiés comportent le plus grand pourcentage et le plus grand nombre de RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF.

La figure 25 montre la proportion des RH capables d'offrir des SSEF par RLISS, alors que le tableau 14 présente les données en chiffres. Dans plus de la moitié des RLISS, la proportion la plus élevée de RH qui sont en mesure d'offrir des SSEF provient des FSS non-identifiés. Cela laisse entrevoir des possibilités d'améliorer la capacité de prestation de SSEF dans l'avenir.

Figure 25 : Répartition au niveau des RLISS de RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité

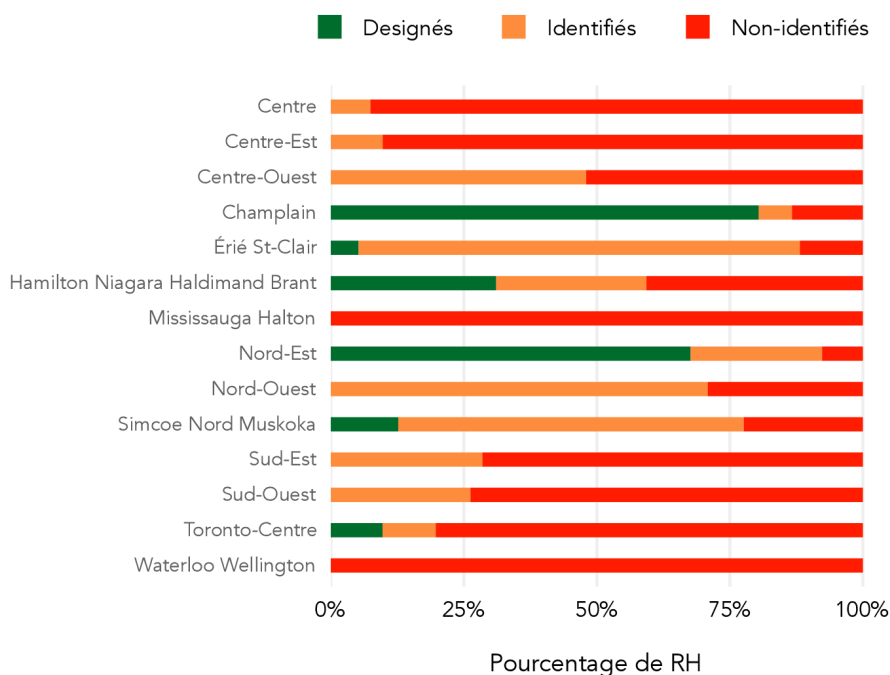


Tableau 14 : Répartition au niveau des RLISS des RH capables d'offrir des SSEF par niveau de responsabilité

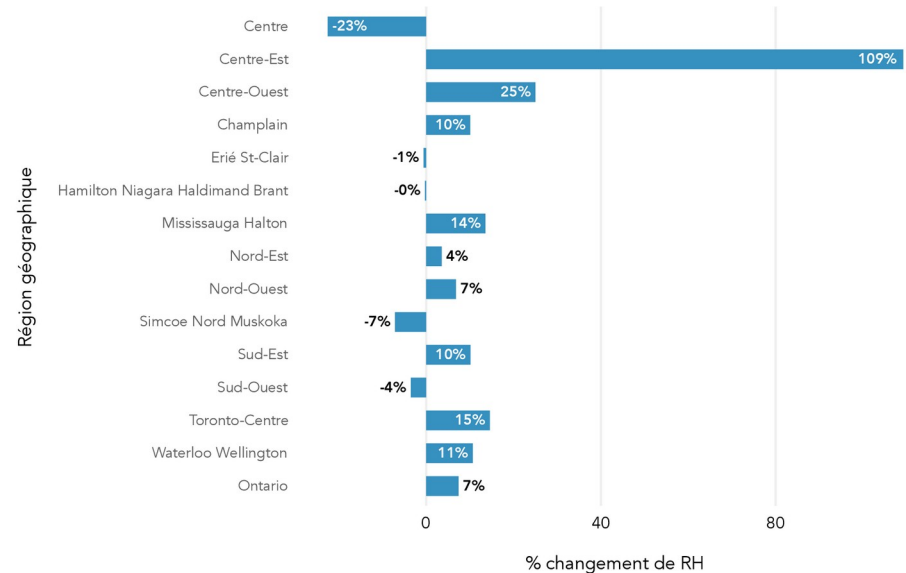
Région géographique	Nombre de RH capables d'offrir les SSEF		
	Désignés	Identifiés	Non-identifiés
Centre	0	10	124
Centre-Est	0	41	380
Centre-Ouest	0	24	26
Champlain	7315	568	1211
Érié St. Clair	43	688	98
Hamilton Niagara Haldimand Brant	110	100	144
Mississauga Halton	0	0	67
Nord-Est	3914	1432	442
Simcoe Nord Muskoka	56	287	99
Nord-Ouest	0	168	69
Sud-Est	0	65	163
Sud-Ouest	0	79	222
Toronto-Centre	40	41	380
Waterloo Wellington	0	0	126

Par rapport à l'année précédente, au regard des chiffres de cette section, nous semblons noter une baisse générale des RH capables d'offrir le WFS en général. Cette diminution est fautive; cela est principalement dû au raffinement de la répartition des FSS parmi les secteurs de soins tel que soumis par les RLISS. Cela a également affecté la distribution des RH entre les secteurs pour les FSS présents dans plus d'un secteur. Cela dit, si la même technique avait été utilisée pour les données de 2017-18, il en résulterait une augmentation des RH capables d'offrir les SSEF dans l'ensemble, soit 7% au niveau provincial.

L'augmentation généralisée des RH capables d'offrir les SSEF telle que présentée à la figure 26 et pourrait être expliquée par les raisons suivantes:

- L'amélioration dans la méthode d'entrée des données sur le Portail OZi a possiblement facilité la tâche des FSS, de sorte que plus de RH auraient été rapportées. En effet, les données démontrent que plus de FSS ont, soit rapporté leurs RH alors qu'ils ne l'avaient pas fait l'année passée, soit rapporté plus de RH que l'année dernière. Par exemple, dans le RLISS du Centre-Est, l'augmentation de plus de 100% est attribuable à un FSS qui a rapporté un grand nombre de RH, alors qu'il n'avait rapporté aucune RH en 2017-18.
- Comparativement à l'année 2017-18, le nombre des RH dont le niveau de compétence linguistique est « indéterminé » a diminué grandement. Il est possible que bon nombre de FSS ont pu déterminer le niveau de compétence de certaines de leur RH, et ont donc été considérées

Figure 26 : Change in Percentage of Human Resources able to Provide FLHS, Year-over-Year



dans l'analyse de capacité cette année.

Ainsi, à la figure 26, nous observons qu'il y a eu une augmentation des RH capables d'offrir les SSEF dans la plupart des RLISS, notamment le RLISS du Centre-Est et du Centre-Ouest. Cependant, la diminution des RH dans le RLISS du Centre est assez significative. Elle s'explique en grande partie par un seul FSS identifié qui avait rapporté un nombre significatif de RH l'année dernière passée et qui a omis de rapporter des RH cette année.



Conclusion

Avant la mise en place du portail OZi, il existait peu d'information normalisée sur l'offre de services de santé en français. Grâce au portail OZi, pour une deuxième année consécutive, les fournisseurs de services de santé (FSS) financés par les RLISS ont pu fournir des données sur leur capacité en matière de SSEF, lesquelles ont alimenté le présent rapport. Le système de santé de l'Ontario peut s'appuyer sur ces données probantes pour guider la prise de décision sur les enjeux qui touchent la santé de la population francophone.

La période 2018-2019 a été marquée par l'appropriation des outils de mesure et l'amélioration des méthodes de collectes de données, et ce à tous les niveaux. Celles-ci ont contribué à une amélioration généralisée de la qualité des données recueillies, ainsi que des pratiques organisationnelles favorables à l'offre de SSEF. Malgré tout, certaines faiblesses importantes sont demeurées.

Les résultats ont été analysés en fonction de quatre perspectives : la répartition des FSS, le continuum de soins, la conformité aux exigences de désignation et les ressources humaines.

Inégalité de la répartition des FSS désignés

L'analyse de la répartition géographique des FSS désignés a révélé qu'il existe des défis en matière d'accès aux SSEF dans un bon nombre de régions et de localités, et ce malgré le fait que certaines de ces zones géographiques aient été désignées.

- Au niveau régional, la moitié des RLISS n'ont aucun FSS désigné. Seulement deux RLISS comptent des FSS désignés dans chaque secteur de soins.
- Au niveau des localités, 23 des 37 localités désignées ont au moins un secteur de soins qui ne compte pas de FSS ayant une obligation à l'égard des SSEF. 14 de ces localités ont cette même lacune dans au moins 3 secteurs de soins.
- Il existe des zones mortes où un groupe de localités adjacentes n'ont aucun FSS ayant une obligation à l'égard des SSEF. Ces zones mortes sont des régions géographiques importantes, et se trouvent entre Scarborough et Kingston, ainsi que dans la région du RLISS de Waterloo Wellington et ses environs.

Les disparités dans le continuum de soins

En matière de responsabilité à l'égard des SSEF, le secteur des SLD est le moins bien représenté, tant en nombre que sur l'étendue du continuum de services. Le secteur des SLD demeure le secteur ayant la plus basse proportion de FSS identifiés et désignés comparativement aux autres secteurs. Par ailleurs, si on considère son nombre élevé de RH avec compétences linguistiques en français, le secteur des SLD a le plus grand potentiel d'amélioration en matière d'offre de SSEF.

Au niveau régional, les fournisseurs des secteurs des SLD et des SSC sont ceux qui – au sein des RLISS – n'ont souvent aucune obligation à l'égard des SSEF. De plus, là où des FSS identifiés ou désignés existaient

au sein des RLISS, ceux-ci offraient des services dans une petite gamme du continuum de services.

Amélioration de la conformité aux exigences de désignation

Comparativement à l'année 2017-2018, il y a une progression notable du taux de conformité aux critères de désignation, ce qui démontre un avancement en matière de SSEF chez les FSS qui ont une responsabilité à cet égard. En effet, nous avons observé une croissance dans le taux de complétion en général, et dans presque tous les secteurs individuellement. Le taux de complétion moyen a connu une croissance de 6 % chez les FSS identifiés, et de 12 % chez les FSS désignés.

Par ailleurs, nous avons aussi observé que les FSS identifiés dans les localités non désignées semblent plus avancés dans le processus de désignation que ceux dans les localités désignées.

Plus de ressources humaines (RH) capables d'offrir des SSEF

Par rapport à l'année précédente, nous observons une augmentation de RH capables d'offrir des SSEF – à la fois à l'échelle de la province, mais aussi dans la plupart des RLISS. Certaines hypothèses peuvent expliquer cette augmentation; entre autres :

- l'identification du niveau de compétences linguistiques pour

les RH qui auparavant avaient un niveau indéterminé (le nombre de RH au niveau indéterminé a décru)

- l'augmentation de rapportage de RH ayant la capacité d'offrir des SSEF

En tenant compte des hypothèses susmentionnées, il est difficile de mesurer la part des nouvelles RH acquises par les FSS dans leurs efforts visant à accroître leur capacité d'offrir des SSEF. Nous observons tout de même une amélioration généralisée de la qualité des données recueillies par l'entremise du portail OZi lors de cette année de collecte. Dans les années à venir, quand l'appropriation des outils se sera naturellement stabilisée, il sera possible de mesurer l'impact de l'acquisition des nouvelles RH sur l'offre de SSEF.

Perspectives d'avenir

Grâce à la mise en place d'indicateurs de performance, nous sommes en mesure de démontrer – pour la toute première fois, dans le système de santé à la grandeur de l'Ontario – un progrès mesurable en ce qui a trait aux exigences de désignation. Il serait intéressant de voir si, à l'avenir, ce changement de comportement organisationnel aura un impact mesurable sur l'offre de SSEF.

Nous avons également observé une appropriation d'OZi par divers intervenants du système de santé, alors que celui-ci devient un pilier de la responsabilisation à l'égard des SSEF. Par conséquent, la qualité des données s'est améliorée, et nous prévoyons que cette tendance se poursuivra. Cela nous permettra de développer davantage de

perspectives d'analyse et de fournir des constats plus approfondis.

Récemment, le MSSLD a été scindé en deux ministères distincts : le ministère de la Santé (MS) et le ministère des Soins de longue durée (MSSLD). Cette reconnaissance des défis propres au secteur des SLD est en accord avec les constats relevés dans ce rapport. Ce changement pourrait donc avoir un impact dans l'offre de SSEF, et OZi pourrait contribuer à mesurer l'impact de cette réorganisation.

Les résultats initiaux montrent qu'il est utile d'investir dans le processus de désignation. L'identification des FSS en vue d'une désignation future est la première étape de ce processus, et les localités désignées qui comprennent peu de SSEF pourraient en bénéficier. De plus, certaines localités non désignées ont les qualifications nécessaires pour la désignation. Ainsi, les données collectées par l'entremise d'OZi pourraient être utilisées afin d'identifier les localités et les FSS qui, s'ils devenaient désignés, amélioreraient le plus l'offre de SSEF.

En deux ans, le projet OZi a été en mesure de fournir des données de référence sur l'état des SSEF à différents niveaux, ainsi que d'observer certaines tendances préliminaires. À long terme, OZi a le potentiel de mesurer l'impact des changements de politiques sur les SSEF.

Annexes

ANNEXE 1

ACRONYMES, ABRÉVIATIONS ET GLOSSAIRE DES TERMES

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

CSC : Centre de santé communautaire

Entités : Entités de planification des services de santé en français

FSS : Fournisseur de services de santé

LSF : Loi sur les services en français

MAFO : Ministère des Affaires francophones de l'Ontario

MSSLD : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

RH : Ressources humaines

RLISS : Réseau local d'intégration des services de santé

SEF : Services en français

SLD : Soins de longue durée

SMD : Santé mentale et dépendance

SSC : Services de soutien communautaire

SSEF : Services de santé en français

GLOSSAIRES DE TERMES

Attestation de conformité : Les FSS désignés doivent soumettre une attestation de conformité au MAFO tous les trois ans afin de démontrer qu'ils se conforment toujours aux 34 exigences en matière de désignation.

Capacité en matière de SSEF : La capacité peut être définie comme l'aptitude d'offrir les SSEF de façon à assurer que les services financés par le RLISS répondent aux besoins de la population francophone locale. Au niveau du RLISS, la capacité est garantie par une répartition adéquate des responsabilités à l'égard des SSEF. Au niveau du FSS, la capacité est assurée grâce à des RH suffisantes et à un niveau

adéquat de maîtrise de la langue française («niveau avancé moins», «niveau avancé», «niveau avancé plus» et «niveau supérieur»). Aux fins du présent rapport, les FSS désignés sont considérés comme ayant une capacité effective en SSEF, tandis que les FSS identifiés sont considérés comme ayant une certaine capacité qui devrait être développée grâce au processus de la désignation. Les FSS non-identifiés ne sont pas considérés comme ayant la capacité d'offrir les SSEF, bien qu'ils puissent avoir des RH avec des niveaux de compétence différents. Les RH avec les niveaux «Avancé moins», «Avancé», «Avancé plus» et «Supérieur» sont considérées comme ayant une capacité effective à offrir les SSEF, tandis que les RH ayant un niveau de compétence «Intermédiaire» sont considérées comme ayant une capacité potentielle qui pourrait être développée grâce à la formation linguistique. Les RH ayant le niveau de compétence «Élémentaire» sont considérées comme ayant une capacité limitée à offrir les services en français.

Capacité limitée : Aux fins du présent rapport, les membres du personnel ayant un niveau de compétence «élémentaire» en français, sont considérés comme ayant une capacité limitée à offrir les SSEF. Bien que cette capacité puisse être améliorée à l'aide d'une formation linguistique en français, présentement cette catégorie de RH ne contribue pas de manière significative, à la capacité de SSEF

des fournisseurs des services de santé.

Capacité réelle : Selon les critères de désignation, les membres du personnel ayant l'un des niveaux de compétence en français suivants sont jugés capables d'offrir les services en français et peuvent occuper des postes désignés bilingues: «Avancé moins», «Avancé», «Avancé plus» ou «Supérieur». La présence des RH possédant ces niveaux de compétence correspond donc à la capacité réelle du fournisseur des services de santé à offrir les SSEF.

Capacité potentielle : Aux fins du présent rapport, les membres du personnel ayant un niveau de compétence «intermédiaire» en français, sont considérés comme ayant la capacité potentielle d'offrir des SSEF. Cette capacité pourrait être développée grâce à une formation linguistique en français.

Continuum de soins : Le continuum de soins est composé de différentes composantes du système de soins de santé structurées de manière à ce qu'un patient ou un client puisse être soigné sans interruption ou rupture des services. En Ontario, le continuum de soins comprend les secteurs de soins suivants: hôpitaux, services de santé mentale et de dépendance, soins de longue durée, centres de santé communautaires et services de soutien communautaires.

Compétence linguistique en français : La compétence linguistique d'un employé est déterminée par l'évaluation

linguistique effectuée par une firme accréditée. Selon le gouvernement de l'Ontario, le personnel peut être classé selon sept niveaux de compétence orale et écrite (ou profils linguistiques): «Aucune compétence» (non répertorié dans le présent rapport) «Élémentaire», «Intermédiaire», «Avancé moins», «Avancé», «Avancé Plus» et «Supérieur». Les employés ayant les niveaux de compétence suivants sont considérés comme capables de fournir les SSEF: «Avancé moins», «Avancé», «Avancé Plus» et «Supérieur». Une description détaillée de chaque profil linguistique est disponible à l'Annexe 2.

Définition inclusive de francophone (DIF) : Définition utilisée par le gouvernement de l'Ontario pour identifier la population francophone. Selon cette définition, les francophones sont les personnes de langue maternelle française et celles dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, mais qui ont une connaissance particulière du français comme langue officielle et qui utilisent le français à la maison..

Désignation : Une procédure juridique et administrative qui suit les règles et procédures prescrites par la Loi sur les services en français, le Règlement de l'Ontario 398/93 et les directives du MAFO. Cette procédure fournit un cadre législatif et réglementaire qui permet aux FSS de démontrer qu'ils ont la capacité de fournir des SEF sur une base permanente tout en répondant aux besoins spécifiques de la population francophone qu'ils desservent

Entité de planification : Les entités de planification de la santé en

français (parfois désignées dans le présent rapport sous le nom d'entités ou d'entités de planification) ont été établies en vertu du Règlement de l'Ontario 515/09 sur la participation de la communauté francophone. Les entités ont la responsabilité de conseiller les RLISS sur les SSEF, notamment en collaborant avec la communauté francophone locale. Il existe actuellement 6 entités de planification en Ontario.

Exigences de désignation : Pour être désignés, les fournisseurs de services de santé doivent se conformer aux 34 exigences établies par le MAFO. Ces exigences sont basées sur les cinq critères suivants : l'agence doit offrir des services de qualité en français sur une base permanente, garantie par des employés ayant des compétences linguistiques requises en français; l'accès aux services doit être garanti et suivre le principe de l'offre active; les dispositions relatives à la représentation effective des francophones au conseil d'administration et à ses comités sont incluses dans les règlements administratifs et doivent refléter la proportion de la population francophone au sein de la communauté desservie; l'équipe de direction doit avoir une représentation effective des francophones; le conseil d'administration et l'équipe de la haute direction doivent être responsables de la qualité des services en français.

FSS désignés : En vertu de la Loi sur les services en français, les fournisseurs de services de santé désignés ont l'obligation de fournir des services en français sur une base

garantie et permanente, conformément aux 34 exigences de désignation. (Cette obligation ne s'applique qu'aux services pour lesquels le fournisseur est désigné). Les FSS désignés doivent également soumettre une attestation de conformité au Ministère des affaires francophones (MAFO) tous les trois ans pour démontrer qu'ils respectent toujours les exigences en matière de désignation. Aux fins du présent rapport, un FSS désigné est considéré comme ayant la pleine capacité d'offrir les services de santé en français.

FSS identifiés : Les FSS identifiés ont été amenés à viser la désignation en vertu de la Loi sur les services en français. En outre, ils ont la responsabilité d'élaborer un plan de SEF et de fournir des SEF conformément à la capacité actuelle en matière de SSEF. Aux fins du présent rapport, les FSS identifiés sont considérés comme ayant une certaine capacité de fournir des SSEF; le processus de désignation vise à renforcer cette capacité.

FSS non-identifiés : Les FSS non-identifiés ne sont ni identifiés pour la désignation ni désignés en vertu de la Loi sur les services en français. Bien qu'ils n'aient aucune obligation de fournir des SSEF ni de présenter un plan de désignation, ces FSS ont toujours la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre un plan visant à répondre aux besoins de leur communauté francophone locale. Ce plan comprend la prestation de renseignements sur les SSEF offerts dans leur région. Aux fins du présent rapport, les FSS non-identifiés devaient soumettre un Rapport de SEF par l'entremise du portail OZi. Dans le présent rapport,

les FSS non-identifiés ne sont pas considérés comme ayant la capacité d'offrir des SSEF

Guide concernant les SSEF :

Document qui a été publié par le MSSLD et est entré en vigueur en novembre 2017. Le Guide des SSEF détaille les exigences et obligations des RLISS, des fournisseurs de services de santé et des entités de planification en matière de services de santé en français.

Loi sur les services en français :

Règlement de l'Ontario 398/93. La Loi sur les services en français a été adoptée pour la première fois par l'Assemblée législative de l'Ontario en 1986 et est entrée en vigueur en 1989. Le cadre législatif et réglementaire de la désignation est défini dans la *Loi sur les services en français*.

Offre active : L'offre active peut être définie comme une prestation régulière et permanente de services de santé en français - offerts à une qualité comparable à celle des services fournis en anglais - offerts systématiquement et de manière proactive aux clients francophones tout au long du continuum de soins. Pour assurer une offre active de services de santé en français, les fournisseurs de services de santé doivent mettre en œuvre une série de pratiques organisationnelles. Ces pratiques sont également des exigences de désignation.

Plan de désignation : Pour être désignés, les FSS doivent soumettre un plan de désignation qui démontre comment ils se conforment aux 34 exigences de désignation. Le plan de désignation contient le plan de RH.

Plan des ressources humaines : Le plan des RH est soumis dans le cadre du plan de désignation. Ce document a pour objet de démontrer que les postes désignés sont occupés par le personnel ayant les niveaux de compétence en français requis («Avancé moins», «Avancé», «Avancé plus» ou «Supérieur») pour offrir les SSEF.

Portail Ozi : Une solution de gestion de données en ligne créée par le Réseau pour recueillir et analyser des données sur la prestation de services de santé en français aux niveaux provincial, régional, local et sectoriel. Le portail OZi a été déployé entre 1464 fournisseurs de services de santé financés par le RLISS entre février et juin 2018 afin de collecter des données aux fins du présent rapport.

Rapport de SEF : Aux fins du présent rapport, les FSS financés par le RLISS devaient soumettre un Rapport de SEF par le biais du portail OZi. Deux gabarits de rapport différents ont été utilisés: l'un pour les FSS désignés et identifiés, basé sur les 34 exigences de désignation (et le plan des RH), et l'autre pour les FSS non-identifiés.

Réseau : Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (parfois désigné dans le présent rapport sous le nom de Réseau). Le Réseau est l'entité de planification pour les régions de Champlain et de Champlain. Le Réseau a créé le portail OZi et doit également gérer le processus de collecte et d'analyse de données aux fins du présent rapport.

Responsabilité à l'égard des SSEF :

Dans le présent rapport, le concept de responsabilité des SSEF est lié au statut de désignation du FSS. La responsabilité englobe les obligations en matière des SSEF attribuées aux FSS désignés, aux FSS identifiés et aux FSS non-identifiés, comme énoncé dans le Guide des rôles et responsabilités à l'égard des SSEF.

ANNEXE 2

RÉGIONS DÉSIGNÉES

1. Cité de Toronto – la totalité
2. Cité de Hamilton – la totalité, telle qu'elle existait au 31 décembre 2000
3. Cités de Port Colborne et Welland dans la municipalité régionale de Niagara
4. Ville d'Ottawa – la totalité
5. Cités de Mississauga et Brampton dans la municipalité régionale de Peel
6. Sudbury – la totalité du district de Sudbury et de la ville du Grand Sudbury
7. Canton de Winchester dans le comté de Dundas
8. Comté d'Essex :
 - Cité de Windsor
 - Villes de Belle River et Tecumseh
 - Cantons d'Anderdon, Colchester North, Maidstone, Sandwich South, Sandwich West, Tilbury North, Tilbury West et Rochester
9. Comté de Glengarry – la totalité
10. Comté de Kent :
 - Ville de Tilbury
 - Cantons de Dover et Tilbury East
11. Comté de Prescott – la totalité
12. Comté de Renfrew :
 - Ville de Pembroke
 - Cantons de Stafford et Westmeath
13. Comté de Russell – la totalité
14. Comté de Simcoe
 - Ville de Penetanguishene
 - Cantons de Tiny et Essa
15. Comté de Stormont – la totalité
16. District d'Algoma – la totalité
17. District de Cochrane – la totalité
18. Canton d'Ignace dans le district de Kenora
19. District de Nipissing – la totalité
20. District de Sudbury – la totalité
21. District de Thunder Bay
 - Villes de Geraldton, Longlac et Marathon
 - Cantons de Manitouwadge, Beardmore, Nakina et Terrace Bay
22. District de Timiskaming – la totalité
23. Cité de London
24. Municipalité de Callander dans le district de Parry Sound
25. Cité de Kingston
26. Cité de Markham (à partir du 1er juillet 2018) dans la municipalité régionale de York

ANNEXE 3

LOCALITÉS DÉSIGNÉES PAR RLISS

RLISS	Sous-région	Statut de la localité
Sous-régions du RLISS d'Érié St-Clair	Windsor	Localité désignée
	Tecumseh Lakeshore Amherstburg LaSalle	Localité désignée
	Rive Sud de Comté d'Essex	Localité désignée
	Ville de Chatham	Localité non désignée
	Rural Kent	Localité désignée
	Lambton	Localité non désignée
Sous-régions du RLISS du Sud-Ouest	Grey Bruce	Localité non désignée
	Huron Perth	Localité non désignée
	London Middlesex	Localité désignée
	Elgin	Localité non désignée
	Oxford	Localité non désignée
Sous-régions du RLISS de Waterloo Wellington	Guelph-Puslinch	Localité non désignée
	Cambridge-North Dumfries	Localité non désignée
	Kitchener-Waterloo-Wellesley-Wilmot-Woolwich	Localité non désignée
	Wellington	Localité non désignée
Sous-régions du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant	Hamilton	Localité désignée
	Burlington	Localité non désignée
	Niagara Nord-Ouest	Localité non désignée
	Niagara	Localité désignée
	Brant	Localité non désignée
	Haldimand Norfolk	Localité non désignée
Sous-régions du RLISS du Centre-Ouest	Etobicoke-Nord, Maltonet Woodbridge-Ouest	Localité désignée
	Dufferin	Localité non désignée
	Bolton-Caledon	Localité non désignée
	Bramalea	Localité désignée
	Brampton	Localité désignée
Sous-régions du RLISS de Mississauga Halton	Mississauga-Est	Localité désignée
	Halton Hills	Localité non désignée
	Milton	Localité non désignée
	Oakville	Localité non désignée
	Mississauga Nord-Ouest	Localité désignée
	Mississauga Sud-Ouest	Localité désignée
	Etobicoke-Sud	Localité désignée

RLISS	Sous-région	Statut de la localité
Sous-régions du RLISS du Centre-Toronto	West Toronto	Localité désignée
	Mid-West Toronto	Localité désignée
	North Toronto	Localité désignée
	Mid-East Toronto	Localité désignée
	East Toronto	Localité désignée
Sous-régions du RLISS du Centre	North York Ouest	Localité désignée
	North York Centre	Localité désignée
	Région de York Ouest	Localité non désignée
	Région de York Est	Localité désignée
	Simcoe-Sud	Localité non désignée
	Région de York Nord	Localité non désignée
Sous-régions du RLISS du Centre-Est	Ville et comté de Peterborough	Localité non désignée
	Comté de Haliburton et la ville de Kawartha Lakes	Localité non désignée
	Comté de Northumberland	Localité non désignée
	Durham Nord-Est	Localité non désignée
	Durham-Ouest	Localité non désignée
	Scarborough-Nord	Localité désignée
	Scarborough-Sud	Localité désignée
Sous-régions du RLISS du Sud-Est	Rural Hastings	Localité non désignée
	Quinte	Localité non désignée
	Frontenac, Lennox & Addington rural	Localité non désignée
	Kingston	Localité non désignée
	Lanark, Leeds & Grenville	Localité non désignée
Sous-régions du RLISS de Champlain	Ottawa-Centre	Localité désignée
	Ottawa-Ouest	Localité désignée
	Champlain-Est	Localité désignée
	Champlain-Ouest	Localité désignée
	Ottawa-Est	Localité désignée
Sous-régions du RLISS de Simcoe Nord Muskoka	Barrie et région	Localité désignée
	Baie Georgienne Sud	Localité non désignée
	Couchiching	Localité non désignée
	Muskoka	Localité non désignée
	Simcoe-Nord	Localité désignée
Sous-régions du RLISS du Nord-Est	Nipissing-Temiskaming	Localité désignée
	Sudbury-Manitoulin-Parry Sound	Localité désignée
	Algoma	Localité désignée
	Cochrane	Localité désignée
	Côte des baies James et d'Hudson	Localité désignée

RLISS	Sous-région	Statut de la localité
Sous-régions du RLISS du Nord-Ouest	Le District de Kenora	Localité désignée
	Le District de Rainy River	Localité non désignée
	Le District de Thunder Bay	Localité désignée
	La Ville de Thunder Bay	Localité non désignée
	Le Nord	Localité non désignée

ANNEXE 4

RÉPARTITION DES FSS PAR RLISS, SECTEUR ET NIVEAU DE RESPONSABILITÉ

Région géographique	Niveau de responsabilité	Nombre de FSS				
		Hôpitaux	SLD	SMD	SSC	CSC
Centre	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	2	0	1	0	1
Centre-Est	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	0	1	0	0	1
Centre-Ouest	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	1	0	4	2	1
Champlain	Désignés	9	9	15	11	4
	Identifiés	2	6	4	7	0
Érié St-Clair	Désignés	0	0	0	2	0
	Identifiés	4	3	13	17	3
Hamilton Niagara Haldimand Brant	Désignés	0	1	1	0	1
	Identifiés	4	2	9	19	0
Mississauga Halton	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	1	0	0	1	0
Nord-Est	Désignés	11	7	20	12	5
	Identifiés	11	13	14	18	0
Simcoe Nord Muskoka	Désignés	1	0	0	0	0
	Identifiés	3	1	2	1	1
Nord-Ouest	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	6	5	2	4	2
Sud-Est	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	2	1	5	6	0
Sud-Ouest	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	2	1	5	1	1
Toronto-Centre	Désignés	0	0	0	1	1
	Identifiés	7	0	3	0	0
Waterloo Wellington	Désignés	0	0	0	0	0
	Identifiés	0	0	0	0	0

ANNEXE 5

RÉPARTITION DES SERVICES DIRECTS FINANCÉS PAR LES RLISS, PAR SECTEUR ET NIVEAU DE RESPONSABILITÉ, EN POURCENTAGE

Secteurs	RLISS	Désignés	Identifiés	Désignés et Identifiés	Non-identifiés
Hôpitaux	Centre	0	83	83	17
	Centre-Est	0	0	0	100
	Centre-Ouest	0	87	87	13
	Champlain	65	28	93	7
	Érie St-Clair	0	92	92	8
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	0	94	94	6
	Mississauga Halton	0	73	73	27
	Nord-Est	78	18	96	4
	Simcoe Nord Muskoka	1	94	95	5
	Nord-Ouest	0	93	93	7
	Sud-Est	0	75	75	25
	Sud-Ouest	0	79	79	21
	Toronto-Centre	0	90	90	10
	Waterloo Wellington	0	0	0	100
SLD	Centre	0	0	0	100
	Centre-Est	0	22	22	78
	Centre-Ouest	0	0	0	100
	Champlain	95	0	95	5
	Érie St-Clair	0	31	31	69
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	8	35	42	58
	Mississauga Halton	0	0	0	100
	Nord-Est	44	12	56	44
	North Simcoe Muskoka	0	71	71	29
	Nord-Ouest	0	90	90	10
	Sud-Est	0	55	55	45
	Sud-Ouest	0	47	47	53
	Toronto-Centre	0	0	0	100
	Waterloo Wellington	0	0	0	100

Secteurs	RLISS	Désignés	Identifiés	Désignés et Identifiés	Non-identifiés
SMD	Centre	0	12	12	88
	Centre-Est	0	0	0	100
	Centre-Ouest	0	93	93	7
	Champlain	49	35	84	16
	Érié St-Clair	0	94	94	6
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	8	64	72	28
	Mississauga Halton	0	0	0	100
	Nord-Est	89	11	100	0
	North Simcoe Muskoka	0	68	68	32
	Nord-Ouest	0	33	33	67
	Sud-Est	0	74	74	26
	Sud-Ouest	0	63	63	37
	Toronto-Centre	0	40	40	60
	Waterloo Wellington	0	0	0	100
SSC	Centre	0	0	0	100
	Centre-Est	0	0	0	100
	Centre-Ouest	0	4	4	96
	Champlain	45	24	70	30
	Érié St-Clair	9	83	91	9
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	0	70	70	30
	Mississauga Halton	0	6	6	94
	Nord-Est	44	36	79	21
	North Simcoe Muskoka	0	10	10	90
	Nord-Ouest	0	33	33	67
	Sud-Est	0	83	83	17
	Sud-Ouest	0	6	6	94
	Toronto-Centre	24	0	24	76
	Waterloo Wellington	0	0	0	100
CSC	Centre	0	50	50	50
	Centre-Est	0	53	53	47
	Centre-Ouest	0	90	90	10
	Champlain	63	0	63	37
	Érié St-Clair	0	95	95	5
	Hamilton Niagara Haldimand Brant	41	0	41	59
	Mississauga Halton	0	0	0	100
	Nord-Est	100	0	100	0
	North Simcoe Muskoka	0	68	68	32
	Nord-Ouest	0	57	57	43
	Sud-Est	0	0	0	100
	Sud-Ouest	0	42	42	58
	Toronto-Centre	29	0	29	71
	Waterloo Wellington	0	0	0	100

ANNEXE 6

TAUX DE COMPLÉTION MOYEN DES EXIGENCES DE DÉSIGNATION

RLISS	Désignés	Identifiés
Ontario	75%	35%
Centre	S. O.	20%
Centre-Est	S. O.	50%
Centre-Ouest	S. O.	18%
Champlain	66%	62%
Érié St-Clair	91%	41%
Hamilton Niagara Haldimand Brant	100%	44%
Mississauga Halton	S. O.	15%
Nord-Est	80%	25%
Simcoe Nord Muskoka	97%	52%
Nord-Ouest	S. O.	33%
Sud-Est	S. O.	31%
Sud-Ouest	S. O.	31%
Toronto-Centre	68%	18%
Waterloo Wellington	S. O.	S. O.

ANNEXE 7

NIVEAU DE COMPÉTENCE LINGUISTIQUE EN FRANÇAIS

ORALES

ÉCRITES

Niveau de base

À ce niveau, la personne ne possède pas une réelle autonomie d'expression. Les compétences orales en français se limitent à certaines expressions mémorisées sur des sujets familiers relatifs au travail. La personne est capable d'exprimer des mots isolés, des expressions de deux ou trois mots et des phrases simples et sans suite. Le vocabulaire est limité et l'élocution est lente et difficile. La personne connaît les expressions de l'accueil et du départ et d'autres expressions de politesse. Le vocabulaire limité, les erreurs fréquentes et l'élocution lente gênent considérablement la communication.

Niveau de base

À ce niveau, la personne est capable d'écrire quelques mots, peut-être des phrases sur des sujets portant sur le travail, à l'aide d'un dictionnaire. Elle peut remplir des formulaires, donner des renseignements généraux comme l'heure et le lieu de réunions et rédiger des avis d'annulation en utilisant des formules normalisées. Le vocabulaire se limite aux mots d'usage quotidien; la personne ne maîtrise pas les expressions idiomatiques. Elle ne possède aucune aptitude pratique pour la communication écrite et n'est pas en mesure de rédiger un texte en français.

Niveau intermédiaire

À ce niveau, la personne possède certaines capacités pour travailler en français. Elle est plus spontanée lorsqu'elle parle mais le débit est très irrégulier, entraînant une élocution saccadée. La personne est capable de maintenir une conversation simple avec un seul interlocuteur. Le vocabulaire se limite à des mots simples et non techniques de la conversation courante. La personne est en mesure de répondre à des demandes de renseignements ou de directives et de donner elle-même des renseignements et des directives. Elle peut donner ces instructions simples et discuter de besoins simples. Lorsqu'un interlocuteur doit s'adresser à cette personne, il peut devoir parler lentement et se répéter s'il veut être compris.

Niveau intermédiaire

À ce niveau, la personne est capable d'écrire des mots et des phrases simples. Elle est en mesure de faire de simples demandes de renseignements ou de répondre à de telles demandes. Le vocabulaire se limite aux mots d'usage quotidien. La personne éprouve souvent des difficultés en grammaire et en orthographe. Elle possède certaines connaissances pratiques élémentaires en rédaction mais elle n'est pas en mesure de produire un texte acceptable en français.

Niveau avancé perfectible

À ce niveau, la personne peut assumer diverses tâches de communication. Elle peut fournir des descriptions et des explications dans tous les cadres temporels, dans la plupart des situations informelles et dans certaines situations formelles, sur divers sujets connus. Son vocabulaire manque souvent de précision. Néanmoins, elle peut reformuler ses phrases et paraphraser. Même si ses erreurs de grammaire, de vocabulaire et de prononciation sont évidentes, elle peut parler avec suffisamment d'exactitude pour se faire comprendre.

Niveau avancé perfectible

À ce niveau, la personne peut répondre aux besoins rédactionnels de base de son travail. Elle peut rédiger une narration et une description en utilisant les formes et les temps verbaux principaux et composer des résumés simples sur des sujets connus. Elle peut combiner et relier des phrases dans des paragraphes afin de former des textes complets. Elle écrit de manière compréhensible, mais certains efforts supplémentaires peuvent être exigés.

Niveau avancé

À ce niveau, la personne peut participer à des conversations et satisfaire à de nombreuses obligations de travail. Elle peut discuter de questions professionnelles avec une certaine aisance et une certaine facilité, exprimer des opinions et offrir ses points de vue. Elle peut participer à divers échanges verbaux et à des réunions et à des groupes de discussion. Cependant, elle a encore besoin d'aide pour faire face aux questions ou aux situations complexes. Généralement, elle possède soit une bonne grammaire, soit un bon vocabulaire, mais pas les deux.

Niveau avancé

À ce niveau, la personne peut utiliser des phrases variées pour exprimer des idées et des avis d'ordre général sur des sujets non spécialisés. Elle peut rédiger des lettres et des rapports simples qui entrent dans le cadre de ses fonctions. Elle ne commet pas beaucoup d'erreurs en grammaire ou en orthographe. Toutefois, sa rédaction peut comporter des traductions littérales. Néanmoins, elle commence à manifester un sens de l'organisation et à sentir la différence entre ce qui convient et ce qui ne convient pas sur les plans du style et de la grammaire en français.

Niveau avancé plus

À ce niveau, la personne peut faire des présentations orales dans des contextes formels et informels. Elle peut présenter un résumé assez détaillé de son raisonnement relativement à des sujets généraux ou liés au travail dans des contextes formels et informels, lors de réunions ou de discussions en groupe. Elle a manifestement une certaine maîtrise des idiomes et du vocabulaire particulier convenant à divers contextes. Sa grammaire est généralement appropriée. Ses lacunes en vocabulaire sont compensées par des synonymes et des paraphrases. Elle peut encore éprouver de la difficulté lorsqu'il s'agit de discuter de sujets plus spécialisés, mais à ce niveau, elle éprouve très peu de difficulté à se faire comprendre.

Niveau avancé plus

À ce niveau, la personne peut rédiger sur divers sujets de manière très précise et détaillée. Elle peut traiter de la correspondance informelle et formelle selon les conventions appropriées et rédiger des résumés et des rapports de nature factuelle. Elle peut aussi rédiger des textes approfondis sur des sujets liés à des intérêts particuliers et à des domaines de compétence spécialisés bien que son style d'écriture ait tendance à se concentrer sur les aspects concrets de ces sujets.

Niveau supérieur

À ce niveau, la personne peut s'exprimer couramment avec une précision structurale et un vocabulaire suffisants pour participer efficacement à la plupart des conversations formelles et informelles portant sur des sujets pratiques, sociaux et professionnels. Elle peut utiliser des idiomes et un vocabulaire particulier dans divers contextes et présenter des exposés dans des contextes formels et informels.

Niveau supérieur

À ce niveau, la personne peut s'exprimer efficacement et précisément dans la plupart des tâches ou des travaux de rédaction formels et informels portant sur des sujets pratiques, sociaux et professionnels. Elle peut reconnaître une maladresse dans la structure des phrases et des paragraphes. Ses erreurs en grammaire et en orthographe sont rares et d'ordre secondaire.

ANNEXE 8

RÉPARTITION DES RH AYANT DES COMPÉTENCES EN FRANÇAIS PAR RLISS, NIVEAU DE RESPONSABILITÉ ET NIVEAU DE COMPÉTENCE.

RLISS	Niveau de responsabilité	Secteurs	Supérieure	Avancée, plus	Avancée	Avancée, moins	Intermédiaire	Élémentaire
Centre	Identifiés	SMD	1	1	5	0	0	0
		CSC	0	0	0	3	0	0
	non-identifiés	Hôpitaux	0	0	13	4	8	12
		SLD	8	5	13	4	27	63
		SMD	8	3	7	1	18	25
		SSC	9	8	25	14	74	101
		CSC	0	0	0	2	0	5
Centre-Est	Identifiés	SLD	5	0	14	16	0	0
		CSC	4	2	0	0	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	23	28	42	159	520	2037
		SLD	20	7	32	10	64	64
		SMD	5	2	4	12	39	243
		SSC	6	4	8	11	49	175
		CSC	1	1	2	3	4	15
Centre-Ouest	Identifiés	SMD	1	0	5	18	0	0
		Hôpitaux	1	0	0	0	0	1
	Non-identifiés	SLD	7	2	1	7	15	99
		SSC	1	2	3	1	11	41
		CSC	1	0	0	0	0	0
Champlain	Désignés	Hôpitaux	26	69	3851	1387	0	0
		SLD	192	128	355	373	0	0
		SMD	219	42	125	106	0	0
		SSC	42	50	57	33	0	0
		CSC	104	68	88	0	0	0
	Identifiés	Hôpitaux	0	0	5	3	0	0
		SLD	9	168	52	26	0	0
		SMD	4	45	6	10	0	0
		SSC	0	5	55	180	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	20	14	27	5	33	54
		SLD	205	330	216	94	351	576
		SMD	29	13	31	8	32	33
		SSC	35	22	24	27	53	79
		CSC	54	17	38	2	30	30

RLISS	Niveau de responsabilité	Secteurs	Supérieure	Avancée, plus	Avancée	Avancée, moins	Intermédiaire	Élémentaire
Érié St-Clair	Désignés	SSC	12	30	0	1	0	0
	Identifiés	Hôpitaux	5	1	72	449	0	0
		SLD	0	1	29	16	0	0
		SMD	7	9	19	14	0	0
		SSC	7	10	22	13	0	0
		CSC	3	2	7	2	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	3	5	5	4	20	146
		SLD	21	16	22	11	45	123
		SMD	3	0	0	0	2	29
		SSC	4	0	2	0	7	27
CSC		0	0	1	1	2	29	
Hamilton Niagara Haldimand Brant	Désignés	SLD	0	0	68	0	0	0
		CSC	42	0	0	0	0	0
	Identifiés	Hôpitaux	3	0	6	2	0	0
		SLD	1	9	0	0	0	0
		SMD	1	1	0	1	0	0
		SSC	4	8	9	55	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	1	3	0	6	18	54
		SLD	13	14	56	11	64	129
		SMD	6	0	1	3	10	75
		SSC	3	2	4	11	18	62
		CSC	2	2	3	3	11	50
Mississauga Halton	Non-identifiés	Hôpitaux	0	0	1	0	0	0
		SLD	6	0	9	7	14	66
		SMD	3	0	5	2	7	16
		SSC	10	6	12	4	24	32
		CSC	1	0	1	0	3	11
Nord Est	Désignés	Hôpitaux	61	5	2287	322	0	0
		SLD	7	17	267	129	0	0
		SMD	48	31	253	64	0	0
		SSC	27	41	114	64	0	0
		CSC	29	77	71	0	0	0
	Identifiés	Hôpitaux	84	15	93	383	0	0
		SLD	9	17	38	380	0	0
		SMD	1	1	19	14	0	0
		SSC	8	6	76	288	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	6	0	2	0	3	5
		SLD	189	84	90	56	119	111
		SSC	7	1	7	0	9	17

RLISS	Niveau de responsabilité	Secteurs	Supérieure	Avancée, plus	Avancée	Avancée, moins	Intermédiaire	Élémentaire
Simcoe Nord Muskoka	Désignés	Hôpitaux	0	0	56	0	0	0
	Identifiés	Hôpitaux	15	12	136	48	0	0
		SLD	3	8	1	22	0	0
		SMD	0	1	4	19	0	0
		SSC	0	0	0	2	0	0
		CSC	6	1	5	4	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	7	3	8	0	60	189
		SLD	12	5	23	4	17	56
		SMD	3	2	4	1	2	4
		SSC	13	2	6	0	10	44
CSC		1	4	0	1	3	4	
Nord-Ouest	Identifiés	Hôpitaux	40	2	32	50	0	0
		SLD	1	0	6	10	0	0
		SMD	0	0	2	2	0	0
		SSC	0	0	1	8	0	0
		CSC	0	9	2	3	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	3	2	2	1	16	12
		SLD	5	1	4	2	3	0
		SMD	3	4	3	5	16	40
		SSC	7	15	10	0	11	84
		CSC	1	1	0	0	0	0
Sud-Est	Identifiés	Hôpitaux	5	15	8	9	0	0
		SMD	0	1	3	1	0	0
		SSC	2	14	4	3	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	12	9	6	10	23	99
		SLD	14	10	16	7	33	77
		SMD	1	1	4	4	29	103
		SSC	10	2	7	10	24	141
CSC	17	1	16	6	32	46		
Sud-Ouest	Identifiés	Hôpitaux	11	0	6	11	0	0
		SMD	2	1	3	26	0	0
		SSC	2	0	0	0	0	0
		CSC	1	2	4	10	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	15	9	33	24	142	881
		SLD	26	12	20	20	121	773
		SMD	3	1	8	0	11	19
		SSC	17	6	12	15	52	211
		CSC	0	0	0	1	7	28

RLISS	Niveau de responsabilité	Secteurs	Supérieure	Avancée, plus	Avancée	Avancée, moins	Intermédiaire	Élémentaire
Centre-Toronto	Désignés	SSC	0	34	0	0	0	0
		CSC	6	0	0	0	0	0
	Identifiés	Hôpitaux	10	7	21	0	0	0
		SMD	0	0	3	0	0	0
	Non-identifiés	Hôpitaux	3	2	122	37	13	0
		SLD	11	6	7	5	16	26
		SMD	7	8	29	10	33	51
		SSC	6	2	16	11	37	54
CSC	12	3	23	10	36	85		
Waterloo Wellington	Non-identifiés	Hôpitaux	10	7	11	17	53	115
		SLD	9	6	11	9	34	78
		SMD	6	2	1	6	14	53
		SSC	8	5	12	4	13	14
		CSC	0	0	1	1	4	26