

Minorités linguistiques et société Linguistic Minorities and Society



L'expérience des francophones des soins et des services en contexte linguistique minoritaire : bilan et perspectives

Katrine Sauvé-Schenk, Jacinthe Savard, Jean-Christophe Miljours et Louise Bouchard

Numéro 22, 2024

La santé en contexte francophone minoritaire au Canada : 20 ans de recherche
Health in Canada's Francophone Minority Communities: Twenty Years of Research

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1110633ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1110633ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Sauvé-Schenk, K., Savard, J., Miljours, J.-C. & Bouchard, L. (2024). L'expérience des francophones des soins et des services en contexte linguistique minoritaire : bilan et perspectives. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (22). <https://doi.org/10.7202/1110633ar>

Résumé de l'article

L'objectif de cet article est de présenter un état des lieux de la recherche qui porte sur l'expérience des bénéficiaires de services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire. On y traite des perceptions envers les services sociaux et de santé, de la demande de services en français ainsi que des expériences d'accès à des services en français, des barrières linguistiques et de la navigation dans le système de santé. On y traite aussi les perspectives qu'apportent les recherches en cours pour 1) mieux saisir les perceptions des francophones à l'égard de l'utilisation des technologies en santé afin d'améliorer leur accès aux services en français et 2) intégrer la mesure de la perception des usagers à l'évaluation continue des services en français.

© Katrine Sauvé-Schenk, Jacinthe Savard, Jean-Christophe Miljours et Louise Bouchard, 2024



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

L'expérience des francophones des soins et des services en contexte linguistique minoritaire : bilan et perspectives

Katrine SAUVÉ-SCHENK

Université d'Ottawa

Ksauvesc@uottawa.ca

Jacinthe SAVARD

Université d'Ottawa

Jsavard@uottawa.ca

Jean-Christophe MILJOURS

Université d'Ottawa

Jmilj063@uottawa.ca

Louise BOUCHARD

Université d'Ottawa

louise.bouchard@uottawa.ca

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter un état des lieux de la recherche qui porte sur l'expérience des bénéficiaires de services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire. On y traite des perceptions envers les services sociaux et de santé, de la demande de services en français ainsi que des expériences d'accès à des services en français, des barrières linguistiques et de la navigation dans le système de santé. On y traite aussi les perspectives qu'apportent les recherches en cours pour 1) mieux saisir les perceptions des francophones à l'égard de l'utilisation des technologies en santé afin d'améliorer leur accès aux services en français et 2) intégrer la mesure de la perception des usagers à l'évaluation continue des services en français.

Mots-clés: expérience patient; minorité linguistique; francophone; système de santé; Canada

Abstract

The purpose of this article is to present the current state of research on the experience of health and social services recipients in Francophone minority communities. We discuss perceptions of health and social services, demand for services in French, as well as experiences in accessing services in French, language barriers and navigating the healthcare system. We also explore the potential of current research to 1) help improve our understanding of Francophones' perceptions of the use of health technologies to improve their access to French-language services, and 2) integrate the measurement of user perceptions into the ongoing evaluation of French-language services.

Keywords: patient experience; linguistic minority; Francophone; healthcare system; Canada

Introduction

L'expérience patient¹ a pris de l'importance au cours des 20 dernières années. Elle est considérée comme un pilier de la qualité des soins au même titre que la sécurité, l'efficacité, l'accessibilité, l'efficience et l'équité. L'expérience patient comprend généralement l'ensemble des perceptions de la qualité des soins et services reçus, des interactions entre l'organisation et sa clientèle ainsi que les faits vécus par les patients tout au long de la trajectoire de soins et de services (Dubé-Linteau, 2017). C'est une manière d'évaluer la mise en oeuvre de soins centrés sur le patient selon plusieurs dimensions, dont l'accès aux soins, la communication claire qui soutient les autosoins et le respect des préférences (Picker Institute Europe, 2023). La mesure de l'expérience patient est maintenant exigée par Agrément Canada (s.d.) parmi les indicateurs de performance des organisations et du système de santé pour guider les efforts d'amélioration continue de la qualité.

Mais qu'en est-il de l'expérience des francophones qui vivent en contexte linguistique minoritaire dans les différentes provinces canadiennes anglophones, où l'offre de services en français (SEF) est généralement déficiente, voire absente? L'objectif de cet article est de rendre compte de la recherche qui porte sur l'expérience des francophones en situation minoritaire (FSM) dans leurs interactions avec leur système de santé. Les dimensions examinées comprennent l'importance accordée aux SEF, les préférences, la demande, l'accès ainsi que les perceptions sur la qualité des soins et les difficultés de communication. Il repose en premier lieu sur une recension des écrits liés à ces thèmes, pour se terminer en soulignant certaines recherches en cours qui contribueront à élargir notre compréhension de cette expérience.

1. Méthode

Le repérage des écrits portant sur l'expérience des usagers des services sociaux et de santé a été effectué en juin 2023 à partir de la bibliographie créée par la Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa et de l'Institut du savoir Montfort sur la santé des francophones de l'Ontario ((<https://sante-closm.ca/>)), laquelle contient quelque 600 références portant sur la santé en contexte de langue officielle minoritaire, publiées depuis la fin des années 1990 et classées selon 9 descripteurs (thème, population, groupe linguistique, types de services, pays, provinces/territoires, langue de la publication, type de publication, type d'étude). Une recherche sélective a permis de répertorier 86 articles, chapitres de livre et rapports classés sous le thème « Expérience des soins et des services », portant sur le groupe des francophones en situation minoritaire au Canada, présentant des données issues d'études quantitatives, qualitatives et mixtes. Les études de synthèse qui ne comportaient pas de nouvelle cueillette de données n'ont pas été incluses. De ce nombre, nous avons exclu cinq références publiées avant l'année 2000, 10 doublons (versions différentes d'une même étude), 27 documents qui traitaient des perceptions sur la santé et le système de santé en général et non sur les SEF, ou qui présentaient les perceptions d'autres parties prenantes, plutôt que celles des usagers.

Les travaux en cours ont surtout été répertoriés dans les présentations faites au colloque *La santé des francophones en contexte linguistique minoritaire : 20 ans de recherche*, qui s'est tenu en mai 2022 dans le cadre du Congrès de l'Acfas.

Six thèmes d'analyse orientent la synthèse des résultats : 1) l'importance accordée aux SEF, les préférences et la demande pour des SEF, 2) les motifs invoqués pour ne pas demander ses SEF, 3) les services de santé reçus en français, 4) les barrières perçues à l'obtention de SEF, 5) les conséquences du manque de SEF et 6) la navigation du système pour obtenir des SEF.

2. Résultats

2.1 Analyse de la production scientifique

Au total, 45 documents ont été retenus, dont 14 études quantitatives, 18 études qualitatives et 13 études mixtes. De plus amples informations sur les méthodes utilisées pour ces recherches sont présentées au tableau 1 d'une annexe en ligne².

Parmi les ensembles de données quantitatives, l'Enquête postcensitaire de 2006 sur la vitalité des minorités de langue officielle (EVMLO) constitue une des plus importantes sources d'information pancanadienne. Cette enquête, portant sur le vécu et les comportements langagiers tant dans la sphère privée que publique, dont celle de la santé, évaluait l'importance du respect des droits linguistiques, la langue dans laquelle certains services de santé étaient obtenus, l'importance accordée à l'obtention de ces services dans sa langue et la difficulté perçue à les obtenir (Corbeil *et al.*, 2007; Gagnon-Arpin *et al.*, 2014). On compte également une enquête populationnelle pancanadienne (excluant la Saskatchewan, les trois territoires et le Québec) sur l'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire, réalisée en 2011 par Société Santé en français avec l'appui financier de Santé Canada et Patrimoine canadien (Forgues et Landry, 2014). Enfin, pour le compte de Santé Canada, un sondage Léger, complété de groupes de discussion, a été effectué en 2020 sur les perceptions des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) quant à l'accès aux services de santé dans la langue officielle de son choix (Léger, 2020). Les autres études quantitatives portent soit sur une province, soit sur une sous-région.

Dans plusieurs enquêtes (Corbeil *et al.*, 2007, Gagnon-Arpin *et al.*, 2014, Léger, 2020), les francophones étaient généralement définies comme étant des personnes ayant le français comme première langue officielle parlée, une variable dérivée de la connaissance des langues officielles, de la langue maternelle et de la langue la plus souvent parlée à la maison (Statistique Canada, 2021). Toutefois, dans le sondage Léger, certaines questions n'étaient posées qu'à celles et ceux qui avaient dit préférer recevoir des services en français. Par ailleurs, dans l'étude de Forgues et Landry (2014), on acceptait toutes les personnes répondantes qui avaient une connaissance suffisante du français pour répondre aux questions. De fait, 5,9 % de leur échantillon avait l'anglais comme langue maternelle.

Quant aux données qualitatives, souvent limitées à une région ou une sous-population, elles apportent des éclairages sur les raisons qui expliquent la difficulté de demander ou d'accéder à des SEF, les démarches faites pour les obtenir ou les conséquences de l'absence de SEF.

2.2 L'importance, la préférence et la demande de services en français

À l'échelle canadienne, de 73 à 74 % des francophones en situation minoritaire trouvent important de recevoir des SEF (Gagnon-Arpin *et al.*, 2014; Léger, 2020). L'importance accordée à l'obtention de services de santé en français varie selon le contexte juridique³ et géographique (Corbeil *et al.*, 2007; Gagnon-Arpin *et al.*, 2014; Léger, 2020) et, en particulier, selon la densité de francophones et le statut de la langue française dans leur milieu (Corbeil *et al.*, 2007; Forgues et Landry, 2014). On observe cette gradation selon la densité de francophones tant au Nouveau-Brunswick, province bilingue, qu'en Ontario où prévaut une *Loi sur les services en français*, bien qu'une importante variation régionale existe. Les francophones des provinces atlantiques sont plus nombreux à exprimer qu'il est important de recevoir des SEF comparativement à ceux de l'Ontario et des provinces de l'Ouest canadien (Corbeil *et al.*, 2007; Léger, 2020). Les pourcentages obtenus dans diverses études selon les provinces ou régions sont présentés au tableau 2 de l'annexe en ligne.

Si 73 % des francophones trouvent important de recevoir des SEF, ils sont environ 60 % à préférer les recevoir en français et seulement 39 % à les demander habituellement (Léger, 2020). Si des différences existent entre les régions du Canada, on note que la demande est toujours moindre que l'importance et la préférence accordée aux SEF. Des résultats similaires sont obtenus d'études qualitatives portant sur de plus petits échantillons (voir tableau 2 de l'annexe en ligne).

Les francophones accordent une importance différente au fait de recevoir des SEF selon le type de professionnel consulté. Le médecin de famille (65 %) vient en premier lieu, suivi des ambulanciers (35 %), des infirmiers (30 %), des psychologues et des psychiatres ou autres intervenants en santé mentale (28 %), des pharmaciens (26 %), des travailleurs sociaux (11 %), des préposés aux bénéficiaires (10 %), des professionnels en soins dentaires (10 %) (Léger, 2020).

Les difficultés en matière de communication, d'affirmation identitaire et de droits sont les principales raisons invoquées pour justifier l'importance d'obtenir des SEF. Plusieurs francophones disent que les SEF leur permettent de mieux comprendre ou de s'exprimer plus facilement (Bernier, 2009; Drolet *et al.*, 2015; Éthier *et al.*, 2012; Léger, 2020; Poullos, 2018), d'éviter des malentendus et de diminuer le risque d'erreur durant la consultation (Léger, 2020). Malgré que ce soit encore plus important pour ceux et celles qui ne comprennent pas ou très peu l'anglais (Léger, 2020; Tardif et Dallaire, 2010), plusieurs personnes bilingues sont plus à l'aise de communiquer en français, particulièrement lors de situations émotionnelles ou lorsque la communication est essentielle au diagnostic ou au rétablissement (de Moissac et Bowen, 2019; Garcia *et al.*, 2014; van Kemenade et Forest, 2019). Le droit d'obtenir des services dans les langues officielles (Bernier, 2009; Léger, 2020), l'affirmation de son identité francophone (Drolet *et al.*, 2015; Léger, 2020) sont aussi fréquemment mentionnés. En outre, selon Forgues et Landry (2014), l'importance accordée à recevoir un service en français est positivement associée à plusieurs facteurs, dont le degré d'usage du français et une forte identité francophone. Selon des études effectuées dans le nord-est de l'Ontario, les personnes unilingues ou celles qui accompagnent un proche unilingue (Bernier, 2009), celles ayant une plus grande connaissance de la loi sur les services en français et celles qui ont reçu une offre active⁴ (Bélanger *et al.*, 2018) semblent plus portées à demander ou à choisir de recevoir des SEF.

Dans une étude qualitative ontarienne sur la satisfaction envers les services de réadaptation, Tardif et Dallaire (2010) présentent 3 modèles de discours sur la santé : les personnes qui voient le professionnel de la santé comme un expert dont les recommandations sont appliquées sans discuter (modèle biomédical), celles qui le voient plutôt comme un conseiller avec lequel on dialogue (modèle de promotion de la santé) et celles qui se voient comme un client qui a des droits (modèle de consommateurisme). Les personnes dont le discours s'inscrit dans le modèle de promotion de la santé sont aussi celles qui y incluent des éléments du modèle de consommateurisme. Celles-ci sont plus nombreuses à trouver important et à demander des SEF. Lorsque le professionnel est perçu comme un conseiller avec lequel il est possible de discuter du plan de traitement, les qualités humaines du soin revêtent une grande importance. Il semble essentiel de pouvoir exprimer les nuances relatives à sa situation de santé, ce qui est plus facile à faire dans sa langue pour la majorité des personnes participantes (Tardif et Dallaire, 2010).

Les francophones qui disent que les SEF ont peu d'importance expliquent leur position par le fait qu'ils sont bilingues, qu'ils n'ont pas le choix de la langue du service dans leur région (Léger 2020), que c'est la qualité du service ou la qualité de la relation avec le professionnel de la santé plutôt que la langue du service qui compte pour eux (Éthier *et al.*, 2012, Bouchard *et al.*, 2010).

2.3 Les motifs invoqués pour ne pas demander ses services en français

Les francophones présentent divers degrés d'habiletés à communiquer dans l'une ou l'autre des deux langues officielles. Certaines personnes rapportent que la barrière linguistique n'est pas incontournable en raison de leur niveau élevé de bilinguisme en français et anglais. Ces personnes se sentent à l'aise de recevoir les services dans l'une ou l'autre des deux langues officielles (Gaborean *et al.*, 2018; Lacaze-Masmonteil *et al.*, 2013; Léger, 2020; Tardif et Dallaire, 2010). Plusieurs disent avoir l'habitude de parler en anglais dans la vie de tous les jours (van Kemenade et Forest, 2019) ou pour recevoir des soins (Bouchard *et al.*, 2010). Par ailleurs, certains francophones ont une gêne ou une insécurité à parler en français avec des fournisseurs de soins; ils se sentent peu ou pas confiants dans leur capacité d'exprimer leurs besoins de santé en français même si c'est leur première langue officielle parlée (Léger, 2020), trouvent que le français des professionnels est de niveau trop élevé (Éthier *et al.*, 2012; Sauvé-Schenk *et al.*, 2020) ou présentent divers degrés de familiarité avec la terminologie médicale en français ou en anglais (Éthier *et al.*, 2012; Lemonde *et al.*, 2012; Sauvé-Schenk *et al.*, 2020; van Kemenade et Forest, 2019). En outre, le choix de la langue du service peut dépendre de la tâche à accomplir. Par exemple, une personne qui parle en français avec ses fournisseurs de soins a demandé son évaluation cognitive en anglais, supposant que la tâche serait plus facile dans cette langue (Sauvé-Schenk *et al.*, 2020).

Les personnes plus à l'aise en français peuvent aussi préférer ou accepter un service en anglais, percevant, à tort ou à raison, que le temps d'attente pour un SEF sera plus long (de Moissac et Bowen, 2017; de Moissac *et al.*, 2015; Drolet *et al.*, 2015; Léger, 2020; Lemonde *et al.*, 2012; Prada *et al.*, 2021; Savard *et al.*, 2020; Tardif et Dallaire, 2010; van Kemenade et Forest, 2019), que le SEF sera de moins bonne qualité que le service en anglais (Léger, 2020), que la distance à voyager pour obtenir le SEF sera trop grande ou qu'il y aura des coûts (par ex. frais de transport, d'hébergement ou de consultation en privé) (Bernier, 2009; de Moissac *et al.*, 2015; Éthier *et al.*, 2012; van Kemenade et Forest, 2019) ou encore, que la communication sera limitée par un faible niveau de compétence en français du fournisseur de soins (Corbeil et Lafrenière, 2010; Léger, 2020; Prada *et al.*, 2021). Même lorsqu'on obtient des SEF, on peut préférer un rapport en anglais pour assurer une bonne compréhension par les autres professionnels qui le consulteront (Bouchard *et al.*, 2010).

Pour les personnes qui préfèrent des SEF, plusieurs barrières se dressent empêchant que cette préférence se traduise en demande. Certaines ne demanderont pas de SEF parce qu'elles sont gênées ou ont peur de déranger ou d'offusquer le personnel (Bouchard *et al.*, 2010; Jutras *et al.*, 2020; Léger, 2020), sentiments parfois renforcés par les attitudes négatives de certains professionnels (de Moissac et Bowen, 2017; de Moissac *et al.*, 2015; Léger, 2020). On observe aussi une méconnaissance des droits linguistiques de leurs régions (Bouchard *et al.*, 2010). Dans une étude auprès de femmes enceintes, certaines immigrantes francophones ont indiqué qu'ayant fait le choix de vivre dans une province à majorité anglophone, elles ne souhaitaient pas revendiquer des SEF (Lacaze-Masmonteil *et al.*, 2013). Par ailleurs, plusieurs sont découragées ou résignées du fait qu'il y a un manque de SEF et alors ne les cherchent ou ne les demandent plus (de Moissac et Bowen, 2017; Éthier *et al.*, 2012; Lemonde *et al.*, 2012). En effet, plus on perçoit qu'il est difficile d'obtenir des SEF dans sa région, moins on est à l'aise de les demander (Gagnon-Arpin *et al.*, 2014).

Des barrières additionnelles existent pour les francophones de petites communautés. Des participants et des participantes ont exprimé que la crainte de violation de la confidentialité ou la difficulté d'établir la distance professionnelle dans une petite communauté limitait la demande de SEF (de Moissac, 2016; Prada *et al.*, 2021; van Kemenade *et al.*, 2021; van Kemenade et Forest, 2019).

2.4 Les services de santé reçus en français

De façon générale, il semble y avoir une corrélation positive entre la densité de francophones d'une région et la possibilité d'accéder à des SEF (Bernier, 2009; Forgues et Landry, 2014; Gaboreau *et al.*, 2018; Léger 2020), et ceci pour toutes les catégories de services (Forgues et Landry, 2014). Ces variations sont observées entre les provinces, mais aussi entre les régions d'une même province. Les pourcentages de francophones ayant obtenu des services dans leur langue dans divers contextes sont présentés au tableau 3 de l'annexe en ligne.

Parmi les francophones ayant reçu des SEF, plusieurs ont identifié des actions d'offre active qui ont favorisé la demande du SEF (Bélanger *et al.*, 2018; Forgues et Landry, 2014; Tardif et Dallaire, 2010). Par exemple, Forgues et Landry (2014) précisent que parmi celles et ceux qui ont obtenu des SEF, 23,5 % indiquaient que le personnel s'était d'abord adressé à eux dans les deux langues et 59,8 %, que le personnel s'était adressé à eux en français. Deveau *et al.* (2009) ajoutent que la demande et l'obtention des SEF augmentent si le prestataire parle français avec facilité et qu'il a un accent similaire à celui des usagers.

Même dans des régions qui offrent plusieurs SEF, les francophones perçoivent fréquemment un manque de ressources (Bélanger *et al.*, 2018; Savard *et al.*, 2020). En contexte minoritaire, les soins primaires ou les soins du médecin de famille semblent être les plus disponibles en français (Corbeil *et al.*, 2007; Gagnon-Arpin *et al.*, 2014; Léger, 2020). Les services médicaux spécialisés sont généralement plus difficiles à obtenir en français (Bernier, 2009; Bouchard *et al.*, 2010; de Moissac *et al.*, 2015; Forgues et Landry, 2014; Garcia *et al.*, 2014). Dans l'Est ontarien, des participants indiquaient qu'il était plus difficile d'obtenir des SEF des agences privées, celles-ci étant effectivement rarement désignées en vertu de la *Loi sur les services en français (1990)*⁵. On notait aussi une discontinuité dans les services de maintien à domicile en français, ceux-ci étant plus rarement disponibles les soirs et les fins de semaine (Savard *et al.*, 2020). Si la majorité des francophones d'une étude de l'accès aux soins de réadaptation dans le nord-est de l'Ontario avaient reçu leurs SEF, 40 % affirmaient avoir dû attendre pour les obtenir (Bélanger *et al.*, 2018).

En santé publique, au début de la crise de COVID-19, le Commissariat aux langues officielles (2020) rapportait qu'en situation d'urgence sanitaire, l'information a été difficile à obtenir en français pour 21 à 25 % des francophones en situation minoritaire.

Enfin, les perceptions quant à l'évolution de l'accès aux SEF en contexte minoritaire sont variables : 19 % des francophones perçoivent qu'il y a eu une amélioration dans les dix dernières années, 42 % perçoivent que l'accès se maintient, 16 % croient qu'il a diminué. C'est en Ontario qu'on retrouve la plus grande proportion de répondants (23 %) ayant perçu une amélioration de cet accès, tandis qu'en Atlantique on est plus enclin à dire que les services se maintiennent, et dans l'Ouest, qu'ils ont diminué (Léger, 2020).

2.5 Les barrières perçues à l'obtention de services de santé en français

Environ 35 % des membres des communautés francophones en situation minoritaire croient qu'il est difficile, très difficile ou impossible de recevoir des SEF dans leur milieu (Corbeil *et al.*, 2007). Encore ici, les variations régionales sont importantes. Les pourcentages varient de 11 % au Nouveau-Brunswick à 78 % à Terre-Neuve-et-Labrador (Corbeil *et al.*, 2007; Gagnon-Arpin *et al.*, 2014) (voir tableau 4 de l'annexe en ligne). Dans une étude ontarienne auprès d'immigrants et d'immigrantes francophones, les deux tiers des personnes participantes ont dit ne pas avoir eu le choix de la langue de consultation et devoir parler la langue du professionnel (Hien et Lafontant, 2013).

En 2020, à l'échelle canadienne, 45 % des membres des communautés francophones en situation minoritaire attribuaient la difficulté à recevoir des SEF principalement au manque de professionnels pouvant parler français (Léger, 2020), alors que c'était 88 % dans l'étude postcensitaire de 2006 (Corbeil *et al.*, 2007; Gagnon-Arpin *et al.*, 2014) (voir tableau 4 de l'annexe en ligne pour des détails régionaux). Des études soulignent le manque de services ou l'insuffisance de personnel qualifié et bilingue pour répondre aux besoins des francophones dans les soins primaires (Bernier, 2009), les soins spécialisés (Bernier, 2009, Bouchard *et al.*, 2010; Drolet *et al.*, 2017; Garcia *et al.*, 2014), les soins de réadaptation (Bélanger *et al.*, 2018) et les soins de santé mentale dans les régions éloignées de faible densité de francophones (Atlantic Evaluation Group Inc., 2013; van Kemenade et Forest, 2019).

Puisque plusieurs francophones qui trouvent important de se faire servir en français ne le demandent pas, l'absence d'offre active paraît être une barrière à recevoir des SEF. L'offre active est d'autant plus importante que plusieurs études notent un manque d'informations sur les endroits qui offrent des SEF (Bouchard *et al.*, 2010; de Moissac 2016; Kubina *et al.*, 2018; Léger, 2020; van Kemenade et Forest, 2019) ainsi que l'absence de répertoire de fournisseurs de SEF ou de mécanismes formels de coordination entre les organismes offrant ces services (Kubina *et al.*, 2018). Malgré l'importance de l'offre active perçue par les usagers, les professionnels ne connaissent pas tous ce concept ou ne le mettent pas toujours en pratique (Bélanger *et al.*, 2018). Dans une étude par de Moissac et Bowen (2017), seul un quart des personnes répondantes disaient avoir reçu une offre active de SEF. En entrevues, des francophones précisent que les services sont plus souvent spontanément offerts en anglais sauf dans les cliniques francophones ou dans des situations où ils étaient déjà connus du personnel (Bouchard *et al.*, 2010). Il leur arrive d'être abordés en anglais même par du personnel francophone (Savard *et al.*, 2020).

Certaines règles administratives limitent l'accès à des SEF, même lorsque ceux-ci sont disponibles. Par exemple, certains mécanismes de triages géographiques limitent l'accès à des services désignés pour des personnes habitant légèrement hors de la zone desservie, ou encore, des francophones sont dirigés vers un établissement non désigné parce que l'établissement désigné a atteint sa pleine capacité en servant autant de personnes francophones qu'anglophones (Savard *et al.*, 2020).

Enfin, les services professionnels d'interprétation semblent peu utilisés et pas toujours disponibles pour pallier l'absence de professionnels pouvant s'exprimer en français. Dans une étude par de Moissac et Bowen (2017), seuls 3 % de personnes répondantes demandent un service d'interprétation même si 23 % pensent que ce service faciliterait l'accès aux soins. Certains notent que le service n'est pas accessible en tout temps (de Moissac et Bowen, 2019). Dans deux études auprès de nouveaux arrivants francophones démontrant une préférence pour des SEF, en l'absence de ceux-ci, le service d'interprétariat était peu utilisé (Ngwakongnwi *et al.*, 2012; Poullos, 2018) et plusieurs personnes répondantes disaient préférer se faire accompagner de membres de leur famille (Poullos, 2018).

Malgré l'expérience de ces barrières, seule une faible proportion de francophones ont porté plainte lorsqu'un SEF n'était pas disponible, soit 2 % dans une étude de cinq régions à faible densité de francophones (de Moissac et Bowen, 2017) et 13 % dans une étude franco-manitobaine (de Moissac *et al.*, 2015).

2.6 Les conséquences du manque de services en français

De façon générale, les francophones en situation de discordance linguistique rapportent une plus grande difficulté à établir une bonne relation de confiance avec le ou la prestataire de soins (Garcia *et al.*, 2014; Tardif et Dallaire, 2010), une moins bonne satisfaction avec le service reçu (Timony *et al.*, 2022) ainsi qu'une perte de confiance et une insatisfaction envers le système de santé (Bouchard *et al.*, 2010; de Moissac et Bowen, 2019; Éthier *et al.*, 2012; Lacaze-Masmonteil *et al.*,

2013; Ngwakongnwi *et al.*, 2012). Des usagers décrivent l'expérience de discordance linguistique avec le médecin de famille comme étant insécurisante, inconfortable et provoquant un sentiment d'inaptitude (Jutras *et al.*, 2020). D'autres expriment aussi une perception de plus faible qualité des soins (de Moissac et Bowen, 2019; Lemonde *et al.*, 2012; Ngwakongnwi *et al.*, 2012) et une crainte pour leur santé (Bélanger *et al.*, 2018). De plus, ne pas recevoir un SEF peut être perçu comme une atteinte aux droits linguistiques (Bélanger *et al.*, 2018) et plusieurs sont déçus de l'absence de volonté politique à offrir des SEF dans leur communauté (Éthier *et al.*, 2012).

Plusieurs conséquences au manque de SEF sont décrites en fonction du moment où elles peuvent survenir : avant, pendant ou après le service.

Avant le service, les francophones rapportent de longues attentes pour obtenir un SEF (Bélanger *et al.*, 2018; de Moissac et Bowen, 2017; Éthier *et al.*, 2012; Hien et Lafontant, 2013). Devant ce fait, certains doivent (ou choisissent de) se déplacer pour obtenir le SEF ailleurs (Bernier, 2009; de Moissac et Bowen, 2019) ou consulter en privé (van Kemenade *et al.*, 2021), avec les coûts que cela implique.

Plusieurs personnes qui acceptent un service en anglais indiquent le besoin de se préparer avant le service. Certains doivent chercher un accompagnateur (Bernier, 2009; Bouchard *et al.*, 2010; de Moissac et Bowen, 2019; Lemonde *et al.*, 2012) avec la crainte d'importuner un proche (Bouchard *et al.*, 2010) ou des risques de perte de confidentialité (de Moissac et Bowen, 2019). D'autres vont investir leur propre temps pour faire de la recherche afin de pouvoir traduire leurs préoccupations en anglais (Bernier, 2009; de Moissac et Bowen, 2019). Chez des francophones du Nord de l'Ontario, la préparation d'une rencontre avec leur médecin de famille qui ne parle pas français cause de l'appréhension avant la visite (Jutras *et al.*, 2020).

Enfin, d'autres personnes retardent leurs rendez-vous jusqu'à la dernière minute ou évitent de consulter par peur d'être incomprises ou de ne pas comprendre (Bouchard, Gagnon-Arpin *et al.*, 2012; de Moissac et Bowen, 2017; 2019; Ngwakongnwi *et al.*, 2012; RésoSanté Colombie-Britannique, 2016), avec le risque d'aggraver la condition de santé. Cet évitement est rapporté par 20 % des personnes répondantes de régions à faible densité de francophones (de Moissac et Bowen, 2017).

Durant le service de santé, les usagers qui rapportent des difficultés liées à la discordance linguistique décrivent des conséquences tels l'inconfort ou l'anxiété dans un environnement anglophone (Bélanger *et al.*, 2018; de Moissac et Bowen, 2019), des limites à s'exprimer ou s'expliquer (Bouchard *et al.*, 2010; Ngwakongnwi *et al.*, 2012; Zanchetta *et al.*, 2012), l'oubli ou l'omission de poser certaines questions (Jutras *et al.*, 2020; Lemonde *et al.*, 2012), ou une mauvaise compréhension de l'information transmise (de Moissac et Bowen, 2019). Certains vont même faire semblant de comprendre pour ne pas irriter le professionnel anglophone (de Moissac et Bowen, 2019).

Certains francophones rapportent que le processus de diagnostic ou de soins peut être rallongé, entre autres, par le fait que le professionnel consulté n'a pas compris rapidement leur problème (de Moissac et Bowen, 2019) ou par le besoin d'un retour au médecin de famille francophone pour mieux saisir le résultat de la consultation auprès d'un spécialiste anglophone (Garcia *et al.*, 2014).

Après le service, on rapporte des difficultés à suivre les instructions (de Moissac et Bowen, 2019) et l'automédication (Hien et Lafontant, 2013). Une personne a rapporté ne pas procéder à son suivi médical en raison de la discordance linguistique (Jutras *et al.*, 2020).

La langue des services peut avoir une influence différente sur l'expérience de soins de certains sous-groupes de la population. Par exemple, les SEF pour les enfants francophones sont jugés comme étant très importants (de Moissac, 2016; Léger, 2020), surtout dans les provinces de l'Atlantique et l'Ontario (Léger, 2020). Les personnes âgées francophones en situation minoritaire

sont considérées comme plus vulnérables à cause d'une combinaison de facteurs, par exemple maladie chronique, pauvre littératie et condition économique (Bouchard *et al.*, 2010; Garcia *et al.*, 2014; Lemonde *et al.*, 2012) et plus susceptibles d'éprouver des difficultés de communication reliées à une démence, à une perte auditive ou une aphasie (Atlantic Evaluation Group Inc., 2013; Sauvè-Schenk *et al.* 2020; Savard *et al.*, 2020).

Des situations de détresse ou des situations très émotionnelles peuvent entraîner des difficultés à utiliser sa langue seconde. Ces situations peuvent inclure les consultations en santé mentale (Drolet *et al.*, 2015; Levesque et de Moissac, 2018; Vandyk *et al.*, 2022; van Kemenade et Forest, 2019) et en oncologie (Austin, 2004), l'influence des médicaments et la gestion de la douleur en général (de Moissac et Bowen, 2019), ou lors de l'accouchement (Lacaze-Masmonteil *et al.*, 2013), ou les situations qui présentent un potentiel de double stigmatisation, par exemple, les services aux personnes qui vivent avec le VIH/SIDA (Samson et Spector, 2012) ou aux membres de la communauté LGBTQ2S (Prada *et al.*, 2021).

L'expérience des personnes immigrantes et nouveaux arrivants francophones dans le système de santé peut être plus complexe en raison de certaines réalités liées à leur culture d'origine (Hien et Lafontant, 2013), à leur moins bonne maîtrise de la langue anglaise, souvent leur 3^e langue (Zanchetta *et al.*, 2012), ou à leur arrivée dans un nouveau pays (par exemple, manque de couverture d'assurances, connaissances limitées du système de santé canadien) (Ngwakongnwi *et al.*, 2012; Poulos, 2018, Zanchetta *et al.*, 2012). De fait, les immigrantes et les immigrants francophones semblent proportionnellement plus nombreux que la population générale à préférer recevoir des SEF (Hien et Lafontant, 2013) (voir tableau 2 de l'annexe en ligne). Au Manitoba, les nouveaux arrivants francophones étaient plus susceptibles que l'ensemble de la population franco-manitobaine d'attendre pour avoir des SEF et de se faire accompagner par un interprète (de Moissac *et al.*, 2015).

2.7 La navigation du système pour obtenir des services en français

Dans un contexte où il y a généralement une pénurie de SEF, certains rapportent utiliser plusieurs stratégies pour trouver et obtenir un service en français. Plusieurs personnes répondantes utilisent l'Internet (Léger, 2020; van Kemenade et Forest, 2019), des répertoires des services de santé identifiant les SEF, des brochures ou publicités bilingues (de Moissac, 2016). D'autres utilisent les lignes d'assistance téléphonique (de Moissac, 2016; Éthier *et al.*, 2012; Léger, 2020) ou appellent ou visitent directement la clinique ou l'hôpital (Léger, 2020). Le réseau de relations permet aussi de trouver des SEF, par exemple en posant des questions à des membres de la famille, des connaissances, ou des membres de groupes d'entraide (Atlantic Evaluation Group Inc., 2013; Bouchard *et al.*, 2010; de Moissac, 2016; Drolet *et al.*, 2015; Éthier *et al.*, 2012; Léger, 2020; Savard *et al.*, 2020).

Si quelques structures sont en place pour aider à naviguer le système de santé en français, souvent c'est une personne pivot (par exemple, une intervenante très motivée ou un proche aidant proactif) qui facilite ce processus. Drolet *et al.* (2015) identifient cinq stratégies gagnantes mises en place par les proches aidants pour obtenir des SEF : s'engager pleinement, prendre les choses en main, acquérir une connaissance approfondie du fonctionnement du réseau de la santé, tirer avantage des contacts et parfois contourner les règles. Ces stratégies leur permettent d'identifier les intervenants engagés et de faire appel à leur aide.

2.8 Travaux en cours

Quelques études canadiennes en cours dont les résultats ont été présentés à des conférences apportent de nouvelles perspectives pour mieux saisir les perceptions des francophones à l'égard de leur accès aux SEF et de l'utilisation des technologies en santé pour améliorer cet accès.

Puisque l'offre active constitue une stratégie privilégiée pour améliorer l'accès à des services dans la langue officielle minoritaire, il y a lieu de mesurer l'impact de la mise en oeuvre de cette stratégie sur les usagers. Un questionnaire a été développé pour permettre aux usagers de partager leur expérience à l'égard de l'offre active de services sociaux et de santé dont ils ont pu bénéficier. Ce questionnaire, créé et validé auprès d'experts et d'usagers francophones et anglophones, est conçu pour générer un tableau de bord avec les résultats, ce qui facilite le suivi par l'équipe de recherche et les administrateurs (Pignac, 2022; Sauvé-Schenk *et al.*, 2022).

Une équipe de l'Institut du Savoir Montfort utilise des messages de promotion de la santé distribués par voie numérique par les fournisseurs de soins de santé primaires à l'ensemble de leur clientèle et accompagnés de courts sondages pour tenter de répondre aux questions suivantes : Les CLOSM ont-ils un accès égal aux soins primaires et aux services spécialisés par rapport aux groupes linguistiques majoritaires? Quels sont les besoins non comblés en matière d'information sur la santé et les ressources communautaires déclarés par les membres des CLOSM (Johnston et Hogg, 2022)?

L'utilisation de technologies numériques en santé pourrait être une solution pour pallier la pénurie de fournisseurs de soins en français dans plusieurs communautés francophones en situation minoritaire et améliorer l'accès à des SEF. Cette utilisation présente par contre plusieurs défis, dont la satisfaction des usagers qui reçoivent un service à distance (Dorion, 2022) et l'acceptabilité sociale du recours à cette technologie (voir Grosjean *et al.* dans ce numéro). Dans la même veine, *Marche vers le futur* est un programme de prévention de chutes offert par vidéoconférence dans des communautés où les ressources en français sont limitées, qui a fait ses preuves quant à la sécurité de la réalisation d'exercices démontrés à distance par un professionnel et à l'amélioration des capacités physiques des participants et des participantes (Savard *et al.*, 2018). Une étude est en cours pour documenter les perceptions des personnes âgées et des intervenants afin de faire ressortir les stratégies favorisant l'accès, l'adoption, l'implantation et la pérennité du programme (O'Neil *et al.*, 2022).

3. Discussion

Cette synthèse sur l'expérience des francophones à l'égard des SEF met en évidence les préférences, la demande, les expériences d'accès et les impacts des barrières linguistiques sur la communication efficace dans les soins. Selon les enquêtes réalisées auprès des francophones en situation minoritaire, l'expérience de soins est complexifiée par des besoins diversifiés en fonction du profil langagier et du type de service voulu ainsi que par une offre de SEF variable selon le contexte juridique et démographique de chaque province ou territoire. Bien qu'un grand nombre de francophones trouvent important que les services sociaux et de santé soient disponibles en français et que plusieurs d'entre eux préfèrent recevoir leurs SEF, un plus petit nombre en font la demande. L'identité francophone, la densité de francophones et le statut de la langue française dans la communauté ainsi que les actions d'offre active sont liés à la demande d'un service en français. Cette demande est aussi influencée par la perception de l'inexistence des SEF, d'une attente trop longue ou d'une distance trop grande à parcourir pour les obtenir ainsi que par une difficulté à naviguer le système afin de les repérer. L'absence de SEF génère de l'insatisfaction, une perte de confiance envers le système, une moins bonne relation avec les prestataires de soins, de l'insécurité avant et pendant la visite ainsi que des retards dans les soins et une crainte pour sa santé.

Plusieurs études portent sur les expériences de soins de certaines sous-populations qui sont plus vulnérables aux effets de la discordance linguistiques, par exemple les francophones âgés et les immigrants et immigrantes francophones. On remarque le manque de données sur certaines

autres sous-populations aussi identifiées comme prioritaires pour obtenir des services dans leur langue, par exemple, les enfants.

Les caractéristiques sociodémographiques et linguistiques des communautés francophones en situation minoritaire se diversifient au Canada. Certains francophones parlent plus d'une langue et ont le français comme première langue officielle parlée parmi plusieurs autres ainsi qu'une faible connaissance de l'anglais, alors que d'autres ont appris le français et l'anglais presque simultanément, mais dans des contextes différents. Certains parlent un français standard, d'autres parlent un français empreint de régionalisme ou d'anglicisme, menant parfois à de l'insécurité linguistique. Davantage de recherche est nécessaire pour comprendre l'impact de ces différences linguistiques sur le besoin de SEF. Par exemple, si l'insécurité linguistique explique une propension à penser que passer un test cognitif en anglais serait plus facile qu'en français (Sauvé-Schenk *et al.*, 2020), on peut se demander si c'est vraiment le cas. En outre, une étude pilote a démontré que les francophones bilingues obtiennent en moyenne de meilleurs résultats quand ils passent leur test de dépistage cognitif en français plutôt qu'en anglais. (Savard *et al.*, 2022).

On peut souhaiter que l'accès aux SEF s'améliore grandement après 20 ans d'investissement dans les programmes de formation professionnelle en français par le CNFS et dans la sensibilisation à l'offre active (Savard *et al.*, dans ce numéro) ainsi qu'avec l'intégration progressive des technologies numériques dans les soins. À ce sujet, le rapport du Commissariat aux services en français de l'Ontario (2019) recommande d'accroître la disponibilité de plateformes technologiques comme priorité pour répondre aux besoins des francophones.

Les données quantitatives semblent montrer une amélioration de l'accès à des SEF, principalement pour les soins infirmiers et les soins des médecins de famille, entre l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle de 2006 et le sondage Léger de 2020, quoique les questions entre les deux enquêtes diffèrent. Les données pour les autres types de professionnels ne sont disponibles que dans des enquêtes récentes. Il serait important de reproduire des études utilisant les mêmes méthodologies pour suivre l'évolution temporelle de l'accès aux SEF.

Au fil des années, des changements législatifs et de politiques publiques ont été mis en place et peuvent avoir influencé la perception des francophones quant à l'accès aux services dans leur langue. Selon Léger (2020), près d'un cinquième des personnes répondantes francophones ont perçu une amélioration de l'accès dans la dernière décennie. Ce sont les francophones en Ontario qui sont les plus enclins à rapporter une amélioration. On peut supposer que l'action des entités de planification des SEF, créées en 2010 par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, contribue à cette amélioration.

La comparaison des données de l'EVMLO et du sondage Léger montre aussi une plus faible proportion de personnes répondantes qui associent le manque de SEF à l'absence de professionnels pouvant les offrir, ce qui pourrait être le fait d'une plus grande sensibilisation des francophones aux multiples difficultés en matière d'offre de SEF.

Ce type de constat fait à l'aide de données d'enquêtes populationnelles ne nous permet de faire que des hypothèses sur les liens entre l'accès à des SEF et la mise en place d'actions visant à faciliter cet accès au niveau local, régional ou provincial. Des mesures de l'expérience patient réalisées en conjonction avec l'implantation de telles actions nous permettraient de mieux cerner l'impact d'actions précises.

Les limites d'une synthèse reposent sur la qualité des études originales, les mesures et les définitions de la population. Lors des enquêtes nationales, l'étude des petites populations francophones pose toujours des problèmes méthodologiques d'échantillonnage et de représentativité. Même une enquête postcensitaire aussi robuste que l'EVMLO doit généralement limiter son degré de raffinement géographique à celui des provinces, et pour le Nouveau-

Brunswick et l'Ontario plus dense en population francophone, aux grandes régions pour lesquelles il est possible d'obtenir des estimations fiables (Corbeil *et al.*, 2007). Ces enquêtes ne permettent pas de distinguer l'expérience des personnes vivant en milieu urbain de celles vivant en milieu rural. C'est une limite importante, considérant qu'une grande proportion des francophones vivent en milieu rural où l'offre de services de santé est plus limitée. L'enquête de Forgues et Landry (2014) ciblait les populations qui se situent dans des aires de dissémination géographique où habitent au moins 10 % de francophones, ce qui a comme conséquence de sous-représenter des francophones davantage minorisés. Enfin, dans un sondage web comme celui de Léger, bien qu'elles aient été pondérées afin de représenter la composition démographique de la population cible, les données reposent sur des personnes volontaires pour être sondées. L'extrapolation des résultats d'un tel sondage à la population cible est risquée (Léger, 2020).

La diversité des méthodes rend les comparaisons souvent difficiles, surtout lorsque les questions, catégories de réponses possibles, ou regroupements utilisés pour présenter les résultats ou la définition utilisée pour inclure les francophones diffèrent d'une étude à l'autre. Par exemple, plusieurs questions du sondage Léger (2020) ont été présentées aux francophones seulement s'ils avaient choisi le français comme langue de préférence pour leurs services, alors que plusieurs francophones peuvent ne pas préférer leurs SEF pour plusieurs raisons, dont la non-disponibilité de ceux-ci, et non parce qu'ils n'en ont pas besoin (Diaz Pincent Mercier Inc., 2021). D'autres auteurs choisissent d'inclure toutes les personnes ayant le français comme langue maternelle ou comme première langue officielle parlée.

Enfin, si elles n'autorisent pas à tirer des conclusions quant à la population générale, les études qualitatives permettent d'approfondir certaines dimensions de l'expérience des francophones à l'égard des SEF ou de leur absence.

Conclusion

Cette recension exhaustive analyse plus de 20 ans d'écrits scientifiques. Elle permet de faire un état des connaissances utile pour orienter de futures recherches. Nous avons pu identifier un besoin pour des recherches plus détaillées de différentes sous-populations, des analyses géographiques plus raffinées et des études d'impact des politiques de services en français sur l'expérience patient. Si la performance des systèmes de santé inclut la mesure de l'expérience patient, il serait important de faire l'analyse distincte de cette expérience pour les francophones en contexte linguistique minoritaire. Cette mesure devrait être intégrée dans les systèmes de collecte de données pour bien rendre compte de l'impact des efforts d'amélioration des services.

Il reste encore beaucoup à faire pour que les francophones en situation minoritaire vivent une véritable équité d'accès à des services de santé de qualité qui répondent aux besoins linguistiques et que l'on dispose de données probantes de leur expérience pour soutenir cette amélioration.

Remerciement

La Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa et de l'Institut du savoir Montfort sur la santé des francophones de l'Ontario pour le financement de cette synthèse de connaissances.

Notes

[1] « Expérience patient » ou « expérience de l'utilisateur » sont les expressions courantes pour décrire le rôle actif des bénéficiaires de soins considérés comme les meilleurs juges de l'appréciation de ces services.

[2] (https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/experience_francophones_resultats_complementaires.pdf)

[3] Au Canada, la *Loi sur les langues officielles* (1985) régit l'utilisation des deux langues officielles dans les organismes fédéraux. Puisque les services de santé sont de juridiction provinciale, les différentes réglementations provinciales s'appliquent aux services de santé. Par ex., au Nouveau-Brunswick, province officiellement bilingue, tous les services de santé gouvernementaux doivent être offerts dans les deux langues. En Ontario, au Manitoba, à l'Île-du-Prince-Édouard, la législation oblige l'offre de services en français dans des institutions désignées (Foucher, 2017).

[4] L'offre active peut être définie simplement comme « ... une invitation, verbale ou écrite, à s'exprimer dans la langue officielle de son choix. L'offre de parler dans la langue officielle de son choix doit précéder la demande de services » (Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012, p. 46).

[5] En Ontario, les établissements ou organismes privés offrant des services de santé peuvent faire une demande afin d'être désignés pour offrir des services en français. Les prestataires de services qui sont désignés s'engagent à protéger et à promouvoir leur offre de services en français de qualité, et ce, en vertu de la Loi (Ontario Newsroom, 2022).

Bibliographie

Agrément Canada. (s.d.). *Programme de reconnaissance des langues officielles*.

Atlantic Evaluation Group Inc. (2013). *Soins à domicile en français. Rapport final*. Réseau des services de santé en français de l'Î.-P.-É.

Austin, S. (2004). Une étude sur le vécu des femmes francophones atteintes du cancer du sein. *Les cahiers de la femme*, 24(1), 43-44. Récupéré le 18 octobre de (<https://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/view/6175>)

Bélanger, R., Mayer-Crittenden, C., Mainguy, J. et Coutu, A. (2018). Enquête sur l'offre active pour les services auxiliaires de santé du Nord-Est de l'Ontario. *Reflets*, 24(2), 212-247. (<https://doi.org/10.7202/1053869ar>)

Bernier, C. (2009). Citoyens de deuxième classe? Perceptions de la santé et du système de soins chez les francophones du Nord-Est de l'Ontario. *Francophonie d'Amérique*, 28, 115-138. (<https://doi.org/10.7202/044985ar>)

Bouchard, L., Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M. et Dufour, S. (2010). *Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : une étude qualitative exploratoire*. Consortium national de formation en santé.

Bouchard, L., Beaulieu, M. et Desmeules, M. (2012). L'offre active des services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38-65. (<https://doi.org/10.7202/1013173ar>)

Bouchard, L., Gagnon-Arpin, I. et Makvandi, E. (2012). *Rapport d'enquête d'évaluation des besoins et des services de santé des francophones du Sud-Est*. Université d'Ottawa.

- Bouchard, L., Makvandi, E., Sedigh, G. et van Kemenade, S. (2014). *The health of the Francophone population aged 65 and over in Ontario. A region-by-region portrait based on the Canadian community health survey (CCHS)*. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario et Université d'Ottawa.
- Bouchard, L., Sedigh, G., Sucha, E. et van Kemenade, S. (2014). *The health of Francophone men and women in Ontario. A region-by-region portrait on the Canadian community health survey (CCHS)*. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario et l'Université d'Ottawa.
- Corbeil, J.-P., Grenier, C. et Lafrenière, S. (2007). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*. Statistique Canada. [www150.statcan.gc.ca \(https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-548-x/91-548-x2007001-fra.pdf?st=3zc8PVNx\)](http://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-548-x/91-548-x2007001-fra.pdf?st=3zc8PVNx)
- Commissariat aux langues officielles. (2020). *Une question de respect et de sécurité : l'incidence des situations d'urgence sur les langues officielles*. Gouvernement du Canada.
- Commissariat aux services en français de l'Ontario. (2019). *Épilogue d'une institution franco-ontarienne. Rapport annuel 2018-2019*. Gouvernement de l'Ontario.
- Corbeil, J.-P. et Lafrenière, S. (2010). *Portrait des minorités de langue officielle au Canada : les francophones de l'Ontario*. Statistique Canada. [www150.statcan.gc.ca \(https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf?st=Qsv3JcN8\)](http://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf?st=Qsv3JcN8)
- de Moissac, D. (2016). *Accès aux services de santé et d'interprète accompagnateur : l'expérience des communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada. Rapport de recherche-Projet INTACC*. Société Santé en français.
- de Moissac, D. et Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Healthcare management forum*, 30(4), 207-212. (<https://doi.org/10.1177/0840470417706378>)
- de Moissac, D. et Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. (<https://doi.org/10.1177/2374373518769008>)
- de Moissac, D., Giasson, F. et Roch-Gagné, M. (2015). Accès aux services sociaux et de santé en français : l'expérience des Franco-Manitobains. *Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society*, 6, 42-65. (<https://doi.org/10.7202/1033189ar>)
- de Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L. et Reissing, E. (2017). Besoins et services en français en matière de sexopérinatalité chez les couples parentaux franco-ontariens. *Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society*, 8, 59-82. (<https://doi.org/10.7202/1040311ar>)
- Deveau, K., Landry, R. et Allard, R. (2009). *Utilisation des services gouvernementaux de langue française. Une étude auprès des Acadiens et francophones de la Nouvelle-Écosse sur les facteurs associés à l'utilisation des services gouvernementaux en français*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Diaz Pinsent Mercier Research Inc. (2021). *Accès aux services en santé dans la langue officielle de leur choix par les minorités francophones hors Québec. Analyse de données secondaires*. Consortium national de formation en santé.
- Dorion, M. (2022, juin). *La télémédecine et ses enjeux : un levier pour rehausser l'accès à des services en français dans les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire (CFASM) [communication]*. Webinaires Société Santé en français de la série Découverte.
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. et Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Revue canadienne de service social*, 32(1-2), 5-26. (<https://doi.org/10.7202/1034141ar>)

- Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Lagacé, J., Arcand, I., Kubina, L.-A. et Benoît, J. (2017). L'expérience des francophones dans l'Est ontarien : importance des personnes pivots (usagers et intervenants) et influence des structures encadrant le système de santé et des services sociaux. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 143-166). Presses de l'Université d'Ottawa. (<https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdcp0.12>)
- Dubé-Linteau, A. (2017). *Mesure de l'expérience patient par enquête : des concepts aux bonnes pratiques*. Institut de la statistique du Québec.
- Éthier, S., Ba, H., Belzile, L., Gagné, M. et Roch-Gagné, M. (2012). *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 5 – Description des expériences de trajectoires individuelles de soins de santé en français pour les aînés* [rapport bilingue]. Université de Saint-Boniface.
- Forgues, É. et Landry, R. (2014). *L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire. Rapport final*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Foucher, P. (2017). Services de santé en français au Canada : l'état du droit. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (chap. 3, p. 77-98). Presses de l'Université d'Ottawa. (<https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdcp0.9>)
- Gaboreau, F., Negura, L. et Moreau, N. (2018). Les enjeux intersectionnels de la demande de services de santé mentale au Canada : la situation de jeunes femmes dépressives francophones. *Revue canadienne de service social*, 35(1), 27-44. (<https://doi.org/10.7202/1051101ar>)
- Gagnon-Arpin, I., Bouchard, L., Leis, A. et Bélanger, M. (2014). Accès et utilisation des services de santé en langue minoritaire. Dans R. Landry (dir.), *La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada* (p. 195-221). Presses de l'Université Laval.
- Garcia, L. J., McCleary, L., Emerson, V., Léopoldoff, H., Dalziel, W., Drummond, N., Cohen, C., Koehn, S. et Silvius, J. (2014). The pathway to diagnosis of dementia for Francophones living in a minority situation. *The Gerontologist*, 54(6), 964-975. (<https://doi.org/10.1093/geront/gnt121>)
- Hien, A. et Lafontant, J. (2013). Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Revue canadienne de santé publique*, 104(6), 75-78. (<http://dx.doi.org/10.17269/cjph.104.3472>)
- Johnston, S. et Hogg, B. (2022, mai). *Étude des messages de santé numériques transmis par les prestataires de soins primaires à leurs patients : identification des besoins d'information non satisfaits des francophones* [communication à un colloque de l'ACFAS].
- Jutras, C., Gauthier, A. P., Timony, P. E., Côté, D. et Kpazai, G. (2020). Expérience de francophones en Ontario chez leur médecin de famille : concordance et discordance linguistique. *La Revue de la Diversité de la Recherche en Santé*, 3, 12-33. (<https://doi.org/10.28984/drhj.v3i0.310>)
- Kubina, L.-A., de Moissac, D., Savard, J., Savard, S. et Giasson, F. (2018). *Les services sociaux et de santé pour les personnes âgées francophones de l'Est ontarien et du Manitoba : lignes directrices pour améliorer la continuité des services en français*. Groupe de recherche sur la formation professionnelle en santé et service social en contexte francophone minoritaire.
- Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L. et Vaillancourt, C. (2013). Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse. *Revue canadienne de santé publique*, 104(6), 65-70. (<https://doi.org/10.17269/cjph.104.3515>)
- Léger. (2020). *Perceptions des communautés de langue officielle en situation minoritaire : accès aux services de santé dans la langue officielle de son choix. Rapport final*. Santé Canada.
- Lemonde, M., Boudreau, F. et Dufour, S. (2012). *Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour les personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : partage des connaissances et rétroaction. Rapport de recherche*. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario.

- Levesque, A. et de Moissac, D. (2018). Identité ethnolinguistique, continuité culturelle et santé mentale chez les jeunes Franco-Manitobains : une analyse exploratoire. *Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society*, 9, 185-206. (<https://doi.org/10.7202/1043502ar>)
- Ngwakongnwi, E., Hemmelgarn, B. R., Musto, R., Quan, H. et King-Shier, K. M. (2012). Experiences of French speaking immigrants and non-immigrants accessing health care services in a large Canadian city. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(10), 3755-3768. (<https://doi.org/10.3390/ijerph9103755>)
- Sauvé-Schenk, K., Savard, J., Savard, S., Prud'homme, D., van Kemenade, S., Le Callonnec et L., Pignac, S. (2022, novembre). *Évaluation de la mise en oeuvre de services en français en contexte minoritaire : développement d'un questionnaire sur l'expérience des usagers*. Groupe de recherche sur la formation et les pratiques en santé et service social en contexte francophone minoritaire.
- Savard, J., Ali Meyers, A., Carrière, Z., Yelle, D. et Pidgeon, E. (2022, mai). *Comparaison des performances au Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en anglais et en français chez les personnes bilingues ayant le français comme langue maternelle* [communication à un colloque de l'Acfas].
- Savard, J., Labossière, S., Cardinal, D., Pinet, B. et Borris, C. (2018). Évaluation de Marche vers le futur, un programme novateur de prévention des chutes offert par videoconference. *La Revue canadienne du vieillissement*, 37(4), 363-376. (<https://doi.org/10.1017/S0714980818000326>)
- Statistique Canada. (2021). *Première langue officielle parlée de la personne*. Récupéré le 28 mars 2023 de www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=34004 (https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=34004)
- al of Environmental Research and Public Health*, 9(10), 3755-3768. (<https://doi.org/10.3390/ijerph9103755>)
- O'Neil, J., Cardinal, D., Marchand, S., Handrigan, G. et Savard, J. (2022, mai). *Les stratégies favorisant l'accès, l'adoption, l'implantation et la pérennité du programme de télésanté Marche vers le Futur* [communication à un colloque de l'Acfas].
- Ontario Newsroom (2022, 23 février). *L'Ontario améliore le processus de désignation des*
- Picker Institute Europe. (2023). *The Picker principles of person centred care*.
- Pignac, S. (2022, mai). *Évaluation de la mise en oeuvre de mesures d'OA en français en contexte minoritaire : développement d'un questionnaire aux usagers* [communication à un colloque de l'Acfas].
- Poulios, N. (2018). *Immigration et santé. Où en sont les francophones? Une enquête sur l'état de santé des immigrants francophones en Colombie-Britannique*. RésoSanté Colombie-Britannique. (https://savoir-sante.ca/fr/content_page/download/365/561/21?method=view)
- Prada, K., de Moissac, D. et Gueye, N. R. (2021). *Des nôtres : une analyse des besoins des personnes LGBTQ2S d'expression française du Manitoba*. Collectif LGBTQ du Manitoba et Université de Saint-Boniface.
- RésoSanté Colombie-Britannique. (2016). Consultation publique sur l'accès aux services de santé en français [rapport]. Santé publique du Canada.
- Samson, A. A., et Spector, N. M. P. (2012). Francophones living with HIV/AIDS in Ontario: The unknown reality of an invisible cultural minority. *AIDS Care*, 24(5), 658-664. (<https://doi.org/10.1080/09540121.2011.630350>)
- Sauvé-Schenk, K., Dubouloz-Wilner, C.-J., Egan, M. et Kristjansson, E. (2020). Challenges faced by bilingual stroke survivors in the healthcare system: Unique considerations. *Linguistic Minorities and Society*, (13), 49-64. (<https://doi.org/10.7202/1075422ar>)
- Savard, J., Bigney, K., Kubina, L.-A., Savard, S. et Drolet, M. (2020). Structural facilitators and barriers to access to and continuity of French-language healthcare and social services in Ontario's Champlain region. *Healthcare Policy*, 16(1), 78-94. (<https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26289>)

Tardif, C. et Dallaire, C. (2010). La satisfaction des patients francophones de l'Est de l'Ontario traité en réadaptation à domicile. *Francophonies d'Amérique*, 30, 61-88. (<https://doi.org/10.7202/1005881ar>)

Timony, P., Gauthier, A., Wenghofer, E. et Hien, A. (2022). The impact of linguistic concordance and the active offer to French language services on patient satisfaction. *Diversity of Research in Health Journal*, 5(1). (<https://doi.org/10.28984/drhj.v5i2.359>)

van Kemenade, S., Bouchard, L., Savard, J., Savard, S., Oukouomi, G. et Michel, J. N. (2021). *Pratiques novatrices en santé mentale pour les populations de langue officielle minoritaire à Terre-Neuve-et-Labrador (T.N.-L.) et dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.)*. Université d'Ottawa, Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa et de l'Institut du Savoir Monfort sur la santé des francophones de l'Ontario et le GReFoPS.

van Kemenade, S. et Forest, M. (2019). *Services de santé mentale et de dépendance à Terre-Neuve-et-Labrador. Les besoins des francophones et des Acadiens dans cinq communautés de la province*. Réseau Santé en français de Terre-Neuve-et-Labrador.

Vandyk, A., Lightfoot, S., Levesque, K., Domecq, M.-C. et Jacob, J. D. (2022). Les expériences de patients francophones qui se présentent fréquemment à l'urgence pour des raisons de santé mentale. *Recherche en soins infirmiers*, 150(3), 79-88. (<https://doi.org/10.3917/rsi.150.0079>)

Zanchetta, M. S., Kaszap, M., Mohamed, M., Racine, L., Maheu, C., Masny, D., Cèsar, I., Maltais, C., Sangwa-Lugoma, G., Lussier, N. et Kinslikh, D. (2012). Construction of Francophone families health literacy in a linguistic minority situation. *Alterstice*, 2(2), 47-62.

Législation

Loi sur les langues officielles, L. R. C. (1985), chap. 31 (4^e suppl.).

Loi sur les services en français, L. R. O. (1990), chap. F.32