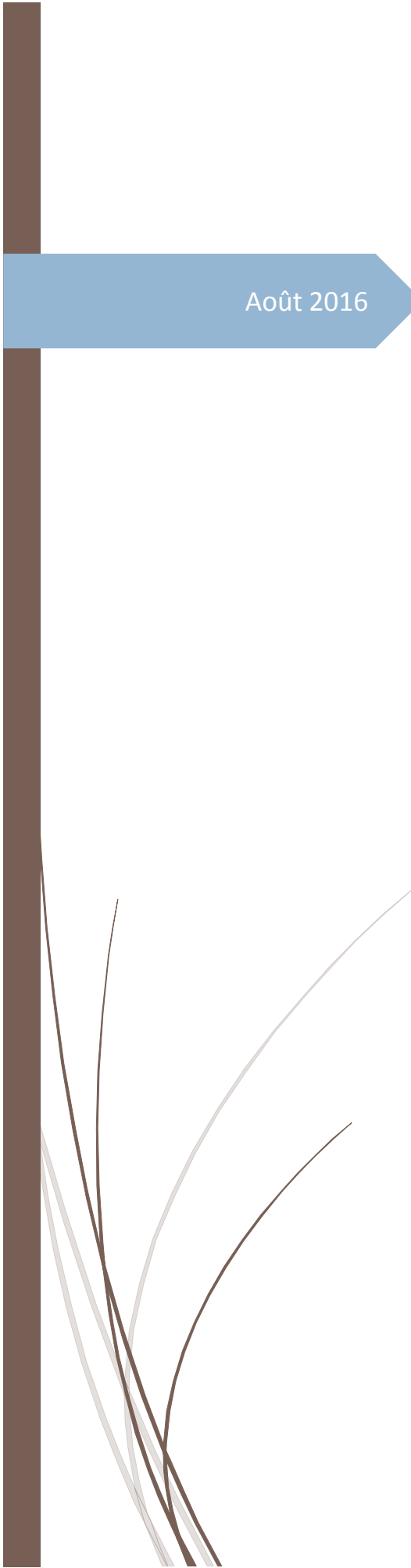




Août 2016

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
Déposé à la Société Santé en français

Danielle de Moissac
UNIVERSITÉ DE SAINT-BONIFACE

Cette recherche est menée conjointement avec un projet pancanadien de mise en œuvre de services d'interprétariat, de navigation ou d'accompagnement (Modèles de services d'interprétariat et d'accompagnement pour faciliter l'accès aux services de santé des communautés acadienne et francophones vivant en situation minoritaire) de la Société Santé en français. Nous tenons à remercier les partenaires communautaires et les réseaux régionaux du Mouvement Santé en français qui ont contribué à cette étude et ont facilité le recrutement des participants. Ces collaborateurs sont le Réseau santé en français de Terre-Neuve-et-Labrador, le Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario, le Centre de santé communautaire CHIGAMIK, le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario, l'Accueil francophone de Thunder Bay, le Réseau Santé en français de la Saskatchewan, Volontaires unis dans l'action au Canada - Alberta (CANAVUA) et le Partenariat communauté en santé du Yukon. Sans leur appui, cette étude n'aurait pu être réalisée.

Nous tenons également à remercier les membres de l'équipe de recherche, soit Sarah Bowen, Yves Couturier et Anne Leis, qui ont contribué à l'élaboration du projet de recherche et à la rédaction du rapport final. Leurs conseils judicieux ont été grandement appréciés.

Finalement, cette étude a pu être réalisée grâce à un financement du Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de Santé Canada.



Points saillants	v
Constats.....	v
Recommandations	v
Résumé	vi
Introduction	1
Contexte de l'étude	1
Objectif de recherche	4
Méthodologie.....	5
Population, échantillonnage et recrutement.....	5
Éthique	6
Méthodologie et outils.....	6
Analyses.....	6
Résultats.....	7
Profil des participants	7
Profil des participants au sondage	7
Profil des participants aux entrevues semi-dirigées	11
Profil des interprètes-accompagnateurs participant à l'étude	11
Accès aux services sociaux et de santé en français.....	12
Facilitateurs disponibles améliorant l'accès.....	15
Barrières à l'accès.....	18
L'importance de la concordance de langue	21
Populations vulnérables	22
Situations de vulnérabilité.....	22
Pourquoi la concordance de langue importe	23
Impact de la discordance de langue sur l'accès aux soins et la qualité du service	25
Pratiques courantes en interprétariat-accompagnement en milieu minoritaire	26
Les rôles et responsabilités des interprètes-accompagnateurs.....	27
Formation en interprétariat	27
Défis associés à l'interprétariat-accompagnement.....	28
Perception de la qualité des services d'interprétariat-accompagnement.....	30
Améliorations suggérées.....	32

Discussion.....	33
Conclusions et recommandations.....	37
Références	39
Annexe 1. Profil de la population francophone et des services en langue française des six régions de l'étude	43
Annexe 2. Outils de collecte de données.....	45
Annexe 3. Tableaux des profils sociodémographiques des participants au sondage et des entrevues auprès des francophones.....	59
Annexe 4. Tableaux des résultats du sondage par région	62
Annexe 5. Tâches des interprètes-accompagnateurs.....	75

Points saillants

Constats

- L'accès aux services en français importe pour les francophones, quelle que soit leur aisance avec la langue majoritaire.
- La concordance de langue est nécessaire pour pouvoir bien décrire ses symptômes et ainsi recevoir les soins appropriés, bien comprendre les directives et bénéficier d'un appui émotionnel du prestataire de soins.
- Une proportion importante de francophones n'a pas recours à des services de santé en raison de la discordance de langue.
- Outre la non-consultation, la discordance de langue influence la santé et la qualité du service reçu. Le patient, dans une telle situation, souffre plus longtemps en raison d'examen supplémentaires qu'il doit subir, d'un traitement inapproprié, d'une attente prolongée pour un suivi ou d'une compréhension inexacte des consignes données par le prestataire de soins. Une consultation ultérieure pour un même problème de santé est souvent nécessaire en raison de soins inadéquats.
- Les services sociaux et de santé offerts en français dans les communautés francophones en situation minoritaire sont perçus comme étant limités; les systèmes de santé semblent être peu sensibles aux besoins des francophones et répondent faiblement aux défis associés à l'accès aux services dans la langue officielle minoritaire.
- Les barrières principales à l'accès aux services en français sont une pénurie de professionnels de la santé bilingues, une méconnaissance des services disponibles en français et une offre active insuffisante.
- Les pratiques fondamentales de l'offre active répondent au mieux aux besoins des francophones : le fait d'être consulté sur la langue de préférence, le recours à des professionnels de la santé bilingues de même que l'accès à des formulaires de santé et des services téléphoniques en français définissent principalement l'offre active. Ces pratiques sont essentielles en milieu hospitalier et à l'urgence, ainsi qu'auprès d'un médecin de famille et de conseillers en santé mentale.
- Les associations communautaires francophones jouent un rôle important dans la promotion des services de santé en français et dans l'accompagnement. Ces services ne sont toutefois pas appuyés financièrement mais plutôt offerts par des bénévoles, ce qui représente des défis importants.

Recommandations

- Augmenter le nombre de professionnels bilingues et promouvoir davantage la pratique de l'offre active en milieu linguistique minoritaire.
- Mettre sur pied et soutenir les services d'interprétariat avec un appui pour 1) la formation et l'évaluation linguistique des interprètes dans les deux langues officielles, 2) l'élaboration de pratiques et de politiques organisationnelles dans les milieux de santé et 3) l'évaluation de ces services afin de répondre aux standards de pratique minimaux.
- Développer une formation en interprétariat en français et à distance, accessible dans toutes les régions francophones minoritaires canadiennes.
- Explorer des modèles de services d'interprétariat et d'accompagnement combinés.
- Explorer l'utilisation de la technologie dans la promotion de services en français et d'outils de soutien ainsi que dans l'offre de services d'interprétariat à distance, rendant ainsi le service d'interprétariat disponible à un plus grand nombre de francophones en situation minoritaire.
- Mener une étude portant sur la perspective des gestionnaires et des professionnels de la santé non francophones qui ont une clientèle francophone et qui ont eu recours à des services d'interprète-accompagnateur pour avoir une vue d'ensemble des enjeux associés à l'offre de services en français.

Résumé

L'impact des barrières linguistiques sur la santé et l'accès aux services sociaux et de santé a récemment fait l'objet de plusieurs études. Au Canada, l'offre de services dans la langue officielle de choix du patient est de plus en plus reconnue comme une composante essentielle dans les systèmes de santé afin de réduire les inégalités de santé et de mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. À l'heure actuelle, deux stratégies sont mises de l'avant pour répondre aux besoins des patients dont la langue officielle de choix n'est pas la langue majoritaire dans leur province : 1) l'offre de services directs par un intervenant bilingue et 2) les services d'interprète ou de traduction. Dans les communautés francophones minoritaires à l'extérieur du Québec, l'offre de services directs est restreinte en raison d'une pénurie de professionnels de la santé bilingues. Pour répondre à cette lacune, certaines régions sociosanitaires ont développé des politiques de services en français et offrent des services d'interprétariat. D'autres régions se fient aux services d'accompagnement et d'interprétariat disponibles dans la communauté. Des standards de pratiques d'interprétariat minimaux ont été identifiés pour assurer une communication fidèle, sécuritaire et complète.

Dans les contextes où les demandes de services d'interprétariat sont faibles, comme cela peut se produire dans les communautés en régions rurales et éloignées, ou dans les communautés à faible densité de francophones, le rôle d'interprète est souvent amalgamé au rôle d'accompagnateur ou de navigateur en santé. Cependant, les rôles multiples au sein d'un poste de travail comprenant l'interprétariat, l'accompagnement et la navigation sont souvent mal définis. Il est essentiel que les compétences et les caractéristiques propres aux rôles de l'interprète-accompagnateur soient bien définies, non seulement pour l'interprète en question, mais aussi pour l'employeur et le public, qui doivent connaître les responsabilités et les limites professionnelles des interprètes-accompagnateurs. Certaines compétences sont associées à ces rôles, particulièrement en ce qui a trait aux capacités linguistiques et d'interprétariat et aux habiletés interpersonnelles. La formation en interprétariat est fortement recommandée; l'utilisation d'interprètes occasionnels non formés, que ce soient des membres de la famille, des amis ou même des professionnels de la santé, pose des risques importants pour le patient et le prestataire de soins car une illusion de communication adéquate peut masquer des erreurs telles que des omissions, des additions ou des substitutions de mots, de concepts ou d'idées, sans compter les enjeux d'éthique clinique inhérents à cette fonction. Un dépistage et une formation à point, ainsi qu'un processus d'évaluation du service d'interprétariat, ont été identifiés comme étant des éléments clés des meilleures pratiques dans le but d'assurer une prise de décisions éthiques, le respect des obligations légales et la prestation de soins de qualité.

Au Canada, un pays officiellement bilingue, peu de recherches portent sur les effets des barrières linguistiques quant à l'accès aux soins et à leur qualité pour les populations de langue officielle minoritaire vivant en milieu rural ou éloigné, ainsi que pour les communautés à faible densité de francophones. La présente étude cherche donc à combler cette pénurie de connaissances. Ses objectifs visent à mieux comprendre l'expérience de francophones et d'interprètes-accompagnateurs qui travaillent dans ces milieux à l'égard des services sociaux et de santé en français, plus particulièrement en ce qui a trait à l'offre active et aux services d'interprétariat, d'accompagnement et de navigation. Les résultats d'un sondage permettent d'identifier les facilitateurs et les barrières à cet accès et d'évaluer l'importance de la concordance de langue dans le domaine de la santé. Des entrevues individuelles auprès de francophones ayant eu recours à des services d'interprète-accompagnateur approfondissent nos

connaissances sur l'expérience vécue par ces personnes en présence d'un appui linguistique. Enfin, des entrevues avec des interprètes-accompagnateurs permettent d'offrir une perspective originale sur l'offre de services aux patients francophones et de décrire le rôle joué par les interprètes-accompagnateurs en santé dans l'amélioration de l'accès à des services en français en milieu minoritaire. Il est souhaité que ces résultats appuient les communautés, les décideurs publics, les établissements et les professionnels de la santé dans la planification des services offerts dans les langues officielles minoritaires, et qu'ils fournissent des preuves soutenues par la recherche suffisamment convaincantes pour susciter des recherches futures à ce sujet.

Près de trois cents francophones provenant de six régions canadiennes ont participé à l'étude. Le profil sociodémographique des répondants montre que ces derniers sont majoritairement francophones d'origine canadienne avec une scolarité universitaire et un revenu supérieur à la moyenne. Par ailleurs, la majorité des participants rapportent avoir de bonnes compétences linguistiques dans les deux langues officielles.

L'accès aux services de santé en français est perçu comme étant faible ou inexistant pour la majorité des répondants, qui affirment également que les systèmes de santé semblent peu conscients des besoins des francophones et ne répondent pas aux défis occasionnés par la langue. Bien que près de 40 % des répondants soutiennent chercher des services en français, plus de la moitié des participants ont recours aux services en anglais sans soutien pour la langue. Le cinquième n'a pas recours à des services de santé en raison de la discordance de langue. Peu se font accompagner par un proche qui agira à titre d'interprète ou demandent un service professionnel d'interprétariat, d'accompagnement ou de navigation. Le recours à un professionnel de la santé bilingue et la consultation d'un annuaire des services en français améliorent l'accès à des services dans cette langue. Par contre, les barrières prédominantes à cet accès, telles qu'identifiées par les répondants, sont la pénurie de professionnels bilingues, la méconnaissance des services de santé en français et d'interprétariat et le peu d'offre active.

La concordance de langue est essentielle dans le domaine de la santé et des services sociaux, en particulier pour les personnes davantage vulnérables, tels les enfants unilingues, les francophones nouvellement résidents d'une province anglophone et les personnes en détresse physique ou psychologique, atteintes de démence ou sous l'effet de médicaments. Certaines circonstances sont prioritaires, soit la consultation auprès d'un médecin de famille, dans des situations urgentes, lors d'une hospitalisation ou lors d'une intervention qui se rapporte à la santé mentale. Par ailleurs, les participants confirment l'importance de recevoir des services en français, quel que soit leur niveau de bilinguisme. La concordance de langue permet de bien communiquer ses besoins et de bien comprendre les consignes à suivre, mais également de recevoir un appui émotionnel du prestataire de soins.

Les participants soulignent que les barrières de langue ont un impact direct sur l'accès à des soins et services de qualité. Le manque d'accès se manifeste par la non-consultation, une souffrance ou un stress prolongé, des tests supplémentaires, des traitements non appropriés, des consignes mal suivies et des rendez-vous médicaux multiples pour un problème de santé non résolu. L'état de santé du patient demeure précaire jusqu'à ce que le prestataire de soins ait bien compris les besoins du patient et que ce dernier ait bien saisi les consignes proposées par le prestataire de soins.

En milieu minoritaire francophone, les services d'interprétariat professionnels semblent être peu connus et peu utilisés par les francophones. Néanmoins, les associations communautaires jouent un rôle

important dans la promotion des services de santé en français et dans l'accompagnement, soit par l'entremise d'un annuaire en ligne des services en français ou par la coordination de bénévoles pour interpréter et accompagner les clients. Quoiqu'apprécié par les bénéficiaires de cet appui, en particulier pour le soutien émotionnel, l'accompagnement par un non-professionnel pose des défis importants en ce qui a trait aux contraintes de disponibilité et aux inquiétudes liées à la confidentialité et au professionnalisme associés à ce rôle. Par ailleurs, les bénévoles reçoivent généralement peu de formation en lien avec l'interprétariat et ne bénéficient pas de soutien organisationnel dans les systèmes de santé. Les services d'interprétariat-accompagnement semblent également très appréciés des professionnels de la santé, selon la perspective des interprètes-accompagnateurs. Ces derniers affirment également que certains établissements de santé encouragent et financent ce service, car ils constatent une réduction du risque et une meilleure qualité de service.

Quatre constats principaux se dégagent des résultats de cette étude :

1. La concordance de langue importe pour les francophones, peu importe leur niveau de bilinguisme;
2. La discordance de langue a un impact négatif sur leur accès aux soins et la qualité des services reçus;
3. Une inégalité dans l'accès aux services se fait sentir, telle qu'observée par des services limités, une pénurie de professionnels bilingues et le peu d'offre active. Les services d'interprétariat et d'accompagnement sont peu connus et peu utilisés;
4. Les services d'interprétariat-accompagnement répondent à un réel besoin; ils sont utilisés par des personnes avec des besoins sociaux et de santé complexes.

Découlant de ces constats, certaines recommandations sont proposées :

1. Favoriser l'embauche de professionnels de la santé bilingues et la pratique de l'offre active dans les communautés où vivent des francophones;
2. En l'absence de professionnels de la santé bilingues, un service combiné d'interprétariat et d'accompagnement pourrait répondre aux besoins créés par des problèmes sociaux ou de santé complexes et ceux liés à la méconnaissance du système de santé des francophones vulnérables ou en situation de vulnérabilité;
3. Pour assurer un service de qualité, sécuritaire et complet, les interprètes-accompagnateurs doivent recevoir une formation adéquate, une évaluation linguistique dans les deux langues et un soutien par des politiques et des pratiques organisationnelles;
4. La mise sur pied d'une formation en interprétariat, offerte en français et à distance, serait bénéfique pour l'ensemble des communautés francophones minoritaires;
5. L'utilisation de la technologie pour promouvoir les services en français et les outils disponibles de même que pour offrir un service d'interprétariat en santé centralisé destiné aux francophones vivant dans les régions rurales et éloignées du Canada devrait être explorée;
6. Une étude portant sur la perspective des professionnels de la santé non francophones qui ont une clientèle francophone et qui ont eu recours à des services d'interprète-accompagnateur ainsi que sur celle des gestionnaires des établissements de santé où travaillent ces professionnels permettrait d'avoir une vue d'ensemble de toutes les parties prenantes sur cette question.

Introduction

Cette recherche, menée dans six régions canadiennes où vivent des francophones en situation minoritaire, vise à mieux connaître l'expérience des francophones quant à l'accès à des soins dans leur langue dans des communautés où les francophones sont à faible densité. Les résultats d'un sondage permettent de montrer de manière quantitative la perspective d'un grand nombre de personnes par rapport à l'accès aux services de santé, aux facilitateurs de cet accès et aux barrières créées par la discordance de la langue entre le patient et le prestataire de soins. La présence de l'offre active est également décrite, ainsi que l'usage des services d'interprètes, d'accompagnateurs ou de navigateurs en santé. Des entrevues individuelles auprès de francophones ayant eu recours à des services d'interprète-accompagnateur servent à qualifier et à approfondir nos connaissances sur l'expérience vécue avec l'assistance d'un appui linguistique. Enfin, des entrevues avec des interprètes-accompagnateurs offrent une perspective différente de l'offre de services aux patients francophones et décrivent le rôle joué par ces acteurs dans le système de santé pour améliorer l'offre de services en français en milieu minoritaire.

Ce rapport expose d'abord le contexte plus large de l'accès aux services sociaux et de santé pour les francophones minoritaires au Canada, des barrières linguistiques et des modèles de services d'interprétariat. Les objectifs de l'étude sont ensuite expliqués, ainsi que les méthodes et outils développés pour la collecte de données. Les résultats sont abordés selon les thématiques émergeant des perspectives des usagers et des interprètes-accompagnateurs. La discussion permet d'exposer les tendances observées quant à l'accès aux services sociaux et de santé dans les communautés minoritaires à faible densité de francophones et aux services d'interprétariat, d'accompagnement et de navigation disponibles dans ces communautés.

Contexte de l'étude

Plusieurs recensions récentes des écrits scientifiques témoignent de l'impact des barrières linguistiques sur la santé et l'accès aux services sociaux et de santé (Bowen, 2015; Ohtani et al., 2015; Schwei et al., 2016). Les effets négatifs de la discordance de langue comprennent une compréhension et une adhésion déficientes aux traitements prescrits (Wilson et al., 2005; Traylor et al., 2010), une atteinte à la sécurité du patient (Divi et al., 2007; Fryer et al., 2012; Wasserman et al., 2014), une réduction dans la qualité des soins (Cohen et al., 2005; Ayanian et al., 2005) et une insatisfaction de la part du patient et du prestataire de soins (Arthur et al., 2014; Jacobs et al., 2006). Les effets négatifs sont également rapportés quant aux résultats des soins donnés (Eneriz et al., 2014; Shah et al., 2015) et des coûts supplémentaires occasionnés par une réadmission ou une hospitalisation prolongée (Karliner et al., 2010; Lindholm et al., 2012). L'offre de services dans la langue de choix du patient est de plus en plus reconnue comme une composante essentielle dans les systèmes de santé afin de réduire les risques, d'augmenter la qualité et la performance des services, ainsi que de mieux prendre en considération les inégalités de santé et les besoins des populations vulnérables soutenues par ces systèmes (Bowen, 2004; Schwei et al., 2015). À l'heure actuelle, deux stratégies sont mises de l'avant pour répondre aux besoins des patients pour qui la langue de choix n'est pas la langue majoritaire du pays, en l'occurrence, l'anglais : 1) l'offre de services directs par un prestataire de soins bilingue et 2) les services d'interprétariat ou de traduction.

Dans les communautés canadiennes de langue officielle minoritaire vivant à l'extérieur du Québec, une pénurie de professionnels de la santé bilingues est l'obstacle principal à l'accès aux services sociaux et de santé en français (de Moissac, Giasson & Roch-Gagné, 2015; Drolet et al., 2014). Les services directs dans la langue minoritaire sont donc souvent non disponibles. Afin d'augmenter le nombre de professionnels de la santé bilingues, la formation professionnelle, la formation continue et des ressources sont disponibles en français, et ce, pour plusieurs professions (Consortium national de formation en santé, 2015; Médecins francophones du Canada, 2010). De plus, les prestataires de soins sont encouragés à déployer l'offre active (Consortium national de formation en santé, 2015), définie comme suit :

L'offre active se définit comme l'ensemble des mesures prises pour faire en sorte que les services en langue française soient facilement disponibles, accessibles et connus, et que la qualité de ces services soit comparable à celle des services offerts en anglais. (RIFSSSO, 2012)

Quand l'accès aux services directs dans sa langue s'avère impossible, la deuxième option la plus favorable est d'offrir un service professionnel d'interprétariat en santé (Bowen, 2004; Flores, 2005; Ngo-Metzger, 2007). Certaines régions sociosanitaires au Canada ont développé des politiques à cet effet et dispensent ces services, tels que l'Office régional de la santé de Winnipeg (Winnipeg Regional Health Authority, s.d.) et le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto (Silversides & Laupacis, 2013). Ces services existent également dans certaines régions du Québec, où la densité de la population anglophone est suffisante pour les justifier (Santé et services sociaux Québec, 2015). D'autres régions se fient aux services d'accompagnement et d'interprétariat mis sur pied à l'échelle communautaire par des organismes tels que l'Accueil francophone de Thunder Bay (Accueil francophone de Thunder Bay, s.d.) et des organisations bénévoles comme l'Association canadienne des volontaires unis dans l'action (CANAVUA) en Alberta (Canadian Volunteers United in Action, s.d.). Bien qu'il existe plusieurs modèles de services d'interprètes en santé selon les contextes régionaux, des standards de pratiques minimaux ont été identifiés : 1) la coordination de politiques et de pratiques organisationnelles; 2) l'utilisation uniquement d'interprètes formés; 3) le dépistage et l'évaluation linguistique des interprètes; 4) la disponibilité d'informations au sujet des services d'interprétariat pour les patients et les prestataires de soins et 5) une méthode de collecte de données permettant d'évaluer le service (Bowen, 2004; Healthcare Interpretation Network (HIN), 2010; Winnipeg Regional Health Authority, 2013). Que les services soient offerts par l'entremise d'organismes communautaires ou régionaux, ces standards minimaux sont essentiels pour un service d'interprétariat qui assure une communication fidèle, sécuritaire et complète.

Dans les contextes où les demandes de services d'interprétariat sont faibles, comme cela peut se produire dans les communautés en régions rurales et éloignées ou dans les communautés à faible densité de francophones, le rôle d'interprète est souvent amalgamé au rôle d'accompagnateur ou de navigateur en santé. Les accompagnateurs apportent généralement un appui émotionnel ou fournissent un service de transport, tandis que les navigateurs offrent un soutien individualisé aux personnes vulnérables afin de les aider à surmonter les barrières présentes dans le système de santé et à accéder à un service sans délai indu (Hedlund et al., 2014). Le navigateur est particulièrement affecté à l'assistance aux personnes présentant des besoins complexes, comme les patients atteints d'un cancer (Freeman, 2006; Freund et al., 2008) et les immigrants ayant une faible connaissance du système de santé du pays d'adoption (Nguyen et al., 2011; Pimentel et Eckart, 2014). De plus, les services de navigation en lien avec l'offre de service dans la langue du patient sont utilisés pour améliorer l'accès aux soins pour les patients de populations minoritaires (Charlot et al., 2015).

Les rôles multiples au sein d'un même poste, comprenant l'interprétariat, l'accompagnement et la navigation, sont souvent mal définis. De plus, un tel poste peut recevoir des titres variés : courtier culturel, défenseur du patient ou médiateur (Sleptsova et al., 2014). Il est essentiel, par contre, que les compétences et les caractéristiques propres au rôle de l'interprète soient clairement définies, non seulement pour l'interprète en question, mais aussi pour l'employeur et le public, qui doivent connaître les responsabilités et les limites de la fonction d'interprète dans le domaine de la santé (HIN, 2010). Les interprètes communautaires, soit les individus qui font de l'interprétariat bidirectionnel dans le domaine de la santé ou auprès des agences gouvernementales, de services sociaux et de centres communautaires, doivent posséder les compétences spécifiques associées à ce rôle (HIN, 2010). Ces compétences comprennent des capacités linguistiques et d'interprétariat, ainsi que des habiletés interpersonnelles (HIN, 2010). Par ailleurs, il est fortement recommandé qu'un test de compétences linguistiques confirme le bilinguisme de l'interprète, et que son niveau de compréhension de la langue source (langue de laquelle l'interprétation doit être effectuée) et sa capacité de transmettre le message avec le plus de fidélité possible dans la langue cible (langue dans laquelle l'interprétation est faite) soient également évalués (HIN, 2010). La formation en interprétariat, qu'elle soit obtenue d'un établissement académique reconnu ou d'une formation continue de qualité, devrait comprendre des modules portant sur la terminologie médicale dans les deux langues ainsi que les pratiques standards en interprétariat, qui comprennent la fidélité, la confidentialité, l'impartialité, le respect de la personne, le maintien des frontières professionnelles, la responsabilité, le professionnalisme et les compétences continues (HIN, 2010). De plus, une bonne compréhension des pratiques et procédures cliniques, telles que l'obtention du consentement éclairé, ainsi qu'une connaissance pratique du système de santé sont requises (HIN, 2010). La formation est donc essentielle : l'utilisation d'interprètes occasionnels non formés, que ce soient des membres de la famille, des amis ou même des professionnels de la santé, pose des risques pour le patient et le prestataire de soins, car une illusion de communication adéquate peut masquer des erreurs telles que des omissions, des additions ou des substitutions de mots, de concepts ou d'idées (Flores et al., 2012; Kilian et al., 2014). Un dépistage et une formation à point, ainsi qu'un processus d'évaluation du service d'interprétariat, ont été identifiés comme étant des éléments clés des meilleures pratiques pour s'assurer d'une prise de décisions éthiques, du respect des obligations légales et de la prestation de soins de qualité (Bowen, 2004; HIN, 2010).

Les risques découlant des barrières linguistiques et de l'absence de services professionnels d'interprétariat, lors des consultations où le prestataire de soins et le patient ont une discordance linguistique, ont été soulevés dans plusieurs pays (Bowen, 2015). Ces risques comprennent un accès moindre aux services, une insatisfaction de la part du patient et du prestataire de soins, une qualité et une pertinence plus faibles des soins ainsi qu'une atteinte à la sécurité du patient (Bowen, 2015).

On note qu'au Canada, un pays officiellement bilingue, peu de recherches portent sur les effets des barrières linguistiques sur l'accès aux soins ainsi que sur la qualité et la sécurité de ces derniers pour les populations de langue officielle en contexte minoritaire. Une récente recension des écrits scientifiques n'a révélé presque aucune preuve canadienne en ce qui a trait aux minorités linguistiques officielles, et encore moins aux communautés à faible densité de francophones vivant hors Québec (Bowen, 2015). Des études systématiques décrivant l'expérience du patient, ainsi que la perspective des professionnels de la santé et leur vécu dans l'offre de services aux minorités linguistiques officielles sont également peu nombreuses. La présente étude cherche donc à combler cette pénurie d'information et de témoignages portant sur l'accès aux services sociaux et de santé dans la langue minoritaire officielle pour les

francophones vivant en milieu rural ou éloigné, ainsi que dans des communautés à faible densité de francophones du Canada. Il est souhaité que les données émergentes de cette étude appuient les communautés, les décideurs publics, les établissements et les professionnels de la santé dans la planification des services offerts dans les langues officielles minoritaires. De plus, ces données pourront fournir des preuves soutenues par une méthodologie scientifique pour appuyer des recherches futures à ce sujet.

La méthodologie privilégiée pour cette étude est mixte, utilisant des méthodes quantitatives et qualitatives pour mieux répondre aux objectifs de recherche. La méthode quantitative s'appuie sur un sondage utilisé pour faciliter une collecte de données à partir d'un échantillon aléatoire de la population francophone en milieu rural ou éloigné ou à faible densité, et cela, afin d'en dégager des données statistiques. La méthode qualitative, qui comprenait des entrevues avec des usagers francophones des services de santé et des interprètes-accompagnateurs, a permis une exploration plus détaillée et une compréhension plus fine des thèmes émergents sur l'accès aux soins et les services d'interprétariat, selon des expériences vécues dans les communautés.

Des données ont été recueillies dans six régions canadiennes différentes, facilitant la transférabilité et la généralisation des données à des populations semblables. Ces régions ont en commun : 1) la mise en œuvre d'un service d'interprète, de navigateur ou d'accompagnateur ou 2) l'exploration des mécanismes facilitateurs pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé dans la langue officielle minoritaire. Ces six régions sont situées dans les provinces et territoire suivants : Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario (North Simcoe Muskoka et Thunder Bay), Saskatchewan, Alberta et Yukon. Le tableau à l'Annexe 1 décrit ces six régions en ce qui concerne la population francophone, l'encadrement légal de la langue officielle minoritaire à l'échelle provinciale ou territoriale, la coordination des services en langue française par la régie de santé et la disponibilité des services d'interprétariat, de navigation ou d'accompagnement, offerts soit par la régie de santé ou par un organisme communautaire. Quand les services d'interprète, de navigateur ou d'accompagnateur sont disponibles, une courte synthèse est ajoutée.

Objectif de recherche

Afin de pallier le manque de connaissance au sujet de l'accès aux services sociaux et de santé en français dans les communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada, l'objectif de recherche est :

De mieux comprendre l'expérience des francophones vivant dans les communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada et l'expérience des interprètes, des accompagnateurs et des navigateurs qui soutiennent ces patients francophones en ce qui concerne :

1. les services en langue française dans le domaine des services sociaux et de la santé;
2. la pratique de l'offre active;
3. les services d'interprétariat, de navigation et d'accompagnement.

Les questions de recherche développées pour répondre à cet objectif sont les suivantes :

- 1) Quelles sont les perspectives des usagers francophones et des interprètes, navigateurs et accompagnateurs quant à l'importance et au besoin de services en langue française dans le

domaine des services sociaux et de santé? Quel est l'impact lié au fait de ne pas recevoir ces services? Le système de santé est-il conscient des besoins des francophones et des défis associés aux services en langue française, et répond-il à ces besoins?

- 2) Quelle est l'expérience des usagers francophones et des interprètes, des navigateurs et des accompagnateurs quant à l'offre de services aux usagers francophones vivant dans des communautés à faible densité de francophones? L'offre active est-elle présente? Quels sont les facilitateurs et les barrières dans l'obtention des services dans sa langue?
- 3) Quelle est l'expérience des usagers francophones et des interprètes, des navigateurs et des accompagnateurs quant aux services d'interprétariat, de navigation ou d'accompagnement? Quels services sont disponibles et utilisés? Sont-ils adéquats? Quelles sont les conditions de succès et les améliorations proposées aux services et programmes offerts présentement?

Méthodologie

Les méthodes utilisées pour cette étude sont un sondage en ligne et sur papier et des entrevues individuelles semi-dirigées. En premier lieu, un sondage s'adressant aux francophones vivant dans des communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada a été distribué. Ce sondage était composé de questions ouvertes et fermées. Certains répondants au sondage ont ensuite eu l'occasion de participer à une entrevue pour exprimer leur point de vue sur les services d'interprétariat, de navigation ou d'accompagnement dont ils avaient bénéficié, ou tout simplement sur l'accès aux services sociaux et de santé en français dans leur région. Une deuxième série d'entrevues semi-dirigées ont été menées, cette fois avec les interprètes, navigateurs ou accompagnateurs qui offrent des services aux francophones minoritaires dans ces mêmes régions.

Population, échantillonnage et recrutement

Les participants proviennent de deux populations distinctes :

- 1) Les francophones membres des communautés minoritaires à faible densité de francophones vivant dans l'une des six régions délimitées par le projet pancanadien INTACC, soit Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario (North Simcoe Muskoka et Thunder Bay), Saskatchewan, Alberta et Yukon.

Des membres adultes de ces communautés ont été invités à participer à un sondage en ligne ou sur papier portant sur l'accès aux services sociaux et de santé en français dans leur région. La participation en tant que proche aidant (au nom d'un enfant ou d'un aîné) a été encouragée. Les invitations à participer ont été envoyées par courriel dans les communautés de chaque région (à l'exception du Yukon) par l'entremise d'organismes communautaires francophones. Ces organismes ont ensuite fait suivre par courriel cette invitation à leur liste de membres, ou ont distribué des copies papier lors d'événements communautaires rassemblant des francophones. Ces organismes comprennent, sans s'y limiter, des écoles et prématernelles, des groupes religieux, des organismes culturels et sportifs, des journaux locaux, des établissements francophones et des organismes d'accueil aux immigrants. Dans le sondage, une question portant sur l'utilisation des services d'interprète, de navigation ou d'accompagnement permettait d'identifier les répondants ayant une expérience avec ce service. Ces répondants ont été invités à participer à une entrevue individuelle téléphonique pour approfondir

certaines thématiques touchant à leur expérience. Des trente répondants contactés, vingt ont été disponibles pour une entrevue.

2) Interprètes, navigateurs ou accompagnateurs

Les interprètes, navigateurs et accompagnateurs qui travaillent dans l'une des six régions du projet INTACC ont été invités à participer à une entrevue téléphonique afin de décrire leur expérience. L'invitation à participer a été acheminée directement aux intervenants par les gestionnaires des projets INTACC dans chaque région. Ces intervenants ont ensuite pris contact avec la chercheuse pour fixer un rendez-vous téléphonique.

Éthique

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique en recherche de l'Université de Saint-Boniface. L'autorisation de passer en entrevue les interprètes, navigateurs ou accompagnateurs a été reçue des hauts gestionnaires des organismes offrant ces services.

Méthodologie et outils

Sondage : Le sondage utilisé pour sonder la perspective des membres des communautés minoritaires à faible densité de francophones est un outil maison développé par l'équipe de recherche en consultation avec les partenaires communautaires dans les six régions où l'enquête a été menée. Le sondage comprenait vingt et une questions de formats variés : choix multiples, réponses multiples, items à échelle de Likert et réponses textuelles. Le sondage a été accessible en ligne à partir de la fin octobre 2015 jusqu'à la fin février 2016. La publicité pour le sondage n'a toutefois pas été envoyée simultanément dans toutes les régions, expliquant l'accès prolongé au sondage en ligne. Un rappel a été fait trois semaines suivant l'invitation initiale à participer au sondage. Des copies papier ont également été distribuées par l'entremise des partenaires du projet INTACC et d'organismes communautaires francophones afin de favoriser la participation des aînés ou des personnes ayant un accès limité à Internet. Ces sondages étaient accompagnés d'une enveloppe adressée à la chercheuse principale et affranchie, facilitant ainsi leur retour.

Entrevues : Les entrevues téléphoniques avec les francophones ayant eu recours à des services d'interprétariat, de navigation ou d'accompagnement, ainsi qu'avec des interprètes, des accompagnateurs ou des navigateurs ont été menées par la chercheuse principale. Ces entrevues semi-directives étaient d'une durée variant de vingt à quarante-cinq minutes. Par l'entremise de questions ouvertes et d'items à échelle de 5 points de Likert, les participants ont pu décrire et évaluer les services. Les entrevues ont été enregistrées et partiellement transcrites aux fins d'analyse. Des notes ont également été prises par la chercheuse pendant les entrevues. Les outils utilisés peuvent être consultés à l'Annexe 2.

Analyses

Analyse quantitative

Des statistiques descriptives comprenant les fréquences et les pourcentages ont été utilisées pour décrire les participants du sondage et des entrevues, ainsi que les données quantitatives du sondage. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 21 (IBM Corporation). Les données des diverses régions ont été comparées au moyen du test chi-carré ou du test exact de Fisher. Le niveau de signification a été fixé

à 5 %. Une comparaison entre les données provenant du regroupement des régions et celles comprenant les participants pour qui le lieu de résidence n'est pas connu suggère que les données provenant de ce dernier groupe sont très semblables aux données régionales regroupées. Les données globales (n=297) sont donc présentées dans le rapport et les données régionales sont disponibles à l'Annexe 3 et 4. Par ailleurs, des comparaisons selon le sexe, le groupe d'âge, la scolarité et le revenu ont été effectuées au moyen du test chi-carré et du test exact de Fisher. Seules les données significatives sont mentionnées.

Analyse qualitative

L'analyse des questions qualitatives a été menée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo v.11 (QRS International, 2012) en utilisant l'approche inductive telle que décrite par Thomas (2006). Cette approche fait en sorte que les thèmes dominants se dégagent à partir des données brutes. Les enregistrements sonores et des notes prises lors des entrevues ont été passés en revue par la chercheuse pour identifier les thématiques émergentes (Neal et al., 2015). Par la suite, une transcription partielle des segments pertinents aux catégories ou thèmes a été faite, facilitant ainsi une analyse plus approfondie. En procédant d'une façon inductive, il a été possible d'identifier des nœuds pour ensuite les combiner en catégories et en thématiques (Patton, 2002). D'autres catégories ont ensuite été développées à la suite d'une revue rigoureuse et répétée des données transcrites. L'analyse a été effectuée question par question, avec un focus sur les participants de façon individuelle d'abord pour faciliter la comparaison des réponses. La triangulation de sources (sondages auprès des francophones, entrevues avec francophones et entrevues avec interprètes, navigateurs et accompagnateurs) assure la qualité et la validité des données (Thomas, 2006).

Résultats

Profil des participants¹

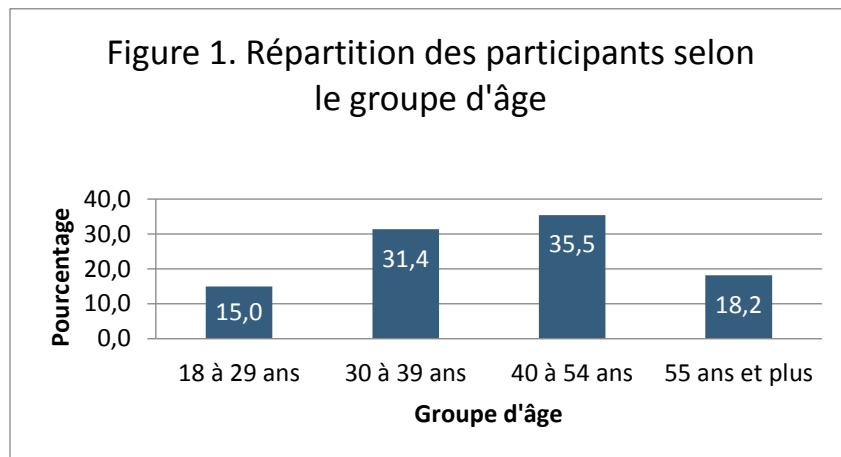
Cette section présente le profil sociodémographique des participants au sondage et des entrevues. Au total, 344 personnes ont participé au sondage, dont 260 en ligne et 84 sur papier. De cet ensemble, 18 participants n'habitaient pas dans l'une des régions où l'étude était menée, deux participants n'étaient pas d'âge adulte et 27 participants n'ont répondu qu'à la première question du sondage. Le nombre total de participants qui correspondent aux critères de participation (adulte francophone vivant dans l'une des six régions de l'étude) est de 297. Vingt participants au sondage ont également accepté de parler plus longuement de leurs expériences par rapport aux services d'interprétariat, de navigation ou d'accompagnement. Six interprètes/navigateurs/accompagnateurs provenant de trois régions se sont aussi prêtés à une entrevue téléphonique individuelle.

Profil des participants au sondage

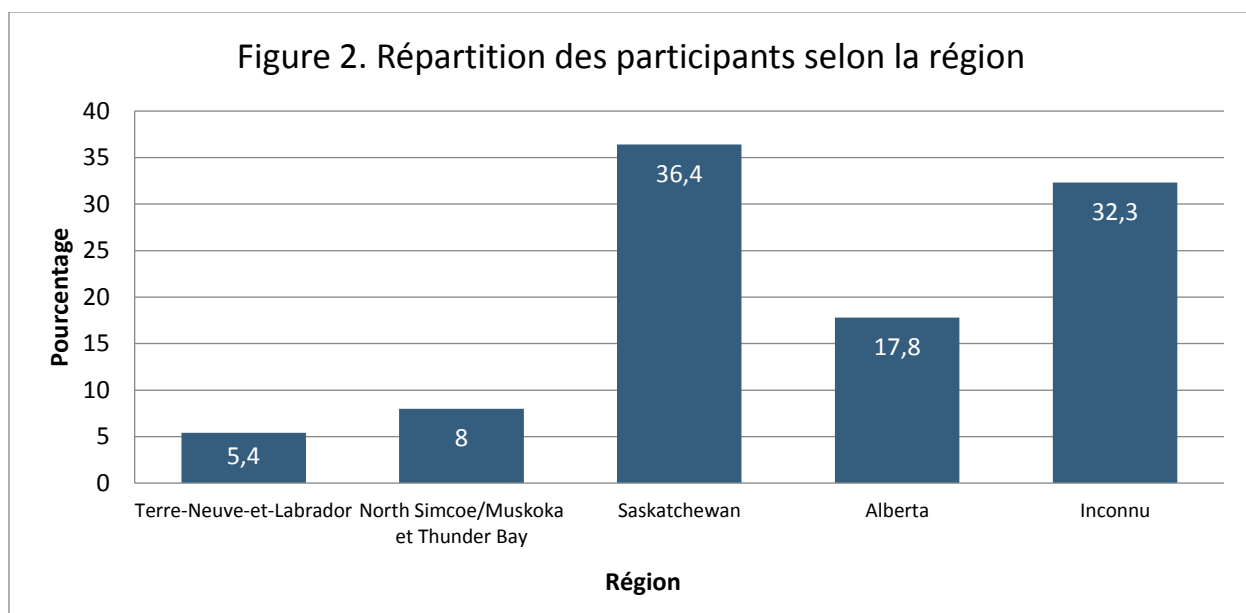
Le profil sociodémographique des participants au sondage montre une proportion plus élevée de femmes (78,9 %) que d'hommes (21,1 %). Les participants sont âgés de 19 à 84 ans, avec une moyenne de 42,1 ans et une médiane de 40 ans. La répartition des participants selon le groupe d'âge est illustrée à la Figure

¹ L'utilisation du genre masculin a été adoptée dans la rédaction de ce rapport afin d'en faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

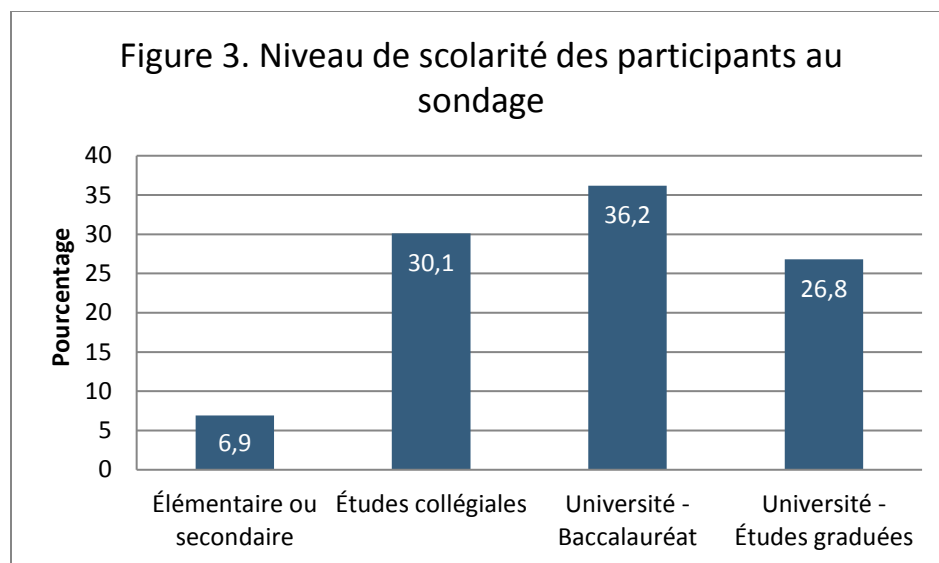
1. Par ailleurs, la majorité des répondants sont mariés ou en union de fait (73,0 %), tandis que 27,0 % sont célibataires, séparés, divorcés ou veufs.



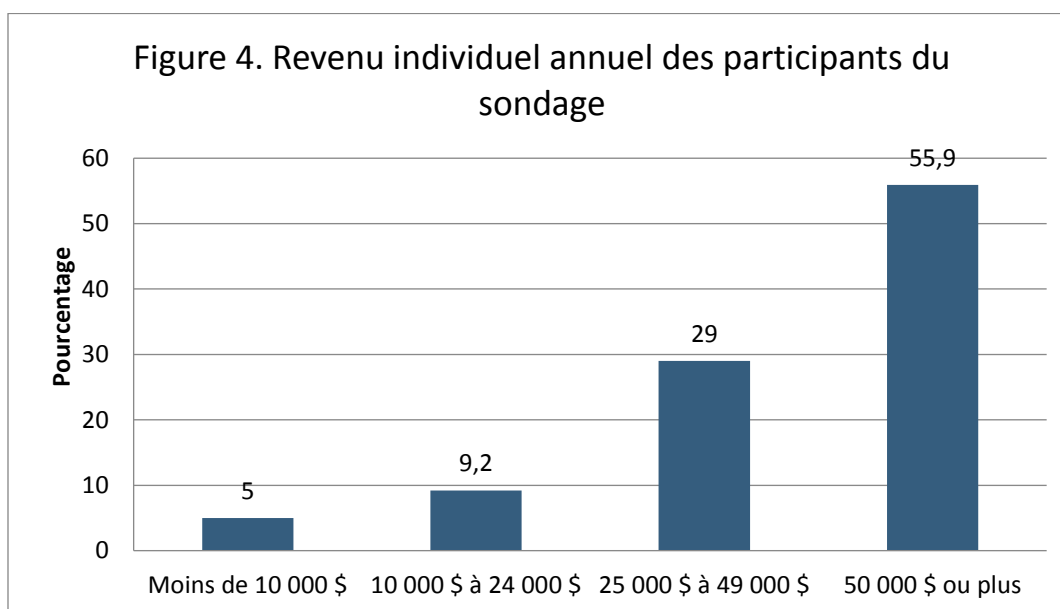
La Figure 2 illustre la répartition des participants par région. Rappelons que le sondage n'a pas été distribué au Yukon. La répartition est donc : Terre-Neuve-et-Labrador (n=16; 5,4 %), North Simcoe Muskoka et Thunder Bay en Ontario (n=24; 8,0 %), Saskatchewan (n=108; 36,4 %) et Alberta (n=53; 17,8 %). Notons que 32,3 % des participants n'ont pas indiqué leur lieu de résidence.



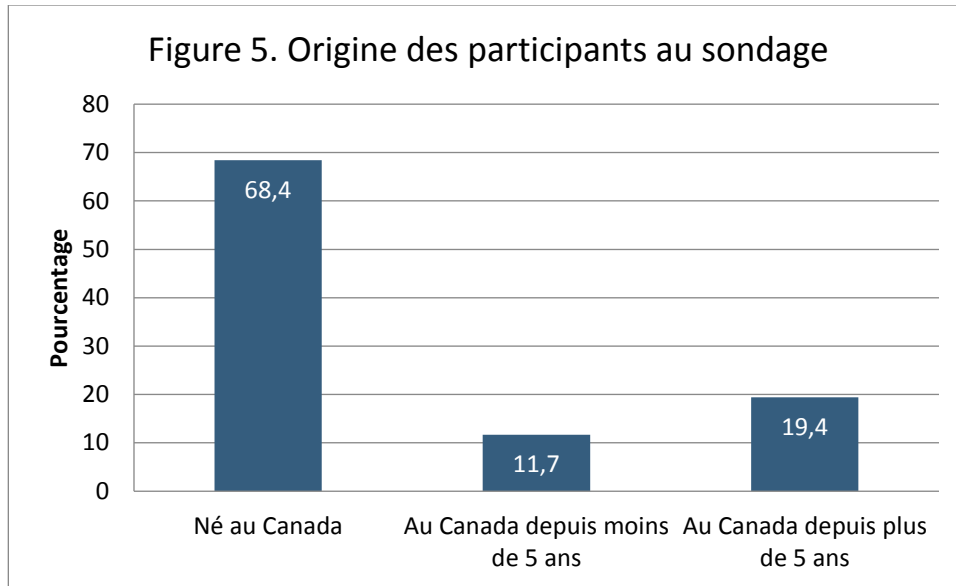
Pour la majorité des participants, le plus haut niveau de scolarité atteint est le niveau universitaire, soit 36,2 % des personnes ayant terminé un baccalauréat et 26,8 % des études aux cycles supérieurs. On note que 30,1 % des participants ont terminé des études collégiales tandis que 6,9 % ont terminé l'élémentaire ou le secondaire (Figure 3).



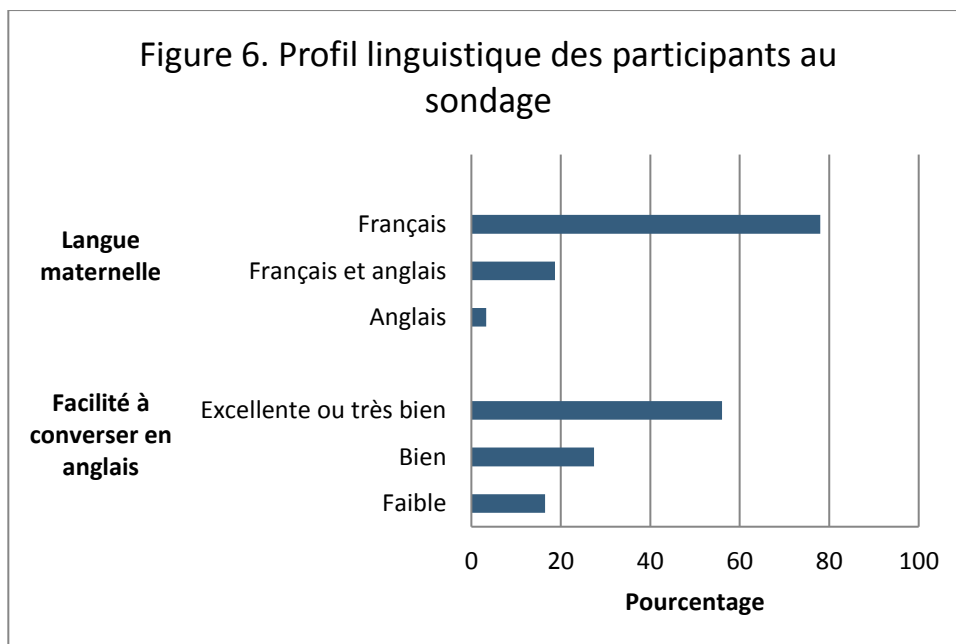
Plus de la moitié des répondants ont un revenu individuel annuel de 50 000 \$ ou plus (55,9 %) et 29 % des répondants ont un revenu individuel annuel entre 25 000 \$ et 49 000 \$. Un faible pourcentage des participants ont un revenu entre 10 000 \$ et 24 000 \$ (9,2 %), de même que de moins de 10 000 \$ (5,0 %) (Figure 4).



L'origine des participants au sondage est illustrée à la Figure 5. La majorité des répondants sont nés au Canada (68,4 %), tandis que 11,7 % vivent au Canada depuis moins de 5 ans et 19,4 % depuis plus de 5 ans.

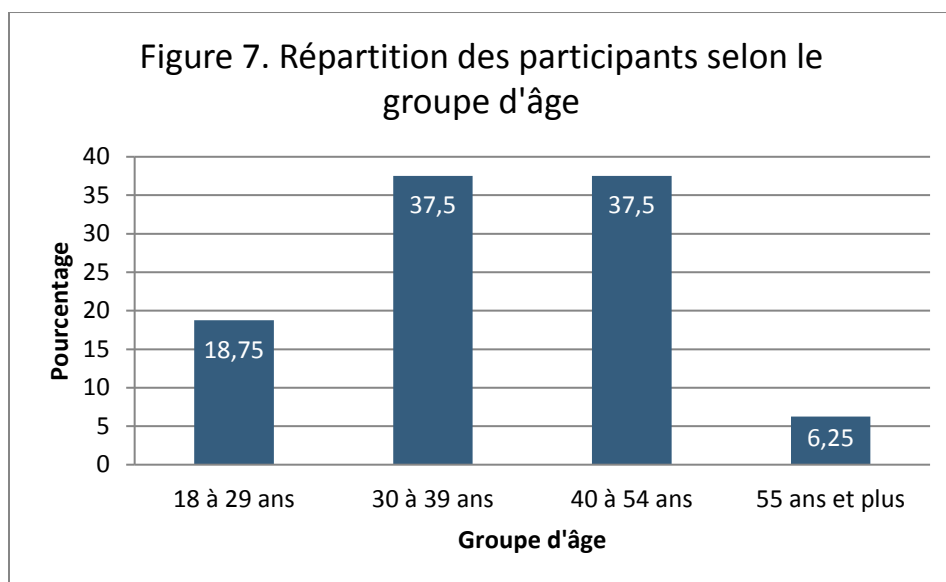


Le profil linguistique des participants au sondage est illustré à la Figure 6. La première langue apprise, encore comprise et la plus souvent utilisée à la maison est majoritairement le français (78,0 %), tandis que 18,7 % des répondants ont choisi l'option du français et de l'anglais combinés et 3,3 % précisent que cette première langue est l'anglais uniquement. Pour ce qui est de la facilité de converser en anglais lors d'une consultation médicale, plus de la moitié qualifient leur compétence linguistique comme étant excellente ou très bien (56,0 %). Environ le quart (27,4 %) dit pouvoir bien converser en anglais dans une telle situation tandis que 16,5 % disent avoir une faible compétence.



Profil des participants aux entrevues semi-dirigées

Le profil des vingt participants aux entrevues montre que près de deux tiers (65 %) des répondants sont des femmes. L'âge moyen est de 39,4 ans et l'âge médian est de 37 ans. La répartition des participants selon l'âge est illustrée à la Figure 7 (notez que 4 participants n'ont pas indiqué leur âge). Trois quarts des participants ont entre 30 et 54 ans. Soixante pour cent des répondants sont mariés ou en union de fait, tandis que 40 % sont célibataires ou divorcés. Un peu plus de la moitié (60 %) vivent en région urbaine. La province la mieux représentée est la Saskatchewan, avec 14 répondants. Les autres régions sont représentées par un ou deux participants chacune.



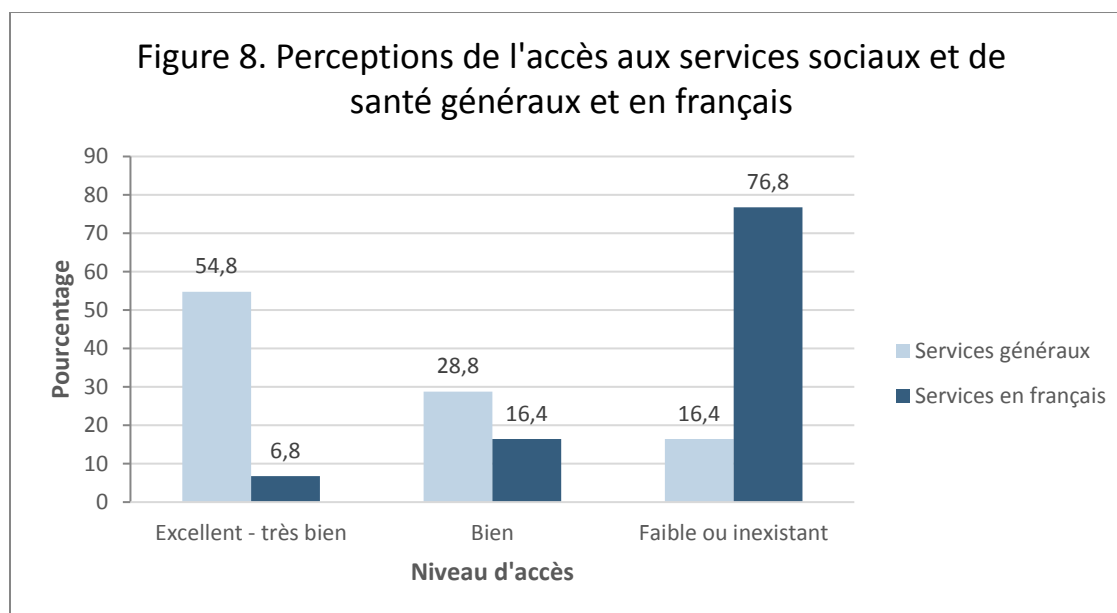
Pour ce qui est de la scolarité, 70 % des répondants ont un diplôme universitaire de premier ou de deuxième cycle et 25 % ont terminé des études collégiales. Quant au salaire, 45 % des répondants ont un revenu individuel annuel de 50 000 \$ et plus, 30 % entre 25 000 \$ et 49 000 \$ et 25 % de moins de 25 000 \$. Plus de la moitié, soit 63,2 %, sont nés au Canada, tandis que 26,3 % vivent au Canada depuis moins de 5 ans et 10,5 % depuis plus de 5 ans. La majorité des participants (85 %) ont le français comme langue maternelle, tandis que pour 10 % des répondants, le français et l'anglais combinés constituent la langue maternelle. Enfin 42,1 % des répondants affirment avoir d'excellentes ou de très bonnes compétences pour converser en anglais lors d'une consultation médicale, comparativement à ceux qui affirment que cette compétence est bien (15,8 %) ou faible (42,1 %).

Profil des interprètes-accompagnateurs participant à l'étude

Six interprètes-accompagnateurs ont participé à une entrevue individuelle semi-dirigée par téléphone. De ces six participants, les deux tiers sont des femmes. L'âge des participants varie de 29 à 72 ans, avec une moyenne de 44 ans et une médiane de 37,5 ans. Étant donné le nombre restreint de participants, et pour maintenir l'anonymat, les régions d'où ils proviennent ne seront pas dévoilées. Tous travaillent, par contre, en milieu urbain à faible densité de francophones, et ce, dans trois régions canadiennes. Une personne œuvre à titre d'interprète-accompagnateur à temps plein, deux à temps partiel dans un poste de coordination plus large et trois comme bénévoles. Les années d'expérience en tant qu'interprète-accompagnateur varient de 8 mois à 19 ans. La moitié des participants sont nés au Canada, un tiers vivent au Canada depuis moins de 5 ans et un individu depuis plus de 5 ans.

Accès aux services sociaux et de santé en français

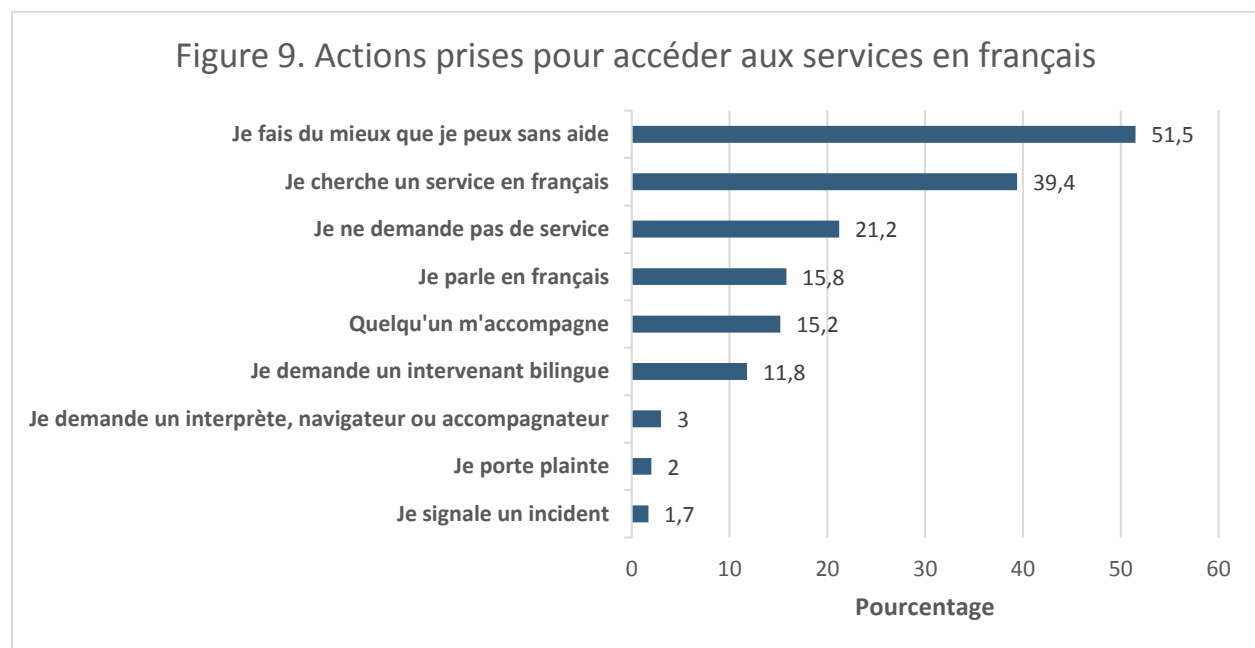
L'accès aux services sociaux et de santé par les francophones participant au sondage est, de façon générale, perçu comme étant excellent ou très bien pour la majorité d'entre eux (54,8 %), et faible ou inexistant pour 16,4 % de l'échantillon. Pour ce qui est des services dans ce même domaine, mais en français, la tendance est plutôt contraire; 6,8 % des répondants ont choisi l'option excellente ou très bien, tandis que 76,8 % perçoivent ces services en français comme étant faibles ou non existants dans leur communauté (Figure 8). Comme le précise une participante aux entrevues : « *Il y a des services en français? Je n'ai jamais rien eu en français ici et je n'ai jamais rien vu qui indiquait des services en français* ». Ce sont généralement les personnes n'ayant pas de scolarité postsecondaire (23,5 %) qui sont plus enclines à rapporter un meilleur accès aux services en français. Quant à la sensibilisation du système de santé par rapport aux besoins des francophones et des difficultés associées à leur accès aux services sociaux et de santé, la majorité des participants considèrent que le système est peu ou pas conscient (87,4 %) de ces besoins et des défis qu'ils soulèvent. Par ailleurs, 79,6 % des participants perçoivent que le système de santé répond faiblement ou pas du tout aux défis posés par l'accès à de tels services en français dans leur région. Ce pourcentage s'élève à 92,5 % pour les personnes de 55 ans et plus.



La Figure 9 illustre les actions prises par les répondants quand le besoin de services sociaux ou de santé se fait sentir. D'abord, plus de la moitié des répondants (51,5 %) rapportent faire du mieux qu'ils le peuvent sans aide, ainsi que le confiait une participante à une entrevue : « *On se débrouille en anglais. On s'en sort tant bien que mal* ». Il faut préciser que pour certains, malgré une certaine compétence en anglais, la communication peut être difficile, comme le décrit ce participant : « *Le service en français me plairait beaucoup plus qu'en anglais parce que je ne me débrouille pas à 100 % dans la langue anglaise. Si j'ai un mal en quelque part et je ne sais pas comment l'exprimer en anglais, ça va être dur pour le docteur* ». Par ailleurs, les interprètes-accompagnateurs soulignent que certains patients se sentent confiants de pouvoir se débrouiller convenablement avec leur médecin lors d'une consultation qui se passe uniquement en anglais. Par contre, tel qu'il est décrit ci-dessous, ce n'est qu'en vivant l'expérience que le patient se rend compte qu'il a besoin d'un appui :

Il y a aussi des patients qui vont dire « Je suis capable mais j'aimerais mieux que tu sois là juste en cas si je ne comprends pas ». On arrive, on rentre dans le bureau du médecin, le médecin parle, elle fait signe que oui, elle comprend tout ce qui se passe... et la plupart du temps quand ces gens-là me disent « Oui, oui, j'ai compris », ils n'ont pas compris. [...] La plupart du temps, ils me disent « La prochaine fois, viens, et je vais te laisser parler. » Il y en a beaucoup qui essaient, ils veulent être autosuffisants et faire leurs choses tout seul, mais quand ça vient à la santé, ils voient que ça ne prend pas grand-chose pour changer le diagnostic ou les traitements à suivre. C'est facile de se tromper.

Les interprètes-accompagnateurs reconnaissent donc que, malgré une certaine confiance de la part des francophones, le besoin est tout de même présent chez certains quand il s'agit de consulter pour des raisons médicales.



Une stratégie utilisée pour accéder aux services en français consiste à faire une recherche pour trouver ces services, tel que rapporté par près de 40 % des répondants. Les participants aux entrevues qualifient ces recherches comme étant souvent effectuées sur Internet : « *Une chance que je peux fureter sur l'ordinateur, je peux me trouver de l'information en français* ». Plusieurs participants utilisent également Internet pour s'informer davantage sur la terminologie médicale en anglais afin d'être en mesure d'expliquer leur malaise au médecin. Certains vont se préparer à l'avance et se faire un lexique de termes médicaux en anglais, tandis que d'autres vont avoir, à portée de main lors d'une consultation, Google Translate sur leur appareil mobile. D'autres s'informent auprès de collègues de travail ou parmi leur réseau d'amis : « *Je demande à une collègue si elle connaît un dentiste. Je travaille dans un milieu francophone, donc je peux demander [...] On demande des questions jusqu'à ce qu'on trouve* ». Le réseau social est donc une source d'information pour accéder aux services en français.

Une proportion importante des répondants, soit plus du cinquième d'entre eux (21,2 %), n'ont pas recours aux services de santé en raison d'un accès limité à des services dans leur langue maternelle. Une des

raisons évoquées pour ne pas utiliser ces services est un sentiment de malaise à l'idée de devoir communiquer en anglais, tel que décrit par cette participante : « *La langue, ça m'arrête pour aller à ces rendez-vous. [...] C'est sûr que si ça se passait dans ma langue, je ne me gênerais pas d'aller voir [le médecin]* ». De ne pouvoir s'exprimer correctement ajoute au niveau de stress, comme pour l'ami de ce répondant : « *Pour lui, ça a élevé son niveau de stress au point qu'il ne veut pas se rendre à l'hôpital... il hésite de se mettre dans une situation où il sait qu'il ne peut pas vraiment bien exprimer ses besoins* ». Enfin, la non-consultation s'explique aussi par le défi additionnel de trouver un accompagnateur. À titre d'exemple, une mère de famille avec deux enfants ayant des troubles de santé signale : « *Je n'y vais pas encore parce qu'il faut que je trouve quelqu'un qui vienne avec moi* ».

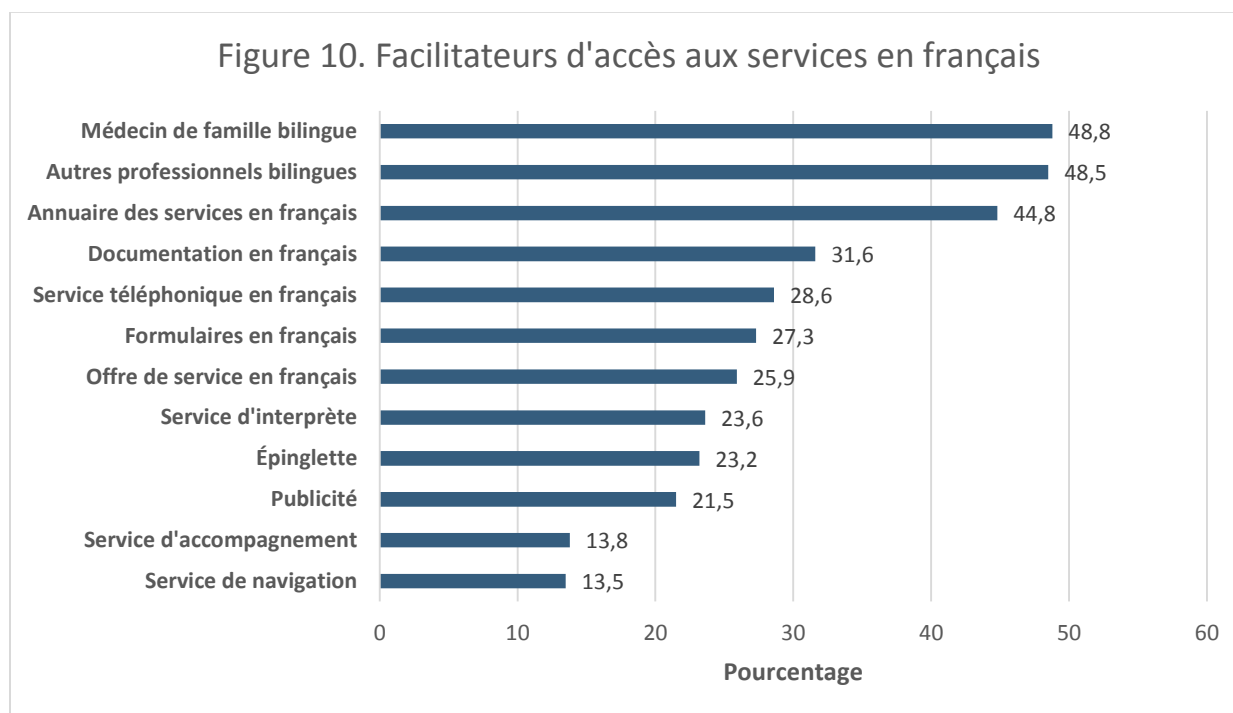
Certains participants préfèrent se déplacer pour bénéficier de services en français. Par exemple, une participante a recours aux services en français dans la province francophone voisine. Une autre continue de consulter un professionnel bilingue qu'elle voyait antérieurement, avant son déménagement. Quelques participants au sondage spécifient qu'étant bilingues, ils préfèrent utiliser des services dans leur communauté même s'ils sont offerts en anglais, car ces derniers sont à proximité et facilement accessibles. D'autres indiquent : « *Je dois m'accommoder avec ce qui est disponible, souvent en anglais seulement* », ou encore, « *Je fais des recherches avant, mais je n'ose pas demander de services en français si je n'en n'ai pas trouvé. Je suis malheureusement habitué à ce qu'il n'y en ait pas* ». Ces propos suggèrent que l'accès limité aux services en français en décourage plus d'un d'en faire la demande ou même la recherche : « *On n'en a pas, on n'en a pas donc je ne cherche plus* ». Certains participants (15,8 %) vont toutefois, quand il est question d'accéder aux services de santé, s'adresser à leur prestataire de soins en français, que ce soit en personne ou au téléphone. Cette pratique est plus courante chez les participants de 40 ans et plus (22,0 %). Par ailleurs, 11,8 % des répondants demandent un intervenant bilingue; ce pourcentage s'élève à 33,3 % pour les participants à faible revenu. Enfin, très peu de participants portent plainte quand le service n'est pas disponible en français (2,0 %) ou signalent un incident où les soins reçus étaient inadéquats en raison de la langue (1,7 %).

Être accompagné d'un membre de la famille ou d'un ami qui agira à titre d'interprète est rapporté comme étant une pratique plus courante (15,2 %) que d'avoir recours à un service professionnel d'interprète, de navigation ou d'accompagnement (3 %). Ce sont plus souvent les femmes (19,1 %) et les personnes avec un revenu faible (41,7 %) qui demandent à être accompagnées par un proche. Quant aux services professionnels, certains participants aux entrevues ont précisé que, selon eux, ces services comprenaient également ceux offerts par un membre de la famille, une connaissance ou un professionnel de la santé bilingue qui avait été appelé pour agir à titre d'interprète. D'autres participants considéraient comme un service d'interprétariat la traduction disponible en ligne via « Google Translate », cette application leur permettant de trouver des termes en anglais. Par ailleurs, le navigateur « Google » était également considéré comme appui à l'auto-navigation, aidant les participants à repérer les services disponibles en français dans leur région.

Selon l'expérience des interprètes-accompagnateurs sondés par cette étude, l'accès aux services sociaux et de santé en français dans leur communauté est limité. Mis à part une clinique francophone dans certaines villes et quelques professionnels de la santé bilingues, peu de services sont disponibles en français. Bien que l'affichage apparaisse parfois dans les deux langues, le service, même à l'accueil, est souvent unilingue anglophone. Les participants à cette étude s'entendent donc pour dire que selon leur expérience, l'accès aux services de santé en français est limité.

Facilitateurs disponibles améliorant l'accès

Certains facteurs favorisent l'accès aux services de santé en français. Les répondants au sondage avaient la possibilité de sélectionner parmi une liste les éléments qui leur sont disponibles et qui améliorent leur accès à ces services. La Figure 10 illustre ces options en ordre décroissant, tel que sélectionnées par les participants au sondage.



Professionnels de la santé bilingues

Selon les répondants, les deux options prédominantes qui sont disponibles et améliorent l'accès à des services en français sont celles d'un médecin de famille (48,8 %) ou d'autres professionnels de la santé bilingues (48,5 %). Notons toutefois que des différences statistiquement significatives sont observées selon la région de résidence du répondant en ce qui a trait au médecin de famille. Un pourcentage plus élevé de répondants en Alberta et dans les régions ontariennes (North Simcoe Muskoka et Thunder Bay) (67,9 % et 66,7 %, respectivement) a sélectionné cette option, comparativement à un pourcentage plus faible chez les participants de Terre-Neuve-et-Labrador (31,2 %). Par ailleurs, ce sont les répondants avec une scolarité universitaire qui rapportent plus souvent un médecin de famille bilingue comme solution (66,7 %), comparativement aux personnes ayant une scolarité de niveau élémentaire ou secondaire (41,2 %). Un participant aux entrevues précise toutefois : « *Je me réjouis d'avoir un médecin francophone, mais ce n'est pas suffisant* ». De plus, cinq participants aux entrevues précisent que les services d'un médecin bilingue étaient disponibles à un moment donné dans le passé, ailleurs au Canada. La présence d'autres professionnels de la santé bilingues est reconnue par les participants, entre autres des dentistes et des hygiénistes dentaires, des optométristes et des ophtalmologistes, des conseillers en santé mentale (psychologues ou travailleurs sociaux) et des infirmières. On rapporte également, mais en moins grand nombre, des thérapeutes (physio ou massothérapeutes), des gynécologues, des techniciens de laboratoire, des pédiatres, des chiropraticiens et des ostéopathes.

Annuaire des services en français et associations communautaires

Un annuaire ou un répertoire des services sociaux et de santé en français dans la communauté est un autre facteur qui améliore l'accès aux services en français chez une grande proportion des participants (44,8 %). Notons toutefois que moins les participants sont scolarisés, moins ils mentionnent l'annuaire comme facilitateur; par exemple, 29,4 % des participants sans scolarité postsecondaire identifient l'annuaire comme facilitateur à comparer à 68,2 % des participants avec des études universitaires de deuxième cycle. Plusieurs participants mentionnent un annuaire en ligne sur les sites de quelques organismes ou associations communautaires francophones. Par exemple, on cite en Saskatchewan le Réseau Santé en français de la Saskatchewan, qui semble être connu de plusieurs et qui diffuse un annuaire des services en français en ligne.

Selon les participants aux entrevues, les associations communautaires francophones semblent jouer un rôle important dans l'accès aux services en français, particulièrement dans l'Ouest canadien. On note, outre l'exemple cité plus haut, l'Association canadienne-française de Regina, la Fédération des aînés fransaskois et les Centres francophones communautaires, et en Alberta, le Centre d'accueil des nouveaux arrivants francophones et l'Association canadienne des volontaires unis dans l'action (CANAVUA). Ces organismes communautaires offrent, à l'occasion, un service d'aiguillage vers un médecin de famille bilingue, en particulier pour les nouveaux arrivants, ou un service d'accompagnement. Ces services sont dispensés par des bénévoles, mais certains organismes, comme ceux de la Saskatchewan, se chargent de la coordination et reçoivent des fonds de Patrimoine Canada. Les services disponibles comprennent le transport, l'accompagnement lors des consultations médicales ou à l'hôpital, et parfois un suivi avec la famille qui ne vit pas à proximité de la personne dans le besoin. Ces services sont surtout destinés aux aînés qui ont besoin d'un transport et d'un soutien émotionnel, mais également aux personnes atteintes de cancer qui sont trop malades pour voyager seules. Ceux qui ont bénéficié des services d'accompagnement témoignent du respect et de l'entregent des accompagnateurs qui mettent le patient rapidement à l'aise et en confiance. Le bénévolat est une importante valeur communautaire pour ces accompagnateurs, qui le font de bon cœur. Les participants ont été nombreux à affirmer que les organismes communautaires francophones jouent un rôle majeur comme facteurs facilitant l'accès aux services en français, car ils constituent une source d'information et de soutien facilement accessible.

Offre active

L'offre active de services en français, et plus spécifiquement le fait de se faire demander dans quelle langue le service est souhaité, est rapportée par environ le quart des participants au sondage (25,9 %). Ce sont les participants à plus faible et à plus forte scolarité qui déclarent avoir été consultés sur la langue dans laquelle ils préfèrent être servis (41,2 % et 39,4 %, respectivement), comparativement aux participants avec un diplôme collégial ou de premier cycle universitaire (22,1 %). Par ailleurs, l'épinglette permettant de repérer un employé bilingue et la publicité au sujet des services sociaux et de santé en français sont moins souvent mentionnées par les participants, soit 23,2 % et 21,5 % respectivement. Certains participants disent que les professionnels sont au courant des besoins de leurs patients francophones et reconnaissent l'importance de l'offre active, car *« il est plus facile pour eux de communiquer dans leur langue »*. Une participante relate le fait suivant : *« Quand je dois être admise ou vais à l'urgence, le médecin demande d'être accompagné d'une infirmière bilingue pour qu'il puisse vraiment comprendre les détails »*. Cette participante précise que ce médecin avait été recruté par une communauté francophone rurale et avait été informé au préalable des besoins de la clientèle francophone

de la communauté. Ainsi, les participants affirment que les prestataires de soins qui comprennent l'importance de la concordance de langue pratiquent l'offre active.

D'autres facteurs qui améliorent l'accès aux services en français sont la documentation se rapportant à la santé (31,6 %), un service téléphonique dans le domaine des services sociaux et de la santé (28,6 %) et des formulaires en français (27,3 %). À titre d'exemple, les participants aux entrevues ont identifié la ligne téléphonique Info-santé qui est parfois offerte en français grâce à une entente avec une province voisine où les services en français sont plus facilement accessibles, comme le Nouveau-Brunswick et le Manitoba. Un autre exemple : les formulaires en français liés à la demande d'une carte de santé, bien que les services téléphoniques associés à cette demande ne soient pas disponibles en français.

Service d'interprète-accompagnateur

Enfin, les services professionnels d'interprétariat, de navigation et d'accompagnement facilitent aussi l'accès à des services en français. Le service d'interprète est rapporté par une plus grande proportion de participants (23,6 %) que les services d'accompagnement (13,8 %) ou les services de navigation (13,5 %). Les répondants à faible revenu déclarent, en plus grande proportion (66,7 %), avoir besoin des services d'interprète. Parmi l'ensemble des participants au sondage, 9,4 % d'entre eux avaient déjà utilisé un service d'interprète. On note également que 10,4 % des répondants ont eu recours à un service de navigation et 4,0 % à un service d'accompagnement. Ce dernier pourcentage s'élève toutefois à 12,5 % à Terre-Neuve-et-Labrador et à 8,7 % à North Simcoe Muskoka et Thunder Bay, et est très faible en Saskatchewan (1,9 %) et en Alberta (0 %).

Selon les interprètes-accompagnateurs participant à cette étude, les francophones qui requièrent le plus souvent les services d'interprète ou d'accompagnement sont les personnes qui n'ont pas de soutien, que ce soit en matière de langue, de transport ou d'appui émotionnel. La raison principale de la demande de service est le souci de se faire comprendre. Les patients peuvent généralement communiquer en anglais dans d'autres circonstances, mais moins facilement dans le domaine de la santé : *« Où c'est technique, un peu stressant, où il y a des conséquences à donner la mauvaise réponse, le stress monte et c'est là qu'ils ont besoin de quelqu'un comme moi »*. Les patients sont plus souvent des aînés et des femmes enceintes, a priori immigrantes. Plusieurs patients viennent du Québec ou ont longtemps vécu dans un petit village francophone et leurs enfants n'habitent pas dans la même région ou ne sont pas disponibles au moment requis. D'autres ont des problèmes de mobilité ou vivent en régions rurales ou éloignées des centres urbains, où le transport en commun n'est pas disponible. Enfin, certains sont des visiteurs ou des touristes francophones en provenance d'autres régions du Canada.

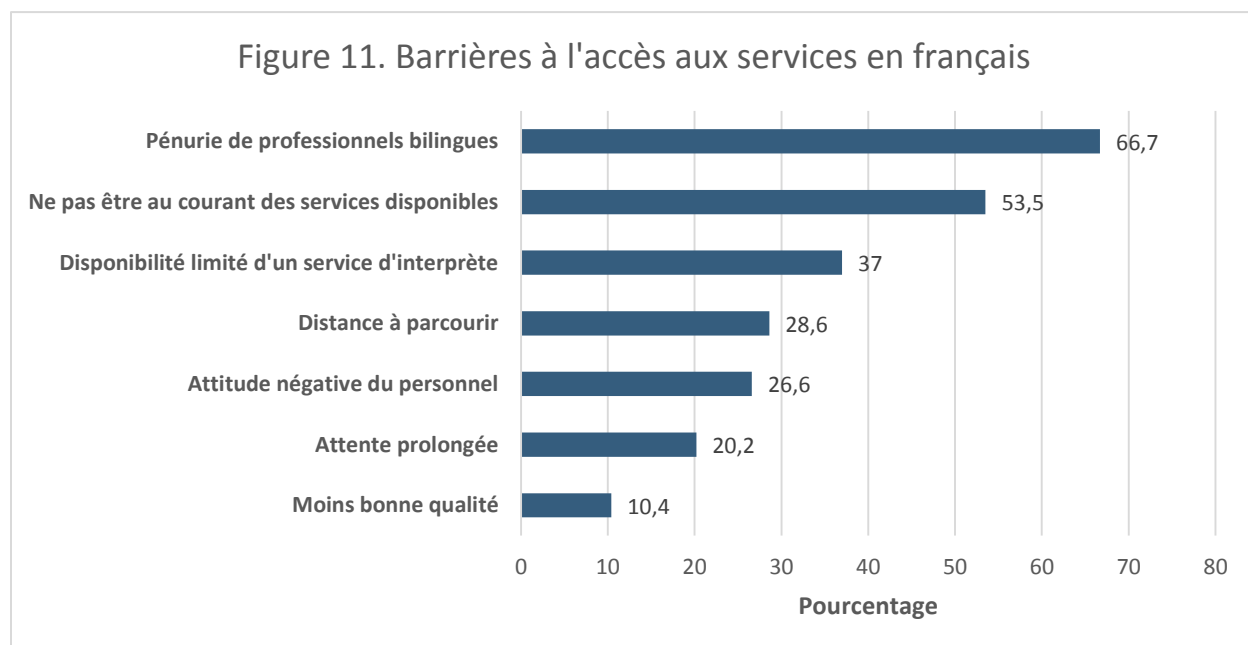
Selon les interprètes-accompagnateurs, les organismes qui offrent ces services sont généralement connus des francophones par le bouche-à-oreille. Les organismes font également de la publicité, particulièrement auprès d'autres établissements chargés de dispenser des services de santé, et cela, afin que les professionnels soient au courant de la disponibilité du service. Aussi, les professionnels qui ont transigé avec un interprète-accompagnateur sont informés de la disponibilité du service et sont invités à y faire appel au besoin. La publicité se fait aussi auprès des organismes francophones et des organismes d'aide aux immigrants, afin que les clients puissent eux-mêmes faire une demande d'appui. Les interprètes-accompagnateurs se déplacent dans divers milieux et travaillent auprès de nombreux professionnels : spécialistes, médecins en clinique et en milieu hospitalier, y compris aux soins intensifs et en chirurgie d'un jour, physiothérapeutes et autres types de thérapeutes, prestataires de services en oncologie,

dentistes et optométristes. Le service est donc disponible à tous les professionnels de la santé et à toute la clientèle francophone de la région.

Les avis sont partagés quant à la satisfaction à l'égard des facteurs qui sont disponibles et améliorent l'accès aux services de santé en français. Environ la moitié des répondants au sondage (47,9 %) jugent que les facilitateurs choisis correspondent adéquatement ou très adéquatement aux besoins associés à la langue, tandis que l'autre moitié (47,2 %) constate qu'ils répondent peu adéquatement ou inadéquatement à leurs besoins. Les participants à faible revenu (90,0 %) sont beaucoup plus nombreux, en termes de pourcentage, à rapporter que les options disponibles satisfont à leurs besoins, comparativement aux participants à revenu plus élevé (41,1 %). Ceux qui affirment que les options sélectionnées leur conviennent ont plus souvent choisi les formulaires de santé en français, le fait qu'on leur demande dans quelle langue le service est requis, un médecin de famille bilingue et une ligne téléphonique d'information et d'aiguillage dans le domaine de la santé et des services sociaux en français.

Barrières à l'accès

Les participants au sondage ont également été invités à sélectionner parmi plusieurs choix les barrières les empêchant d'accéder aux services en français, telles que présentées à la Figure 11.



Pénurie de professionnels bilingues

La barrière choisie par une plus grande proportion de participants est la pénurie de professionnels bilingues (66,7 %). Selon les participants aux entrevues, les services en français dans leur communauté sont faibles ou inexistant car la majeure partie du personnel est anglophone unilingue. Tel que précisé par quelques participants, être soigné par un professionnel bilingue, particulièrement en milieu hospitalier et dans les domaines spécialisés, relève du pur hasard. On rapporte également que bien que certains membres du personnel sont bilingues, ils ne sont pas toujours présents : « *La dame qui parlait français ne travaillait pas tous les jours... le lundi, elle n'est pas là, le mercredi et parfois le vendredi elle n'est pas là* ». De plus, certains répondants témoignent que les professionnels de la santé bilingues ne s'affichent pas : « *Les professionnels bilingues s'affichent rarement en tant que tels* » et « *Parfois, il y a du*

personnel qui parle français mais s'adresse seulement en anglais, même quand ils voient que la personne a de la difficulté à exprimer ses besoins en anglais ». Tous ces éléments font en sorte que les participants perçoivent une pénurie de professionnels bilingues.

Méconnaissance des services de santé et d'interprétariat en français

Une deuxième barrière importante est le fait de ne pas être au courant des services disponibles en français, comme le rapporte 53,5 % des participants au sondage. Cette proportion s'élève à 65 % ou plus pour les participants entre 18 et 39 ans et ceux de 55 ans et plus. Parce que les services en français sont peu nombreux, une recherche spécifique doit être faite pour les repérer. Cela exige, pour certains, un effort supplémentaire, tandis que d'autres avouent que « *ce n'est pas évident* » de trouver l'information recherchée. Cette recherche se fait souvent par Internet qui, comme le dit une participante, est une source d'information qui n'est pas accessible en tout temps et pour tous, en particulier pour les aînés et les démunis. Étant peu disponibles, les services en français sont d'autant plus difficiles à localiser : « *Ce qui me décourage, c'est quand ce n'est pas évident, et le temps que ça prend. Si ça presse, on le fait en anglais* ». D'autres encore perdent la motivation nécessaire à la recherche et à la demande de services en français : « *Il n'y en a pas, c'est assez simple* ». Pour toutes ces raisons, les participants vont utiliser un service en anglais.

Les participants indiquent également une disponibilité limitée ou non existante d'un service d'interprète (37,0 %), qui est plus fortement rapporté par les hommes (51,9 %) et les participants de 55 ans et plus (60,0 %). Un participant précise que le service d'interprétariat peut être disponible, mais « *si vous êtes malade dans l'après-midi ou le soir, tu es fait, car le service n'est seulement disponible en matinée. C'est une question de disponibilité du service d'interprète* ». Un autre participant de la Saskatchewan partage son expérience : « *Eux [le centre hospitalier] n'avaient pas recours aux services d'interprète, ça été une infirmière qui avait fait l'école à l'Alliance française, et ils se sont débrouillés pour faire l'interprétation. Je pense que ce n'est pas tellement professionnel pour un hôpital comme ça, il n'y avait pas pensé à l'avance* ». Dans un autre cas, un répondant fait valoir qu'à une occasion, un avis écrit pour un suivi médical précisait qu'en situation de difficulté associée à la langue, le patient devait être accompagné d'un interprète : « *C'est à vous de venir avec quelqu'un qui va essayer de jouer à l'interprète* ». Dans ce cas, le patient n'était pas informé de la disponibilité d'un service d'interprète professionnel.

Distance et attente prolongée

Une distance plus longue à parcourir pour obtenir un service en français (28,6 %) et une attente prolongée pour un rendez-vous avec un professionnel bilingue (20,2 %) sont également considérées comme des barrières à l'accès aux services. Ce sont dans les régions ontariennes de North Simcoe Muskoka et Thunder Bay qu'un pourcentage plus élevé de répondants constatent qu'il est nécessaire de parcourir une distance importante pour accéder à un service en français (58,3 %). La longueur des trajets à couvrir est également problématique en région rurale, car les soins spécialisés sont plus souvent offerts dans les centres urbains. Comme le décrit une participante : « *Ceux qui sont marginalisés, ils n'ont pas les moyens de transport* » et « *le système d'autobus n'existe plus entre petits villages dans le sud de la Saskatchewan... si tu dois te rendre à Swift Current ou Moose Jaw pour un rendez-vous, tu dois prévoir ta ride pour revenir* ». Une autre constate : « *On cherche à rester où c'est plus proche de nous, dans notre quartier, donc souvent, ça va juste être en anglais* ». Selon les dires de quelques participants, le fait que les services en français soient offerts dans un milieu mixte, c'est-à-dire que les médecins bilingues accueillent aussi des patients anglophones, contribue à allonger indûment le délai nécessaire à l'obtention d'un rendez-vous médical :

« [à ce centre de santé], c'est pour les francophones et les autochtones, les inuit et les anglophones.... On ne voit pas grand-chose de francophone là-dedans ». On préconise la mise sur pied de « *clinique avec tous les services, de la tête aux pieds, en français* ». On cite certains exemples, comme la Centre de Santé Communautaire Saint-Thomas à Edmonton, tout en précisant que, comme il s'agit de la seule clinique bilingue dans cette région, les temps d'attente pour y accéder sont excessifs. Les services en français sont donc disponibles, mais demeurent insuffisants pour répondre à la demande de façon adéquate.

Les frais supplémentaires que les patients ont à déboursier pour avoir recours à des services spécialisés à l'extérieur de leur région s'ajoutent à la difficulté d'avoir à parcourir une longue distance pour recevoir des soins en français. À titre d'exemple, cette participante a dû investir une somme considérable pour que son enfant soit évalué pour le diagnostic d'un trouble du spectre de l'autisme en français hors province : « *On a dû aller ailleurs, ça a coûté 3 semaines de salaire. Les frais de voyage ne seront probablement pas remboursés parce que nous sommes allés hors province* ». Des frais supplémentaires sont également rapportés pour consulter des services privés disponibles en français. Une participante non immigrante qui, après en avoir fait la demande, constate que « *le service d'interprète d'Immigration Canada, je ne peux pas y avoir accès. Je n'ai pas de service, je n'ai pas d'aide, à part de payer des 3 000 à 4 000 \$* ». Ces frais supplémentaires nécessaires à l'obtention d'un service de santé en français suggèrent fortement une inégalité d'accès aux soins pour les membres de la minorité linguistique officielle.

Attitude négative et qualité moindre du service

Certains participants au sondage ont également fait part d'une attitude négative de la part du personnel par rapport à la langue (26,6 %), particulièrement par les participants de 55 ans et plus (47,5 %). On ressent « *une ignorance ou incompréhension face à la situation et la réalité des francophones en milieu minoritaire, de la part du personnel et des professionnels* ». Certains professionnels de la santé ne semblent pas préoccupés par les enjeux associés à la langue et ne font rien pour résoudre les difficultés rencontrées. Souvent, « *ils n'ont pas le réflexe de demander si le patient a besoin des services dans une autre langue que l'anglais* » parce qu'ils croient que cela ne relève pas de leur responsabilité ou alors qu'ils n'éprouvent aucun intérêt à parler en français. Il revient donc au patient de faire une demande de service en français ou d'un service d'interprète. D'autres mentionnent aussi une qualité moindre de service (10,4 %). Certains participants aux entrevues font part de leur crainte d'un manque de confidentialité dans une petite communauté francophone : « *Tout le monde se connaît, je ne suis pas certaine que le secret professionnel est toujours respecté avec un médecin francophone qui traite beaucoup de personnes que je connais* ». Comparativement aux autres régions, un plus grand pourcentage de répondants de North Simcoe Muskoka et Thunder Bay en Ontario constatent une attitude négative de la part du personnel envers la langue (54,2 %) et une moins bonne qualité de service (16,7 %). Rappelons toutefois que le nombre de répondants de ces régions est faible (n=24), et que ces données doivent donc être considérées avec précaution.

L'attitude négative concernant l'offre de services en français se fait sentir également à d'autres niveaux de responsabilité, tels auprès des gestionnaires d'établissements de santé, des réseaux de santé et des décideurs politiques. Dans quelques régions, on rapporte que, bien que des postes et des services soient désignés bilingues, les besoins des francophones en ce qui a trait aux services sociaux et de santé ne font pas l'objet d'une réelle préoccupation de la part des gestionnaires. Il est aussi clair qu'existe un manque évident de volonté de désigner des postes bilingues :

Il y a une énorme friction autour de l'idée de désigner les postes bilingues car il n'y a pas la volonté de désigner des postes bilingues [...] La vérité, c'est qu'on est beaucoup plus nombreux à pouvoir parler en français. Mais ce n'est pas reconnu par la gestion. La paperasse pour désigner un poste bilingue a intimidé le gestionnaire, et ce n'est pas la priorité.

D'autres constatent un non-respect systématique des lois sur les services en langue française : « *Ils ne la prennent pas au sérieux parce que les francophones parlent tous anglais [...] Les politiques sont développées, mais pas mises en vigueur par rapport aux francophones. Les services ne sont pas accessibles aux francophones* ». Les participants perçoivent donc que, de façon générale, peu d'importance est accordée à la minorité linguistique officielle.

Absence d'offre active

En ce qui concerne l'offre active, la majorité des répondants aux entrevues abondent dans le même sens : l'offre active n'est pas couramment pratiquée dans les services auxquels ils ont eu recours : « *Non, jamais, absolument pas. Tout se passe en anglais* » et « *Trop souvent, on ne nous donne pas le choix. Le service est donné spontanément en anglais, donc on ne nous demande même pas si on a besoin, si on comprend l'anglais ou pas* ». Il n'y a aucune enseigne indiquant qu'un service est disponible en français, ni épinglettes qui identifient le personnel bilingue. Pour obtenir un service en français, il faut le chercher, le demander et s'informer de la possibilité d'être soigné en français par un professionnel bilingue. Un autre obstacle identifié par les participants est de se buter à un service qui s'affiche comme étant bilingue tout en ne l'étant pas.

Les interprètes-accompagnateurs participant à l'étude observent également très peu d'offre active. Une interprète-accompagnateur constate : « *On peut dire que même ceux [les professionnels] qui parlent français dans les hôpitaux et cliniques, ils ne le disent pas. On ne pose même pas la question [au patient] « Quelle est la langue à laquelle vous êtes le mieux habituée? », et une autre « Aucune mention de la langue quand je suis allée dans un hôpital pour des examens* ». Il n'est donc pas évident de repérer le professionnel qui est en mesure d'offrir un service en français, ni les services qui sont disponibles en français. Par ailleurs, les interprètes font valoir que les professionnels bilingues ne sont pas toujours en mesure de discuter de problèmes de santé en français : leurs compétences en français sont insuffisantes et ils ne connaissent pas les termes médicaux appropriés pour bien expliquer en français un diagnostic, les traitements proposés et les suivis nécessaires. L'offre active demeure donc très limitée.

L'importance de la concordance de langue

La majorité des participants au sondage (86,0 %) indiquent qu'il est important ou très important pour eux de recevoir des services de santé en français. Toutes les personnes ayant de faibles compétences en anglais, ainsi que la majorité des personnes ayant une excellente ou très bonne maîtrise de l'anglais (74,8 %), affirment que les services en français sont importants pour eux. La fréquence à laquelle ces services sont requis est toujours ou souvent pour plus de la moitié des participants (52,1 %), et parfois pour environ le tiers (35,8 %). En tenant compte de l'aisance à converser en anglais lors de consultations médicales, les participants ayant des compétences faibles en anglais sont plus nombreux à dire que les services sont toujours ou souvent nécessaires (78,0 %), tandis que ce pourcentage est plus faible chez les personnes ayant une excellente ou très bonne maîtrise de la langue majoritaire (37,7 %).

Populations vulnérables

Selon les participants, certaines sous-populations sont plus vulnérables en ce qui concerne la concordance de langue lors d'une consultation en santé. Parmi ces groupes, on note les enfants qui ont une faible connaissance de la langue anglaise : « *Chez le médecin, le dentiste, les enfants ne peuvent pas parler [en anglais] et ne comprendront pas, donc il faut toujours que je sois là pour expliquer et traduire* ». On souligne que « *surtout pour les enfants qui doivent exposer eux-mêmes les défis qu'ils vivent, s'ils ne peuvent pas l'exprimer, ça avance pas ou beaucoup moins vite que si on passe par un intermédiaire* ». Parmi ces enfants, certains ont des troubles d'apprentissage, comme le trouble du spectre de l'autisme, ou des maladies chroniques comme le diabète. Ces enfants ont besoin de suivis plus fréquents et avec plusieurs professionnels, selon un participant. Une autre participante témoigne que si l'enfant a déjà reçu des soins ailleurs, au Québec par exemple, le dossier médical est en français, ce qui a pour effet de compliquer la transition auprès d'intervenants anglophones.

La mobilité des Canadiens est un élément qui a été soulevé par plusieurs participants aux entrevues. Près de la moitié de ces derniers révèlent qu'ils sont originaires d'une région francophone du Canada et que leur langue maternelle est le français. Plusieurs ont vécu une adaptation difficile en déménageant dans une province majoritairement anglophone. Les embûches associées à la compréhension d'un nouveau système de santé, à la demande d'une carte de santé provinciale et à la recherche d'un médecin de famille et de services de santé sont complexifiées par le fait que la quasi-totalité des services sont offerts dans la langue officielle majoritaire de la province d'adoption. Bien que le Canada soit reconnu comme un pays bilingue et que « *le français, c'est une langue officielle, alors logiquement, ça devrait être fait* », les participants déplorent que le bilinguisme ne soit pas toujours présent, en particulier en milieu minoritaire à faible densité de francophones : « *Ce n'est pas parce qu'on est moins nombreux qu'on ne devrait pas avoir accès aux services en français* », ou encore « *si on connaît seulement le français, on est trop limité, on n'a pas les mêmes atouts que ceux qui sont anglophones. On ne va pas loin* ». Les problèmes liés à la discordance de langue touchent donc les Canadiens francophones qui déménagent dans une province majoritairement anglophone.

Situations de vulnérabilité

Les circonstances où il est considéré essentiel de recevoir des services en français, d'après les participants, sont nombreuses. En voici l'énumération, présentée en ordre décroissant selon le nombre de participants au sondage qui les ont identifiées par le biais de commentaires : auprès du médecin de famille (n=21), dans des situations urgentes (n=21), lors d'une consultation en santé mentale ou service social, soit en thérapie avec un psychologue ou pour un rendez-vous avec un travailleur social (n=20), auprès des spécialistes (dentistes, orthophonistes, pharmaciens, entre autres) (n=15), ainsi qu'avant, pendant et après un séjour en milieu hospitalier pour une maladie grave ou une chirurgie (n=11).

Le recours aux services en milieu hospitalier, particulièrement au département d'urgence, est problématique pour les personnes dont l'anglais est la langue seconde car, dans de telles situations, il est difficile de prévoir un accompagnement ou les termes en anglais pour décrire les symptômes et la douleur ressentie. On relate des expériences traumatisantes pour des membres de familles ayant une faible connaissance de l'anglais : « *Une fois l'année dernière, j'étais en voyage. Elle [mon épouse] a été apportée d'urgence à l'hôpital, et elle devait subir une chirurgie, et là il n'y avait personne pour comprendre ce qu'elle dit et pour que le médecin la comprenne* ». Une autre personne, qui souffre d'asthme, apporte ce témoignage :

Une fois, j'ai fait une crise, j'ai appelé le 911, mais le 911 m'a rendu plus malade que ma maladie... Je suis malade, mon niveau de langue n'est pas du tout acceptable, et ils veulent quand même me poser des questions... avant qu'ils m'envoient quelqu'un. Pour une urgence vitale comme l'asthme, je ne comprends pas.

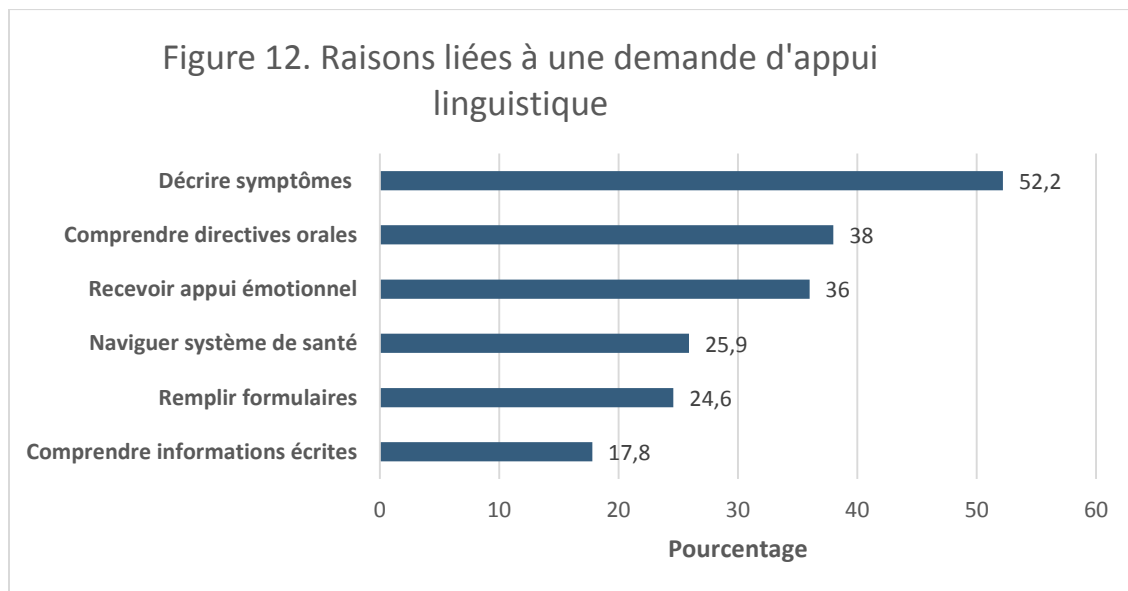
Une autre participante, elle-même infirmière, raconte une expérience où une patiente n'a pu décrire ses symptômes correctement, et, en conséquence, n'a pas reçu les soins appropriés : *« Ce qu'elle décrivait comme symptômes, c'était un arrêt cardiaque avec une embolie pulmonaire, et puis ce que les personnes traitantes comprenaient, c'était des douleurs abdominales... après 8 heures, elle s'est rendue aux soins intensifs, elle a presque failli mourir »*. Ces expériences vécues illustrent la sévérité potentielle des répercussions de la discordance de la langue sur l'accès aux services.

D'autres situations, bien que moins dramatiques, démontrent cependant l'importance primordiale de recevoir des services dans sa langue. On fait mention ici de conditions qui entraînent une grande vulnérabilité, par exemple lorsque le patient présente des facultés cognitives affaiblies, tel un aîné atteint de démence, une personne souffrant de douleurs accablantes ou sous l'effet de médicaments puissants, comme au réveil à la suite d'une chirurgie. Dans de telles circonstances, il peut être difficile de s'exprimer dans la langue majoritaire : *« Je suis parfaite bilingue, mais quand je suis en douleur, je ne le suis pas »*. Ou encore : *« Mon père a eu une crise cardiaque, il a été fort malade pendant l'hiver, il prenait beaucoup de médicaments, donc il n'était pas lui-même. Il ne comprenait pas parce qu'il était drogué »*. Une autre situation met en scène une femme en proie à une crise de violence qui, à la suite d'une attaque de son partenaire, s'est vue dirigée vers des services psychiatriques et médicamentée pour réduire son état d'hystérie. N'ayant accès à aucun service en français, la patiente ne pouvait exprimer sa détresse, ni à une infirmière, ni au médecin, ni au travailleur social assigné à son cas : *« Toutes ces nuances ont fait que cette femme était sur médicamentée, elle était comme du Jello, elle ne pouvait pas se lever la tête de la table pour être capable d'articuler les vraies choses et vraiment comprendre les questions »*. Pour d'autres participants, le besoin essentiel d'un service dans sa langue est également évoqué en cas de détresse psychologique : *« C'est dur d'expliquer quelque chose, surtout quand c'est de l'émotion, si ce n'est pas dans ta langue et tu n'as pas le vocabulaire pour ça »*. Les patients qui vivent un état de vulnérabilité chronique ou ponctuel sont davantage à risque de subir des impacts négatifs très sérieux sur leur santé en lien direct avec leur incapacité à communiquer leurs besoins dans une langue seconde.

Pourquoi la concordance de langue importe

Les raisons principales pour lesquelles un appui linguistique est requis sont illustrées à la Figure 12. Parmi un choix de réponses, les participants ont choisi comme raison principale de pouvoir bien décrire ses symptômes (52,2 %). Plusieurs des participants aux entrevues ne se sentent pas à l'aise de s'exprimer en anglais dans le domaine de la santé : *« Si on doit aller se faire soigner et on doit parler en anglais, et l'anglais n'est pas ma première langue, on n'est pas confiant »*. Pour une autre, *« C'est difficile de véhiculer et partager ton problème quand sa langue n'est pas la tienne »*, en parlant d'un intervenant qui ne comprend pas le français. Une participante précise que la langue est importante pour transmettre les informations pertinentes au soignant : *« En matière de santé, il est très important de se faire comprendre par le médecin pour éviter les faux diagnostics »* et encore *« Ça a beaucoup d'influence, parce que si j'explique mieux, je suis mieux orientée ou le médecin sait quel examen il doit faire »*. Un répondant décrit une expérience vécue par une collègue, qui démontre justement à quel point la langue est un enjeu majeur : *« Sa mère avait une odeur qui lui sortait du bas du corps et le médecin disait que c'était juste une*

infection de quelque sorte. Entre-temps, parce qu'elle ne s'exprimait pas comme il faut en anglais, ils ont découvert quand elle est décédée qu'elle avait le cancer de l'utérus, avec aucun traitement ». On rapporte également l'usage d'expressions francophones difficilement traduisibles, tel que « *d'avoir mal au cœur* », qui ne correspond pas à un trouble cardiaque mais plutôt à un malaise digestif. Par ailleurs, la méconnaissance des termes médicaux en anglais semble également être problématique : « *Mon niveau d'anglais est moyen avancé. Je n'ai pas tous les mots techniques, je n'ai pas le vocabulaire, il me manque des mots* ». Selon les participants, la concordance de langue est essentielle pour pouvoir bien décrire ses symptômes et donc recevoir les bons soins.



La deuxième raison invoquée pour demander de l'aide face à des difficultés linguistiques est de s'assurer de bien saisir, comme l'indique un participant, les directives orales données par l'intervenant (38 %) : « *pour bien comprendre le service donné et suivre les recommandations du médecin* ». Ces directives se rapportent aux traitements, aux ordonnances et aux tests diagnostiques prescrits.

À égalité dans l'ordre d'importance est le besoin de recevoir un appui émotionnel (36 %). Une participante partage, avec incrédulité, une expérience avec une psychologue : « *J'écrivais en français sur Google traduction, et la psychologue lisait la traduction...* ». Comme le témoigne une autre personne : « *Quand ma santé n'est pas bonne et que j'ai besoin de confier ou raconter ma peine à un médecin qui comprendra et me laissera comprendre ce que j'ai besoin de faire, en ce moment, j'ai besoin de l'assurance et de la confiance et une écoute attentive* ». On reconnaît l'importance de la langue, de la « *spontanéité linguistique lors de discussions sensibles* ». Un parent affirme : « *Quand les parents ont de jeunes enfants, il y a beaucoup de questionnement durant cette période. Il y a déjà un souci pour ce qui se passe, le fait d'avoir un autre obstacle, soit la barrière de la langue, ajoute considérablement au stress déjà présent* ». Enfin, une demande d'appui face aux défis associés à la langue est aussi courante lorsqu'il s'agit de mieux naviguer dans le système de santé (25,9 %), c'est-à-dire de savoir où aller pour obtenir le service approprié, remplir des formulaires de santé en anglais (24,6 %) et comprendre les informations écrites en anglais (17,8 %).

Impact de la discordance de langue sur l'accès aux soins et la qualité du service

Les expériences vécues et décrites précédemment sont issues de circonstances ayant mis les patients à risque et, pour certains, dans des situations extrêmes de vie ou de mort. Rappelons la dame qui décrivait ses symptômes de troubles cardiovasculaires faussement interprétés comme étant liés à un trouble digestif, celle souffrant d'une crise respiratoire aiguë et devant répondre à des questions en anglais avant que les ambulanciers ne soient envoyés à son secours, la dame sur médicamentée ou encore celle décédée d'un cancer non diagnostiqué et non traité. Soulignons également qu'une proportion importante de répondants affirme ne pas avoir recours à des services de santé en raison de la discordance de langue. D'autres exemples témoignent éloquentement de l'impact de la langue sur l'accès aux bons soins et la qualité du service reçu.

Ainsi, une incompréhension des symptômes dont souffre le patient peut faire en sorte que le patient ne bénéficie pas des soins dont il a besoin : « *Si j'étais capable de leur faire comprendre ce que je ressens, ils pourraient réagir plus vite* ». Le diagnostic est donc plus difficile à établir, car le soignant ne comprend pas les symptômes décrits par le patient et doit demander des tests supplémentaires : « *Je pense qu'en l'expliquant mieux, le médecin comprendra ce qu'est le réel problème et il pourra se passer de tel et tel examen* ». Dans une telle situation, le traitement et l'examen prescrits peuvent ne pas être appropriés, et ne pas contribuer à résoudre le problème de santé. Dans un autre cas, une participante dit être en attente d'une chirurgie, qu'elle perçoit comme étant une attente injustement prolongée du fait que « *mon médecin de famille qui ne parle pas français, il est bien gentil mais il a plus de difficulté à comprendre mes besoins et moi aussi à comprendre ce qu'il peut m'offrir. J'attends, j'attends, j'attends [ma chirurgie]* ». Cette situation engendre une certaine frustration chez cette patiente, car son problème de santé perdure en raison des délais indus impartis à sa chirurgie. Une autre participante confie qu'une mauvaise communication a fait en sorte qu'elle n'a pas bien suivi les consignes qui lui avaient été données : « *Je n'avais pas bien compris, j'ai mal administré le médicament, c'est ce qu'il m'a dit aujourd'hui... [] C'est frustrant parce qu'on n'est pas sûr de bien suivre les instructions, de comprendre les directives, et on est insatisfait* ». Un autre témoignage révèle que l'incompréhension linguistique de la part du prestataire de soins a fait en sorte que le patient a dû consulter plus d'une fois avant d'obtenir un service approprié : « *Avoir eu un interprète, ils auraient vite compris la gravité de la situation. Il a fallu qu'elle reparte à la maison et qu'elle revienne le lendemain pour que les gens puissent comprendre son état* ». Enfin, un autre participant rapporte l'ordonnance d'un médicament non approprié à son problème de santé : « *Parfois, on va recevoir des médicaments qui ne sont pas appropriés à la maladie, et donc la maladie ne va pas bien guérir* ». Les conséquences d'une discordance de langue influencent donc l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci; le malaise et l'inquiétude du patient peuvent être aggravés en raison d'exams supplémentaires qu'il doit subir, d'un traitement inadéquat, d'une attente prolongée pour un suivi ou de consignes mal suivies. De même, une ou des consultations ultérieures pour le même problème de santé qui n'est pas résolu ne sont pas exclues.

Les interprètes-accompagnateurs sont en mesure d'observer les interactions entre patients francophones et prestataires de soins lors des consultations. Tous ont pu faire part d'incidents démontrant les effets négatifs de la discordance de langue. Voici quelques récits, à titre d'exemple :

Il y a deux semaines, je suis appelée par un médecin qui demande que je vienne pour une patiente. Elle y avait été auparavant, parce qu'elle avait eu un diagnostic. Elle avait compris qu'elle avait une infection au cerveau, et dans sa tête, c'était vraiment ça, c'était quasiment

le cancer, pis c'est ce qu'elle disait au monde autour d'elle, à sa famille et ses amis, et en fin de compte, quand je suis allée avec elle, c'était totalement différent, elle avait eu une infection entre deux couches de peau sur le crâne, mais ce n'était pas dans le cerveau. Mais elle, dans sa tête, c'était le cerveau qui était affecté. Elle a mal compris son diagnostic. C'est une très grosse différence. Sa famille était inquiète, elle était inquiète, et ils voyaient ça beaucoup plus gros que ce que c'était.

J'ai une expérience avec une autre femme enceinte, qui n'arrivait pas à parler du tout la langue, donc elle allait toute seule [chez le médecin] et essayait d'expliquer, mais on ne pouvait pas [la] comprendre... le médecin n'arrivait pas à comprendre le problème. Heureusement qu'il n'était pas trop tard parce quand on rentre avec eux et on explique, tu vois comment le médecin est bien surpris de comprendre et de savoir que c'était ça leur problème. Ce n'est pas seulement une personne ou deux, c'est arrivé à beaucoup [de patients].

Les participants aux entrevues apprécient néanmoins les services reçus et sont nombreux à en vanter la qualité malgré les difficultés que posent les incompréhensions dues aux barrières linguistiques : « *Tout le monde fait le plus qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont* » dit une participante, ou encore « *Une fois qu'on a compris le mal, je pense que les services sont de bonne qualité* ». La perception de ne pas être respecté à titre de citoyen à part entière et membre d'une minorité de langue officielle existe cependant. Certains se sentent comme « *des citoyens de deuxième classe* » parce qu'ils ne sont pas en mesure d'être compris lorsqu'ils s'expriment dans leur langue maternelle. Ce sentiment d'infériorité est parfois vivement ressenti par des participants à l'étude, car ils ont l'impression d'en savoir moins sur leur état de santé et d'être ainsi privés d'informations importantes. Comme le décrit cette jeune femme enceinte : « *C'est sûr que ce ne serait pas pareil si j'étais suivie par un médecin francophone, je pense que je serais mieux informée* ». Des recherches supplémentaires et un investissement additionnel en temps sont souvent nécessaires à cette fin, comme le décrit une répondante qui a participé deux fois à la même séance d'information sur la santé pour être mieux préparée à subir une chirurgie dans un milieu hospitalier anglophone : « *Je me suis préparée beaucoup, beaucoup du vocabulaire anglais de l'hôpital pour me faire comprendre* ». La gêne associée à une compréhension inadéquate des consignes du médecin a aussi été évoquée par plusieurs participants. Certains soulignent même que le fait de ne pas bien saisir les propos du médecin et de le faire répéter est susceptible de rendre ce dernier impatient; donc, par la suite, pour éviter de créer des tensions, « *tu fais semblant d'avoir compris alors que non* ». Ces exemples sont tous des preuves d'une atteinte à la qualité du service causée par la discordance de langue entre le patient et l'intervenant, car le service auquel le patient pourrait s'attendre n'est pas rendu ou l'est de façon incomplète.

Pratiques courantes en interprétariat-accompagnement en milieu minoritaire

Les interprètes, navigateurs et accompagnateurs qui ont participé à cette étude décrivent leurs rôles de façon très similaire, peu importe où ils travaillent. Cependant, leurs titres professionnels diffèrent considérablement. Pour certains, la fonction de *navigateur en santé* suggère un rôle de référence des francophones et des prestataires de soins vers les services disponibles en français. Comme nous le verrons dans la section qui suit, ces navigateurs font principalement de l'accompagnement et de l'interprétariat. D'autres sont reconnus comme étant des interprètes, mais font également de l'accompagnement et, à l'occasion, de la navigation. Afin de simplifier la lecture de cette section, le terme interprète-accompagnateur sera utilisé de façon générique.

Les rôles et responsabilités des interprètes-accompagnateurs

Le rôle de l'interprète-accompagnateur est habituellement documenté dans une description de tâches, du moins lorsqu'il s'agit d'un poste rémunéré. Ces tâches sont variées, et comprennent, en plus de l'interprétation entre professionnels de la santé et patients, l'accompagnement de ces derniers et des fonctions en lien avec la navigation vers les services en français. De façon générale, les tâches associées à l'interprétariat demeurent globales et peu définies, tel que « *interpréter fidèlement l'information pour assurer une communication efficace entre les clients et les professionnels* » et « *garantir la confidentialité et l'objectivité en tout temps* ». Les tâches d'accompagnement sont plus détaillées, comprenant l'accueil, l'orientation et le transport du patient pour ses rendez-vous, le soutien au patient et à sa famille et le suivi après le rendez-vous, au besoin. Les fonctions associées à la navigation varient, et peuvent comprendre la compilation et la mise à jour d'un répertoire des services et des ressources disponibles en français dans les organismes de la communauté, la liaison entre organismes de santé auxquels ont recours les francophones et l'offre d'information, de références et de recommandations aux patients ainsi qu'aux prestataires de soins en ce qui a trait aux services disponibles en français. La description de tâches des interprètes-accompagnateurs bénévoles se transmet plutôt à l'oral, lors d'une rencontre avec le coordonnateur du service ou d'une présentation plus formelle, ou par envoi de documents par courrier électronique. Les différentes tâches, telles que décrites par les participants, sont détaillées à l'Annexe 5.

Bien que plusieurs participants conçoivent leur rôle comme étant « *la voix du patient qui ne peut pas s'exprimer aisément en anglais* », la majorité constate également l'importance d'un soutien émotionnel ou d'un appui moral, car cette clientèle a besoin d'être rassurée face à la situation médicale en question :

Ce que je fais, le résultat de mon action avec ces gens-là quand je les accompagne, c'est 80 % du support moral et de l'appui à la personne. L'aspect de compréhension linguistique est primordial, car si la personne ne comprend toujours pas le mot important, tout peut tomber à l'eau, mais le fait qu'il y ait une personne avec elle ou lui, la personne est plus en confiance, pose plus de questions et comprend mieux.

En voici un autre exemple : « *Souvent, quand je vais au Centre du cancer, il y a de mauvaises nouvelles qui arrivent, des fois c'est dur pour un patient d'être assis là tout seul, et se faire dire qu'il n'y a plus rien à faire. Juste le fait d'avoir quelqu'un là avec eux-autres, ils se sentent moins seuls* ». Selon la majorité des participants, le soutien émotionnel représente une part importante de leur travail auprès des patients.

De façon générale, les interprètes-accompagnateurs se sentent confiants dans leur rôle d'interprète et disent maîtriser suffisamment les deux langues officielles pour être en mesure de faire de l'interprétariat. Les éléments aidants sont l'expérience dans le domaine de la santé et la formation reçue en terminologie médicale de même que sur le plan des responsabilités associées à l'interprétariat ou à l'accompagnement. L'expérience antérieure dans le domaine de la santé est aussi bénéfique : « *J'ai toujours travaillé avec les personnes âgées, donc j'ai de l'expérience, les hôpitaux, il n'y a rien qui me dérange* ». La confiance vient aussi avec l'expérience : « *L'expérience de vie nous apprend à faire bien des choses* ».

Formation en interprétariat

La formation reçue par les interprètes-accompagnateurs participant à cette étude varie. Un participant a bénéficié d'une formation à distance en anglais d'une durée de 3 ans, à temps partiel et comprenant 6 modules, dont l'un sur l'interprétation médicale. Un autre a suivi une formation de 3 semaines en interprétation juridique. Certains bénévoles ont complété une formation se rapportant à la terminologie

médicale, sous le format d'un programme en ligne en anglais d'environ 4 mois et comprenant huit modules. D'autres ont aussi tiré parti d'une formation de quelques heures offerte par une interprète professionnelle portant sur les droits et les responsabilités des interprètes. Tous ont une connaissance de base de la confidentialité et du professionnalisme, tandis que certains possèdent également une maîtrise approfondie des sujets de l'intégrité, de l'impartialité, de la fidélité de l'interprétation, des limites de l'interprétariat et de la représentation du patient. En fait d'évaluation linguistique, la moitié des participants ont été évalués à l'écrit et à l'oral dans les deux langues par un département spécialisé à cet effet.

Aucune formation n'a cependant été prodiguée aux participants au sujet de l'accompagnement. Un participant soulève toutefois que les services d'appui pour les populations des Premières Nations et les personnes souffrant de cancer sont des pratiques exemplaires qui servent de modèles pour l'offre de services d'accompagnement aux francophones en situation minoritaire. D'après la majorité des participants, les compétences requises pour l'accompagnement relèvent de la compassion, de la générosité et de l'empathie : *« J'aime aider les gens, et j'en bénéficie aussi. Je le fais avec beaucoup de plaisir, je donne ce que je reçois la vie, c'est de donner au suivant. Il faut de la générosité et de l'empathie »*. Les interprètes-accompagnateurs qui ont participé à cette étude sont globalement perçus, lors des entrevues, comme étant des personnes compatissantes, patientes, avec un désir profond d'aider les gens dans le besoin. Selon un participant, il faut être délicat et démontrer un savoir-faire pour ne pas offusquer ni le prestataire de soins, ni le patient. Souvent, des situations délicates se présentent, comme lors du diagnostic d'une maladie sérieuse. Pour un patient qui vit seul, l'interprète-accompagnateur doit être vigilant : *« Ce n'est pas une mince affaire... il faut être là »*. Ces personnes reconnaissent le besoin de ces services dans leur communauté et sont heureuses de pouvoir contribuer au bien-être de ses membres. *« C'est très important parce qu'au moins, la personne est satisfaite, elle est guérie, elle a les soins qu'elle doit avoir. Parce que quelque part, c'est la santé... Si le médecin comprend mieux ce qu'il y a avec le patient, ça réduit le risque de la mort. Pour moi, c'est très, très important »*.

Défis associés à l'interprétariat-accompagnement

Les participants aux entrevues ont pu préciser leur expérience en ce qui a trait à l'interprétariat et l'accompagnement, que ce soit par un proche, un bénévole ou un service professionnel. Ceux qui ont été accompagnés par un proche ont révélé certaines difficultés associées à cette pratique. D'abord, certaines personnes n'ont pas de réseau de soutien familial ou communautaire et donc ne peuvent demander à quiconque de les accompagner. Ceux qui sont isolés socialement, vivent en région rurale ou sont nouvellement déménagés forment la majorité de ces personnes. D'autres encore ont un réseau de soutien, mais ce dernier n'est pas à proximité. Enfin, même ceux qui bénéficient d'un soutien actif dans la communauté font face à des problèmes de coordination entourant la prise du rendez-vous et la disponibilité de l'accompagnateur : *« Déjà en partant, pour prendre un rendez-vous chez des spécialistes, c'est déjà difficile. En plus il faut que je dise à mon conjoint de prendre congé tel jour, à telle heure, viens avec moi. Ce n'est pas plaisant, ni pour lui, ni pour moi »*. Le malaise lié au fait de devoir fréquemment demander un appui est ainsi exprimé par d'autres participants : *« Toujours demander au monde, ce n'est pas toujours agréable »*.

Des défis ont également été identifiés par les participants qui ont agi à titre d'accompagnateurs pour un membre de la famille ou un collègue. Ils indiquent que certaines personnes nécessitent beaucoup de soutien. Que ce soit pour l'accès aux services et la prise de rendez-vous, ou l'accompagnement lors des

consultations, l'accompagnateur doit prendre en charge une responsabilité supplémentaire. Dans le cas de thérapies à long terme, comme, par exemple, celle d'un enfant autiste, l'accompagnement se fait évidemment sur une longue période. D'autres constatent une réticence de la part de la personne qui est accompagnée, particulièrement si ce n'est pas un membre de la famille, car *« en fait, il n'y a plus de secrets »*. Pour cette participante, qui ne se sent pas formée comme interprète, elle se dit qu'*« avec un interprète qualifié, il y a l'aspect de professionnalisme, la confidentialité, tandis que pour moi, c'était informel, elle ne veut pas dévoiler tous ses problèmes, tous ses secrets. Avec un service d'interprète, c'est clair, c'est officiel, il y a des règles de conduite »*. Il arrive aussi que l'anglais soit la langue seconde de l'accompagnateur : *« Je suis principalement francophone donc je ne connais pas nécessairement tous les mots en anglais »* et une autre *« j'ai personne ici à part mon conjoint [...] mais je parle mieux l'anglais que lui »*. L'accompagnement par un membre de la famille ou un ami est apprécié, mais pose des défis certains.

D'autres embûches ont également été identifiées en ce qui a trait aux services d'accompagnement offerts par des bénévoles de la communauté. Bien qu'un répondant indique que les médecins sont généralement à l'aise en présence de l'accompagnateur bénévole, il arrive qu'en milieu hospitalier, l'accompagnateur, n'étant pas un membre de la famille, soit moins bien accueilli. D'autres obstacles peuvent aussi nuire à l'efficacité d'un service bénévole : des accompagnateurs âgés et une disponibilité variable des bénévoles qui s'accordent mal avec la flexibilité exigée par cette fonction, puisque les scénarios de recours aux soins sont très variés. On mentionne également des tâches supplémentaires à l'accompagnement, comme celles de créer des liens avec les membres de la famille qui ne vivent pas à proximité de la personne dans le besoin et de devoir avertir l'hôpital à l'avance du fait que le patient sera accompagné d'un bénévole. Enfin, des expériences d'accompagnement antérieures négatives et la question de la confidentialité dans les petites communautés font parfois en sorte que l'accompagnement n'est pas demandé.

Les interprètes-accompagnateurs ont également fait part de défis substantiels par rapport à la question du bénévolat. D'abord, il est difficile de recruter des interprètes-accompagnateurs bénévoles. Ces individus doivent avoir une bonne connaissance des deux langues officielles, avoir une voiture pour faire de l'accompagnement et être disponibles pendant le jour. Par ailleurs, on ne peut exiger qu'ils se déplacent sur de longues distances pour se rendre aux rendez-vous médicaux ou qu'ils soient flexibles dans leur emploi du temps. Or, dans le milieu de la santé, il arrive fréquemment qu'un rendez-vous ou une évaluation de santé soit repoussé à la dernière minute, changeant ainsi, avec un préavis minimal, l'horaire déjà fixé avec le bénévole et que le temps prévu pour un examen s'avère complètement inexact : *« L'autre fois avec Mme X., j'ai passé la journée, c'était supposé être un rendez-vous ou des tests pour ses vaisseaux sanguins et c'était supposé être 1,5 à 2 heures, ça s'est fait reporter et en fin de compte ça été 10 heures en tout... »*. La coordination des suivis, tests diagnostiques et ordonnances, si ces derniers sont requis, peut aussi se révéler problématique : *« Si pour Mme X. je n'avais pas été disponible après-midi, ça a déjà été un fichu problème de trouver quelqu'un de qualifié pour agir comme interprète, s'il faut la remplacer parce que le rendez-vous est prolongé... le problème est en double pour la coordination »*. Une interprète-accompagnatrice chevronnée, dont la connaissance éprouvée des services offerts par certains professionnels de la santé fait en sorte qu'elle peut prévoir ces situations, est sans nul doute avantagée par rapport à des bénévoles à l'expérience limitée. Il arrive à l'occasion que l'interprète-accompagnateur demande à être remplacé par un autre interprète. Cette démarche est toujours facilitée par le fait que les postes d'interprètes-accompagnateurs sont rémunérés et à temps plein. Les nombreux défis associés au bénévolat font qu'il est difficile d'assurer un service d'interprète-accompagnateur bénévole durant les heures de bureau des professionnels de la santé. Il en va de même pour les interprètes-accompagnateurs

qui ne travaillent que quelques heures par jour. La solution à cette problématique repose sur la disponibilité, au moment voulu, des professionnels de la santé bilingues, ce qui constitue aussi un enjeu d'importance. Selon les participants interprètes-accompagnateurs, ces employés ne sont pas nombreux et ne sont pas nécessairement présents dans l'établissement lorsque le besoin d'un recours à leurs compétences linguistiques se fait sentir.

Certaines difficultés sont également associées aux services professionnels d'interprétariat-accompagnement, selon les participants interprètes-accompagnateurs. Ces défis se rapportent principalement aux rôles multiples et à l'assignation bénévole des interprètes-accompagnateurs dans certaines communautés. D'abord, les interprètes-accompagnateurs exercent plusieurs fonctions lors de la consultation médicale. L'interprétation se fait à la fois pour le prestataire de soins et le patient afin que chacun puisse bien comprendre les propos de l'autre. Généralement, l'accompagnement se fait avant et après la consultation. Par contre, les participants trouvent parfois difficile de respecter les limites et de séparer les rôles, car lors d'une consultation, si les nouvelles ne sont pas bonnes et que le patient est en désarroi, ce dernier ne peut continuer à écouter et à comprendre ce que lui dit le prestataire de soins. L'interprète-accompagnateur se sent donc interpellé à reprendre le rôle d'accompagnateur pour permettre au patient de se ressaisir avant de continuer la consultation.

Il est donc parfois difficile de respecter les limites de l'interprétariat lorsque le patient a besoin d'accompagnement. Un autre défi associé aux multiples rôles de l'interprète-accompagnateur est de bien connaître le système de santé afin d'être en mesure d'obtenir les informations et les contacts nécessaires pour effectuer les suivis au nom des patients. Il peut être exigeant d'identifier la personne habilitée à fournir les informations requises : « *Dans l'acheminement du processus et du suivi médical, c'est là que je me sens moins en confiance* », confie un interprète-accompagnateur.

Perception de la qualité des services d'interprétariat-accompagnement

Des vingt participants aux entrevues, près de la moitié ont signalé que les services professionnels d'interprète, de navigateur en santé ou d'accompagnateur ne sont pas disponibles dans leur région. Quatre participants ont utilisé les services d'interprète par téléphone et quatre participants ont rapporté l'existence de services d'accompagnement offerts par des organismes communautaires, particulièrement dans l'Ouest canadien. Pour ce qui est des services d'interprétariat professionnels par téléphone, trois des quatre participants qui ont fait usage de ce service disent avoir été déçus de la qualité du service à certains moments, comme le décrit cette participante : « *La dernière fois, j'ai eu un interprète qui n'était pas bon. Je pense qu'il ne comprenait pas ce que je disais, et ne traduisait pas bien. Il ne faisait pas la traduction du fait que j'étais enceinte, il disait juste que j'avais des crampes. [...] Je me suis dit, laisse faire l'interprétation, vas-y toi-même [à l'hôpital]* ». Une personne, qui est également professionnelle de la santé, indique que le service d'interprétariat est lent, qu'une personne doit attendre entre 10 et 30 minutes avant d'accéder à l'interprète. Dans une situation d'urgence, cette attente est irréaliste : « *Quand c'est la vie qui en dépend, on n'a pas une minute à perdre* ». D'autres affirment tout de même avoir eu des expériences positives.

Les participants aux entrevues ont également été questionnés quant à leur ouverture à l'égard de l'utilisation d'un service d'interprétariat s'il était disponible. Pour sept participants, le service serait utilisé sans réserve, car sa valeur ajoutée est reconnue : « *S'il serait disponible ce service, c'est certain que je l'utiliserais* ». Pour un autre participant : « *Quand on est un nouvel arrivant dans une région anglophone, c'est sûr qu'on a besoin de quelqu'un pour savoir de quoi on parle. On doit apprendre la langue* ». Certains

ont fait remarqué que c'est le professionnalisme du rôle d'interprète qui est le facteur clé de la confiance du patient : « *Avec un service d'interprète, c'est clair, c'est officiel, il y a des règles de conduite* ». D'autres manifestent une certaine réserve pour différentes raisons. Quelques-uns ne souhaitent pas partager des informations personnelles avec un étranger. D'autres ne veulent pas déranger, ou préfèrent être accompagnés d'un membre de la famille ou d'une connaissance. D'autres préfèrent y aller seuls, car ils disent être en mesure de comprendre suffisamment bien l'anglais pour se débrouiller, particulièrement si la situation médicale n'est ni urgente, ni sérieuse. Un participant affirme également que dans le cas de soins complexes, il est plus difficile de se fier sur le service d'interprétariat, particulièrement en ce qui a trait à l'historique médical et familial du patient.

Les interprètes-accompagnateurs participant à cette étude sont unanimes à dire que les patients sont très contents du service offert par l'interprète-accompagnateur : « *Le patient est très heureux de pouvoir parler sa langue... de voir que la communication se fait bien* ». Il arrive que le patient se rende seul à un rendez-vous médical, pour ensuite consulter de nouveau, cette fois avec l'aide d'un interprète-accompagnateur, car le problème de santé existe toujours. Lorsqu'il est accompagné, le patient reçoit le service dont il a besoin, avec satisfaction :

Tu peux voir que même la dame était bien contente, parce qu'on lui avait prescrit un médicament qui n'était pas supposé lui être prescrit. [...] La dame était vraiment frustrée parce que depuis [son rendez-vous initial], la douleur n'arrêtait pas, elle avait toujours le même problème. Et quand on est allé ensemble, le médecin comprenait mieux ce qui s'était passé avec elle, ce qui a fait qu'elle était vraiment contente.

Le rôle de l'interprète-accompagnateur est également bien accepté par le professionnel de la santé consulté, selon les interprètes-accompagnateurs. Ils affirment que les professionnels non francophones expriment un certain soulagement de voir leur patient francophone accompagné d'un interprète, car « *ils savent qu'ils sont dans le besoin* ». Cette ouverture est encore plus évidente si l'interprète-accompagnateur est déjà connu ou s'est présenté avec le même patient à plusieurs reprises. Le prestataire de soins reconnaît donc la valeur ajoutée de la présence de l'interprète pour sa compréhension des besoins du patient et, en retour, une bonne intelligibilité du diagnostic, du traitement et du suivi par le patient. Par ailleurs, dans certaines régions canadiennes, les professionnels de la santé sont davantage sensibilisés aux différences culturelles de leur clientèle et admettent l'importance de se « *connecter culturellement avec la personne* » par l'entremise d'un interprète. Cela s'applique non seulement aux peuples des Premières Nations, mais également aux francophones en situation minoritaire, explique un participant.

Les interprètes-accompagnateurs précisent toutefois qu'une réticence peut se faire sentir de la part du professionnel de la santé si le service d'interprète-accompagnateur ne lui est pas familier ou s'il ne s'attend pas à ce qu'un interprète-accompagnateur participe au rendez-vous médical. Il peut parfois être impatient, car la consultation prend alors un peu plus de temps en présence d'un interprète. Quand l'interprète-accompagnateur informe le professionnel de la santé de sa provenance et de son rôle d'appui pour le patient, la réaction est généralement positive :

Dès que tu arrives, la façon dont ils agissent, par exemple, dès la réception, tu verrais qu'ils sont bien contents que quelqu'un est là pour aider le patient à mieux comprendre... il y en a

qui vont le dire ouvertement ». « Ils apprécient parce qu'ils veulent aider le malade, et pour pouvoir le faire, ils doivent le comprendre.

Il arrive que certains médecins facilitent activement l'accès aux services d'interprétariat pour leurs patients francophones car ils sont pleinement conscients des barrières et des risques associés à la discordance de langue. D'autres sont surpris de l'existence d'un tel service, mais ils s'en réjouissent. De façon générale donc, la réception des interprètes-accompagnateurs est très favorable et leur appui est apprécié.

Le rôle d'interprète-accompagnateur semble également être accepté par le système de santé, car selon quelques participants interprètes-accompagnateurs, cela permet une économie et réduit le risque associé à une mauvaise communication entre le patient et le prestataire de soins : *« Le patient qui revient avec la même infection deux semaines plus tard, parce qu'il a mal compris, ça coute cher au système »* et *« On leur rend service et on réduit quelque part le coût, on réduit les risques... ils savent exactement ce qu'ils ont à faire, car si les personnes ne sont pas bien à l'aise ou ne comprennent pas exactement le problème avec le patient, ça peut leur amener des problèmes »*. Selon un interprète-accompagnateur, le service d'interprétariat par téléphone disponible dans sa province témoigne de la reconnaissance de ce besoin par le système de santé. Bien qu'il juge ce service d'interprétariat moins efficace qu'en face à face, *« c'est déjà une ressource importante parce que ça aide »*. Un autre participant souligne que le fait de pouvoir offrir des services aux francophones dans leur langue est bénéfique pour tous, car les francophones en santé, *« sont des gens qui sont mieux dans leur peau, qui travaillent plus, qui paient plus de taxes pis ça fait des meilleures écoles et des meilleures routes. C'est simple de même. Un pays qui respecte ses minorités, ça fait des gens plus heureux... ça fait un meilleur pays »*. Ce même participant affirme que les services en français sont d'une importance considérable dans l'établissement où il travaille, car les gestionnaires maintiennent le financement pour ce service malgré des compressions budgétaires.

Améliorations suggérées

Certaines idées ont été proposées par les participants pour améliorer les services d'interprètes-accompagnateurs. Ces suggestions visent deux domaines en particulier : la formation et l'embauche d'interprètes-accompagnateurs dans les communautés francophones.

En matière de formation, les interprètes-accompagnateurs mettent de l'avant, sans aucun ordre particulier, les idées suivantes : des formations 1) en premiers soins, 2) en terminologie médicale avancée pour ceux qui n'ont pas de formation antérieure dans le domaine de la santé, 3) en relations interpersonnelles, 4) en navigation du système de santé, particulièrement en milieu hospitalier, 5) en pratiques standards et éthiques en interprétariat et finalement, 6) en adaptations culturelles pour mieux soutenir les francophones de toutes origines. On mentionne également une formation continue quant à la terminologie médicale, car de nouvelles façons de traiter les problèmes de santé émergent régulièrement et les interprètes-accompagnateurs doivent être à jour avec la terminologie récente. Les interprètes-accompagnateurs souhaitent également un perfectionnement en français.

Étant donné la demande croissante de services d'interprète-accompagnateur dans la majorité des régions sondées, les participants interprètes-accompagnateurs sont en faveur de l'embauche d'interprètes-accompagnateurs au sein d'organismes de santé ou d'organismes communautaires. Un participant suggère que ce service soit géré par un organisme communautaire, permettant ainsi l'offre de services dans l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Ainsi, l'organisme

communautaire francophone, qui entretient déjà des liens avec les francophones dans la communauté, accroît la visibilité du service et fait le pont entre la clientèle et les établissements de services sociaux et de santé dans la région. On insiste fortement sur le fait que le service soit offert par un membre du personnel à temps plein, assigné spécifiquement à cette tâche, plutôt que par des bénévoles. Ceci faciliterait grandement l'accès au service pendant les heures de bureau régulières des prestataires de soins. De plus en plus, les participants constatent que les demandes dépassent les ressources disponibles : « *Plus tu es visible, plus qu'il y a une demande* ». On souligne que la visibilité du service d'interprète-accompagnateur est primordiale, car elle permet d'informer les patients et les prestataires de soins de santé de la disponibilité de ce service et de l'importance de la langue dans la relation d'aide. Les participants souhaitent pourtant, avant tout, la normalisation de l'usage du français et de l'offre active dans les milieux anglophones.

Dans une région, un projet pilote d'interprétariat par l'intermédiaire de la télémédecine semble avoir des retombées positives, car cette technologie facilite l'accès aux services d'interprétariat pour les résidents francophones des milieux éloignés et ruraux. Elle favorise ainsi la consultation des patients auprès de professionnels de la santé exerçant dans d'autres villes, tels des spécialistes dans les grands milieux urbains. Une évaluation de ce modèle d'interprétariat pourrait nous éclairer sur les bénéfices et les défis associés à cette pratique.

Discussion

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre l'expérience des francophones vivant dans des communautés à faible densité et en région rurale et éloignée, quant aux services sociaux et de santé en français, à l'offre active et aux services d'interprète, de navigation et d'accompagnement. L'importance accordée à la langue par les usagers de ces services et par les systèmes de santé a été explorée, ainsi que l'impact de la discordance de langue sur la qualité du service reçu. Plusieurs facilitateurs et barrières à l'accès aux services en français qui relèvent souvent de la pratique de l'offre active ont été identifiés. Les données recueillies dans cette étude démontrent que les francophones, en particulier ceux appartenant à des communautés à faible densité de francophones et en milieu rural et éloigné, perçoivent une inégalité quant à l'accès aux services sociaux et de santé en français dans leur région. L'inégalité dans l'accès, c'est-à-dire un service moins accessible en français qu'en anglais, persiste malgré des lois et des politiques sur les services en langue française édictées dans plusieurs provinces et territoires. Cette réalité ressemble à celle des francophones vivant dans d'autres communautés minoritaires au Canada où la densité de francophones est plus élevée (de Moissac, Giasson & Roch-Gagné, 2015; Drolet et al., 2014).

La concordance de langue, qui est de plus en plus reconnue comme une composante essentielle dans l'offre de services destinée à réduire les inégalités de santé (Bowen, 2004; Schwei et al., 2015), importe pour les francophones minoritaires, peu importe leur niveau de bilinguisme. Une participation importante au sondage de personnes nées au Canada nous permet de constater que la problématique ne se limite pas aux immigrants francophones mais touche également les Canadiens pour qui la langue maternelle est le français. La mobilité élevée des Canadiens, particulièrement vers les territoires et l'Alberta (Statistique Canada, 2015), contribue à ce phénomène. Les Canadiens s'attendent, dans un pays bilingue, à recevoir les services de santé dans la langue officielle de leur choix. Les participants affirment se débrouiller tant bien que mal et posséder un niveau suffisant de bilinguisme pour pouvoir communiquer adéquatement

avec le prestataire de soins. Pourtant, dans des situations de détresse, certains participants et les interprètes-accompagnateurs constatent que des barrières linguistiques sont bel et bien présentes.

Les situations de discordance de langue entre le patient francophone et le prestataire de soins non-francophone, telles que décrites par les usagers de services et les interprètes-accompagnateurs, démontrent l'impact négatif de la barrière linguistique sur l'accès aux soins appropriés. Une incompréhension lors de l'évaluation du problème médical au début d'une consultation peut mener à des traitements qui ne ciblent pas la condition réelle du patient et le mettent à risque. Que ce soit une crise cardiovasculaire ou respiratoire aiguë, ou une condition de santé chronique mais qui peut mener à la mort en l'absence de traitement, les conséquences sont sérieuses. Lors de telles expériences, une profonde insatisfaction du service reçu se fait sentir, ainsi qu'un sentiment d'injustice et d'infériorité. Ces données corroborent des études antérieures auprès de d'autres groupes linguistiques minoritaires qui démontrent l'impact des barrières linguistiques sur la santé et l'accès aux soins (Eneriz et al., 2014; Shah et al., 2015) ainsi que sur la qualité des soins reçus (Cohen et al., 2005; Ayanian et al., 2005). Le cas est similaire pour la population de langue officielle minoritaire francophone au Canada.

L'inégalité dans l'accès aux services en français, selon les participants, semble être en lien avec une pénurie de professionnels bilingues. Pourtant, l'accès à des médecins de famille et d'autres professionnels de la santé bilingues est rapporté par près de la moitié des répondants au sondage comme facteur qui améliore l'accès aux services en français et qui répond aux besoins des usagers de ces services. Cette proportion de professionnels semble élevée en comparaison à celle d'une étude manitobaine qui estime au quart la proportion de personnes ayant eu recours à des intervenants bilingues (de Moissac et al., 2011). Cet écart peut s'expliquer en partie par la surreprésentation de participants provenant de la Saskatchewan, où un annuaire des services en français en ligne existe et semble être bien connu des participants. Autre élément d'explication, l'échantillon du sondage est plus fortement représenté par des personnes ayant un profil socioéconomique élevé, soit une scolarité universitaire et un revenu supérieur à la médiane canadienne (Statistique Canada, 2016). Les personnes avec un tel profil sont d'ailleurs habituellement plus aptes à participer aux sondages concernant la santé (Demarest, 2013). Ce biais peut influencer les résultats, étant donné que les personnes avec un taux de scolarisation et un revenu faibles ont, en règle générale, un moins bon accès aux services de santé (Sudore et al., 2006). Enfin, quelques participants aux entrevues ont précisé qu'ils avaient bénéficié de soins prodigués par des intervenants bilingues dans le passé et ailleurs au Canada. Il se peut donc que les répondants au sondage aient, au cours de leur vie, eu recours à un professionnel de la santé bilingue sans toutefois que ce dernier soit accessible maintenant. La prise en compte de ces éléments incite à considérer avec précaution les résultats se rapportant à l'accès à des professionnels de la santé bilingues.

Les usagers des services participant à cette étude affirment se servir d'Internet couramment, soit pour trouver un service ou s'approprier du vocabulaire nécessaire pour une consultation médicale en anglais. L'utilisation de cette technologie, adaptée pour les besoins des francophones en situation minoritaire, pourrait s'avérer une stratégie gagnante pour améliorer l'accès aux services en français. Certains outils existent déjà : un annuaire en ligne des services sociaux et de santé en français dans la région; une application pour appareils mobiles, intitulée *MediLexico* (Collège Éducacentre, s.d.), un lexique de termes médicaux dans les deux langues officielles; un site d'aide à la préparation des usagers avant la visite médicale, intitulé *DiscutonsSanté.ca* (Capsana, 2015), disponible sur le web. La promotion de ces outils, qui sont facilement accessibles et qui correspondent aux besoins des utilisateurs, ou leur adaptation au

contexte minoritaire devrait être envisagée. Notons cependant que tous ne sont pas en mesure de profiter de ces technologies, et qu'elles répondent donc moins bien aux besoins des francophones plus vulnérables, soit les personnes à faible revenu et à scolarité limitée. Un éventail plus large de stratégies qui font appel aux contacts personnels et au service télévisuel, apparaît toujours nécessaire.

L'accès aux intervenants bilingues n'est pas le seul facteur qui fait en sorte que les services soient considérés adéquats. Les résultats suggèrent également d'autres éléments qui font partie de l'offre active : l'initiative qui consiste à demander dans quelle langue le service est souhaité, les services téléphoniques et les formulaires de santé en français sont des exemples de facilitateurs soulignés par les participants. Une sensibilité à la langue d'usage du patient et l'occasion qui lui est fournie de s'exprimer à l'oral et à l'écrit en français semblent de première importance, particulièrement lors de l'accueil et de la consultation initiale. C'est à ce moment que le patient ressent davantage le besoin de s'exprimer le mieux possible car il réalise que, dans la mesure où il peut bien décrire ses symptômes, le prestataire de soins pourra proposer les tests appropriés, poser un diagnostic juste et prescrire le bon traitement. La pratique de l'offre active est donc essentielle pour d'abord identifier le patient francophone et ensuite pouvoir le diriger vers un intervenant bilingue ou un service d'interprète. Les données suggèrent que l'offre active est peu présente dans les milieux étudiés, ce qui constitue une barrière importante dans l'accès aux services en français. La pratique de l'offre active, particulièrement dans les milieux minoritaires où les francophones sont à faible densité, doit être encouragée et soutenue par des stratégies novatrices qui visent en particulier les intervenants non-francophones peu sensibilisés aux enjeux associés à la discordance de langue. L'offre active devrait faire l'objet d'une promotion visant tous les professionnels de la santé qui travaillent dans les communautés minoritaires, peu importe leurs compétences linguistiques (de Moissac et Drolet, sous presse). Une conscientisation des professionnels et des gestionnaires d'établissements de santé aux besoins des francophones et aux moyens de faciliter leur accès à des services appropriés dans leur langue est nécessaire, puisqu'ils sont en mesure de développer des politiques quant à l'offre active, au recrutement des professionnels de la santé bilingues et à leur rétention dans des établissements qui desservent des francophones (Savard et al., sous presse).

Dans la majorité des régions impliquées dans cette étude, les professionnels non francophones et les systèmes de santé semblent faire peu de cas des besoins des francophones et n'accorder que peu d'importance aux défis associés à l'offre de services dans la langue officielle minoritaire. Pourtant, lorsqu'un interprète-accompagnateur se présente avec un patient francophone, l'accueil qui lui est réservé, dans la majorité des cas, laisse entendre que le professionnel de la santé est soulagé et reconnaissant de l'appui qu'il reçoit pour mieux communiquer avec son patient francophone. Quand les professionnels de la santé non francophones sont au courant de la disponibilité d'un service d'interprète et constatent eux-mêmes ses retombées positives dans la relation d'aide avec leur patient, ils semblent plus enclins à reconnaître les avantages indéniables de la concordance de langue et à s'adapter aux changements que requiert cette pratique lors des prochaines consultations. Il en va de même dans les établissements qui financent les services d'un interprète-accompagnateur car, selon quelques interprètes-accompagnateurs, la réduction du risque et des coûts associés à l'incompréhension linguistique y est valorisé. Les services d'interprète-accompagnateur sont donc estimés bénéfiques et aptes à répondre aux défis de l'offre active de services en français dans les communautés à faible densité de francophones. Des études supplémentaires portant sur la perspective des professionnels de la santé non francophones et des gestionnaires d'établissements de santé qui ont eu recours à des services

d'interprétariat-accompagnement pourront certainement améliorer nos connaissances quant aux enjeux liés aux soins destinés aux francophones et à la collaboration avec les interprètes-accompagnateurs.

Cette étude nous permet de constater que les services d'interprétariat, de navigation et d'accompagnement sont peu connus et, en conséquence, sous-utilisés. Parmi les répondants au sondage, moins du quart connaissent l'existence de tels services dans leur région et seulement le dixième en ont fait usage. Il est possible que les utilisateurs perçoivent l'accès à ce service comme étant réservé aux cas de besoins extrêmes, lorsque des patients, par exemple, font preuve d'une méconnaissance totale de la langue du prestataire de soins. Pour d'autres, la perception d'une disponibilité limitée ou non existante du service prédomine. Ceux qui ont eu recours aux services d'interprétariat et d'accompagnement sont principalement les aînés, les personnes immigrantes et les francophones qui ont déménagé dans une province majoritairement anglophone. Ces individus ont généralement des besoins complexes, non seulement en ce qui concerne la santé, mais également en lien avec une faible connaissance du système de santé ou un manque significatif d'appui social. Le service d'interprétariat et d'accompagnement, qu'il soit physique ou émotionnel, se révèle donc très approprié pour cette clientèle vulnérable. Considérant l'importance accordée au soutien émotionnel et social de ces personnes, un modèle de service combiné, comprenant la navigation, l'interprétariat et l'accompagnement, pourrait répondre à leurs besoins de façon optimale. Cependant, les rôles doivent être bien définis, tant pour la personne qui exerce cette fonction que pour l'employeur et le public qui doivent bien connaître les responsabilités et les limites des interprètes-accompagnateurs.

La collaboration étroite avec les organismes communautaires francophones semble tout indiquée comme stratégie promotionnelle des services en français, car ces organismes sont bien connus de leur clientèle, particulièrement en milieu minoritaire. D'ailleurs, les services d'interprétariat, de navigation et d'accompagnement observés dans les milieux de l'étude sont souvent gérés par un organisme communautaire grâce à l'appui de bénévoles, ce qui n'est pas sans poser d'importants défis, ainsi que l'ont démontré les résultats. Qu'il s'agisse d'un membre de la famille ou d'un bénévole, les préoccupations se ressemblent; le maintien de la confidentialité et du professionnalisme, la disponibilité des bénévoles et les compétences linguistiques dans les deux langues officielles sont sources d'inquiétude. Des recherches antérieures ont clairement fait état des dangers liés au travail d'un interprète occasionnel non formé, car l'interprétation peut alors créer l'illusion d'une bonne communication entre le patient et son prestataire de soins (Flores et al., 2012; Kilian et al., 2014) alors qu'il n'en est rien. Les standards de pratiques minimaux, comme ceux élaborés par le Healthcare Interpretation Network (2010), ne peuvent être assurés que lorsque le service est offert par du personnel formé et évalué dans les deux langues officielles et soutenu par des politiques et des pratiques organisationnelles éprouvées. Un appui aux organismes qui coordonnent et dispensent un service d'interprétariat et d'accompagnement est nécessaire afin de garantir un service adéquat, sécuritaire et de qualité.

Finalement, certaines améliorations proposées méritent d'être explorées. D'abord, un programme de formation en interprétariat, offert en français et à distance, pourrait fournir certaines bases essentielles à la mise sur pied de services d'interprétariat dans les communautés francophones minoritaires. Cette formation pourrait également aborder les défis des rôles multiples comme celui d'interprète-accompagnateur et les lignes directrices quant aux tâches et aux standards à respecter. Une formation continue serait également appréciée pour faire en sorte que les interprètes-accompagnateurs demeurent informés des nouveautés dans le domaine de la santé, en particulier de la terminologie récente associée

aux affections médicales et à leurs traitements. Enfin, un projet pilote d'interprétariat par télémédecine semble avoir du succès et devrait être exploré davantage, car cette technologie pourrait se révéler très utile pour les francophones vivant dans des communautés rurales et éloignées.

Conclusions et recommandations

Cette étude nous a permis de mieux comprendre ce qu'est l'accès aux services sociaux et de santé en français, l'offre active et les services d'interprète, d'accompagnateur et de navigateur dans plusieurs communautés à faible densité de francophones au Canada. Un des enjeux principaux associés à l'accès aux services de santé et à la qualité du service est la concordance de langue entre le prestataire de soins et le patient. Les constats suivants se dégagent des propos tenus par les interprètes-accompagnateurs et des francophones vivant dans ces communautés :

- 1) La concordance de langue importe pour les francophones, quel que soit leur niveau de bilinguisme :
 - a. La concordance de langue améliore sensiblement la communication entre le prestataire de soins et le patient francophone, faisant en sorte que ce dernier se fasse comprendre, reçoive les services requis et un appui émotionnel, puis comprenne les suivis et y adhère;
 - b. Elle est davantage critique dans des situations de vulnérabilité, comme les urgences, les périodes de détresse physique et psychologique prononcées et une hospitalisation;
 - c. Elle est essentielle pour certaines populations qui sont davantage à risque, comme les enfants unilingues francophones, les aînés, les femmes enceintes et les francophones qui déménagent dans une province majoritairement anglophone.
- 2) La discordance de langue a un impact négatif sur l'accès aux soins de santé des francophones et sur la qualité des services qu'ils reçoivent :
 - a. Un cinquième des participants, qui sont majoritairement des personnes éduquées et financièrement à l'aise, n'ont pas recours à des services sociaux et de santé en raison de la discordance de langue;
 - b. L'impact sur la santé comprend une souffrance ou un stress prolongé, un problème de santé non résolu, des tests supplémentaires, des traitements non appropriés, des consignes mal suivies et de multiples consultations pour un problème de santé qui perdure en raison d'une communication déficiente entre le médecin traitant et le patient;
 - c. Une qualité moindre du service est observée; le prestataire de soins peut faire preuve d'impatience devant un patient qui a du mal à s'exprimer en anglais. De plus, une incompréhension lors de l'évaluation du problème médical mène à des traitements qui ne ciblent pas la condition réelle du patient et le mettent à risque; une insatisfaction du service en découle.
- 3) Une inégalité dans l'accès aux services sociaux et de santé est ressentie par les francophones minoritaires, comme en témoignent des services limités, une pénurie de professionnels bilingues et peu d'offre active. Les services d'interprétariat et d'accompagnement sont peu connus, et, en conséquence, peu utilisés.

- 4) Les services d'interprète-accompagnateur répondent à un réel besoin :
- a. Les personnes ayant des besoins de santé et de soutien social complexes ont plus souvent recours aux services d'interprétariat et d'accompagnement;
 - b. Les services combinés d'interprète-accompagnateur sont davantage pertinents en raison du rôle important du soutien émotionnel et social des patients francophones dans le besoin;
 - c. L'offre d'un service d'interprète-accompagnateur par l'entremise de bénévoles occasionne de nombreux défis et fait en sorte que l'interprétation peut interférer négativement sur la qualité des soins reçus et mettre à risque la sécurité du patient.

Étant donné ces constats, et afin de réduire les risques et les coûts supplémentaires associés à des soins inadéquats, ces recommandations semblent pertinentes :

- 1) La priorité demeure de favoriser l'embauche de professionnels de la santé bilingues et la pratique de l'offre active dans les communautés où vivent des francophones, car la concordance de langue est de toute première importance;
- 2) En l'absence de professionnels de la santé bilingues, un service combiné d'interprétariat et d'accompagnement pourrait répondre aux besoins créés par des problèmes sociaux ou de santé complexes et ceux liés à la méconnaissance du système de santé des francophones vulnérables ou en situation de vulnérabilité;
- 3) Pour assurer un service de qualité, sécuritaire et complet, les interprètes-accompagnateurs doivent recevoir une formation adéquate, une évaluation linguistique dans les deux langues et un soutien continu par des politiques et des pratiques organisationnelles;
- 4) La mise sur pied d'une formation en interprétariat, dispensée en français et à distance, serait bénéfique pour l'ensemble des communautés francophones minoritaires;
- 5) L'utilisation de la technologie pourrait être explorée dans le but de faire la promotion des services en français et des outils disponibles ainsi que pour offrir un service d'interprète centralisé destiné aux francophones vivant dans les régions rurales et éloignées du Canada. À cet effet, une évaluation du service d'interprétariat par télémédecine, présentement sous forme de projet pilote en Ontario, pourrait nous renseigner sur le succès de cette initiative;
- 6) Les organismes communautaires qui jouent déjà un rôle fondamental dans la promotion des services en français et qui sont au cœur des communautés francophones en situation minoritaire sont des acteurs clés qui doivent être soutenus;
- 7) Une étude portant sur la perspective des professionnels de la santé non francophones qui ont une clientèle francophone et qui ont eu recours à des services d'interprète-accompagnateur, ainsi que des gestionnaires des établissements de santé où travaillent ces professionnels, permettrait d'avoir une vue d'ensemble de toutes les parties prenantes de cette question.

Références

Accueil francophone de Thunder Bay (s.d.). Au service des francophones du Nord-Ouest de l'Ontario. Thunder Bay : Accueil francophone. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.accueilfrancophone.com/>.

Arthur, K.C., Mangione-Smith, R., Meischke, H., Zhou, C., Strelitz, B., Acosta Garcia, M. et Brown, J.C. (2014). Impact of English proficiency on care experiences in a pediatric emergency department. *Academic Pediatrics*, 15(2), 218-24. doi: 10.1016/j.acap.2014.06.019.

Ayanian, J. Z., Zaslavsky, A. M., Guadagnoli, E., Fuchs, C. S., Yost, K. J., Creech, C. M., . . . et Wright, W. E. (2005). Patients' perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(27), 6576-6586. doi: 10.1200/JCO.2005.06.102.

Bowen, S. (2015). *The Impact of Language Barriers on Patient Safety and Quality of Care*. Ottawa : Société Santé en français.

Bowen, S. (2004). *Language barriers within the Winnipeg Regional Health Authority: Evidence and implications*. Winnipeg : Winnipeg Regional Health Authority.

Canadian Volunteers United in Action (s.d.). *Programmes*. Edmonton: CANAVUA. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.canavua.org/rooms.html>.

Capsana (2015) *Discutons Santé*. Québec, Capsana. Réalisée en collaboration avec l'Équipe de recherche en soins de première ligne du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval. Récupéré le 19 août 2016 du site <https://portail.capsana.ca/site/cepps/home.html>.

Charlot, M., Santana, M., Chen, C., Bak, S., Heeren, T., Battaglia, T., . . . et Freund, K. (2015). Impact of patient and navigator race and language concordance on care after cancer screening abnormalities. *Cancer*, 121(9), 1477-1483.

Collège Éducacentre (s.d.) MédiLexico. Vancouver, Collège Éducacentre. Récupéré le 19 août 2016 du site <http://educacentre.com/language-school/apps/>.

Cohen, A.L., Rivara, F., Marcuse, E.K., McPhillips, H. et Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116 (3), 575–579.

Consortium national de formation en santé (2015). *Étudier en français en santé, des carrières qui font du bien!* Ottawa : Association des collèges et universités de la francophonie canadienne (ACUFC). Récupéré le 18 août 2015 du site <http://cnfs.net/>.

de Moissac D., de Rocquigny J., Roch-Gagné M. et Giasson F. (2011) La disponibilité et l'accessibilité des services de santé en français au Manitoba. Rapport de recherche rédigé pour le Consortium national de formation en santé, volet national.

de Moissac, D. et Drolet, M. (sous presse). Être professionnel de la santé ou des services sociaux bilingues : enjeux et défis dans l'offre active. Chapitre d'un ouvrage collectif sur l'offre active de

services de santé et services sociaux en français, Université d'Ottawa (dir. Marie Drolet et Pier Bouchard).

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*, Numéro 6, 42-65.

Demarest, S. (2013). Socio-economic differences in participation of households in a Belgian national health survey. *The European Journal of Public Health*, 23(6), 981.

Divi, C., Koss, R., Schmaltz, S. et Loeb, J. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: A pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 60-67.

Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Benoît J., Arcand I., Lagacé J., Lauzon S. et Dubouloz, C.-J.(2014). Health Services for Linguistic Minorities in a Bilingual Setting: Challenges for Bilingual Professionals. *Qualitative Health Research*, 24(3), 295-305.

Enerez-Wiemer, M., Sanders, L. M., Barr, D. A. et Mendoza, F. S. (2014). Parental limited English proficiency and health outcomes for children with special health care needs: A systematic review. *Academic Pediatrics*, 14(2), 128-136. doi: 10.1016/j.acap.2013.10.003.

Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R. et Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: A comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553.

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of healthcare: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255-299. doi:10.1177/1077558705275416.

Freeman HP (2006). Patient navigation: a community based strategy to reduce cancer disparities. *J Urban Health*, 83(2), 139-141.

Freund, K. M., Battaglia, T. A., Calhoun, E., Dudley, D. J., Fiscella, K., Paskett, E., Raich, P. C., Roetzheim, R. G. and The Patient Navigation Research Program Group (2008). National Cancer Institute Patient Navigation Research Program. *Cancer*, 113, 3391–3399. doi: 10.1002/cncr.23960.

Fryer, C., Mackintosh, S., Batchelor, F., Hill, K. et Said, C. (2012). The effect of limited English proficiency on falls risk and falls prevention after stroke. *Age and Ageing*, 41(1), 104-107.

Healthcare Interpretation Network (2010). *National standard guide for community interpreting services*. Toronto: Healthcare Interpretation Network. Récupéré le 18 août 2015 du site <http://healthcareinterpretationnetwork.ca/publications/standards/>.

Hedlund, N., Risendal, B., Pauls, H., Valverde, P., Whitley, E., Esparza, A., . . . et Calhoun. (2014). Dissemination of patient navigation programs across the United States. *Journal of Public Health Management and Practice*, 20(4), E15-E24.

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

Karliner, L. S., Kim, S. E., Meltzer, D. O. et Auerbach, A. D. (2010). Influence of language barriers on outcomes of hospital care for general medicine inpatients. *Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine*, 5(5), 276-282. doi:10.1002/jhm.658.

Kilian, S., Swartz, L., Dowling, T., Dlali, M. et Chiliza, B. (2014). The potential consequences of informal interpreting practices for assessment of patients in a South African psychiatric hospital. *Social Science & Medicine*, 106, 159-167.

Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J. et Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *J Gen Intern Med*, 27(10), 1294-1299. doi: 10.1007/s11606-012-2041-5.

Médecins francophones du Canada (2010). *Formation continue*. Montréal : Médecins francophones du Canada. Récupéré le 18 août 2015 du site <http://www.medecinsfrancophones.ca/formation-continue/en-quelques-mots/association-agreee.fr.html>.

Neal, J. W., Neal, Z. P., VanDyke, E., Kornbluh, M. (2015). Expediting the analysis of qualitative data in evaluation: a procedure for the rapid identification of themes from audio recordings (RITA). *American Journal of Evaluation*, 36(1), 118-132.

Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., Phillips, R. S., Greenfield, S., Massagli, M. P., Clarridge, B. et Kaplan, S. H. (2007). Providing high-quality care for limited English-proficient patients: The importance of language concordance and interpreter use. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (2), 324-330. doi: 10.1007/s11606-007-0340-z.

Nguyen, T., Tran, J., Kagawa-Singer, M. et Foo, M. (2011). A qualitative assessment of community-based breast health navigation services for Southeast Asian women in Southern California: Recommendations for developing a navigator training curriculum. *American Journal of Public Health*, 101(1), 87-93.

Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., et Uchida, H. (2015). *Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review*. Washington, D.C.: Psychiatric Services. doi:10.1176/appi.ps.201400351.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Pimentel, V. et Eckardt, M. (2014). More than interpreters needed: The specialized care of the immigrant pregnant patient. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 69(8), 490-500.

RIFSSSO (2012). *Trousse d'appui RH : Vers un service bilingue*, RIFSSSO, 23 pages.

Santé et services sociaux Québec (2015). *Programmes d'accès aux services en langue anglaise*. Québec : Government of Québec. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.php?programmes>.

Savard, S., de Moissac, D., Benoît, J., Ba, H., Zellama, F., Bohémier, M., Giasson, F. et Drolet, M. (sous presse). Le recrutement et la rétention d'intervenants en santé et services sociaux bilingues en situation francophone minoritaire. Chapitre d'un ouvrage collectif sur l'offre active de services de santé et services sociaux en français, Université d'Ottawa (dir. Marie Drolet et Pier Bouchard).

Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W., Bagchi, A., Chen, A. H., ... et Jacobs, E. A. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 36-44. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.001.

- Shah, B. R., Khan, N. A., O'Donnell, M. J. et Kapral, M. K. (2015). Impact of language barriers on stroke care and outcomes. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 46(3), 813-818. doi:10.1161/STROKEAHA.114.007929.
- Silversides, A. et Laupacis, A. (2013). Interpretation services in health care. *Healthy Debate*, April 18, 2013. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://healthydebate.ca/2013/04/topic/quality/interpretation-services-in-hospitals>.
- Sleptsova, M., Hofer, G., Morina, N. et Langewitz, W. (2014). The role of the health care interpreter in a clinical setting--a narrative review. *Journal of Community Health Nursing*, 31(3), 167-184.
- Statistique Canada (2016). Individuals by total income level, by province and territory. Ottawa: Statistique Canada. Récupéré le 27 juin 2016 du site <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/famil105a-eng.htm>.
- Statistique Canada (2015). Portrait de la population active canadienne. Ottawa : Statistique Canada. Récupéré le 29 juin 2016 du site <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-012-x/99-012-x2011002-fra.cfm>.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . et Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for evaluating qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.
- Traylor, A. H., Schmittiel, J. A., Uratsu, C. S., Mangione, C. M. et Subramanian, U. (2010). Adherence to cardiovascular disease medications: Does patient-provider race/ethnicity and language concordance matter? *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1172-1177. doi: 10.1007/s11606-010-1424-8.
- Wasserman, M., Renfrew, M. R., Green, A. R., Lopez, L., Tan-McGrory, A., Brach, C. et Betancourt, J. R. (2014). Identifying and preventing medical errors in patients with limited English proficiency: Key findings and tools for the field. *Journal for Healthcare Quality: Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 36(3), 5-16. doi:10.1111/jhq.12065.
- Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F. et Fernandez, A. (2005). Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 800-806. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x.
- Winnipeg Regional Health Authority (2013). *Language Access: Code of Ethics and Standards of Practice for Interpreters*. Winnipeg: Winnipeg Regional Health Authority. Récupéré le 7 août 2015 du site <http://www.wrha.mb.ca/professionals/language/files/EthicsCode.pdf>.
- Winnipeg Regional Health Authority (s.d.). *Language Access Interpreter Services*. Winnipeg: Government of Manitoba. Récupéré le 19 août 2015 du site <http://www.wrha.mb.ca/Professionals/language/index.php>.

Annexe 1. Profil de la population francophone et des services en langue française des six régions de l'étude

	Population francophone	Loi ou politique provinciale sur les services en langue française	Services en langue française de la région de la santé	Services d'interprète, de navigateur ou d'accompagnateur offerts par la région de la santé	Services d'interprète, de navigateur ou d'accompagnateur communautaires
Terre-Neuve-et-Labrador (St. Johns)	0,6 %, surtout dans la Péninsule d'Avalon et le Labrador	Aucune	Bureau de Services Bilingues, Eastern Health Region (Avalon Peninsula)	3 interprètes pendant les heures de bureau la semaine, et sur appel	Aucun
Nord de l'Ontario (Thunder Bay)	2,8 % à Thunder Bay; 4,8 % dans le nord de l'Ontario; surtout des aînés	Loi sur les services en langue française dans 25 régions désignées en Ontario, y compris le District de Thunder Bay	Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario qui finance l'Accueil francophone	Accueil francophone (1986) 2 navigateurs/interprètes; service en présentiel ou à distance via Ontario-Télémédecine	Accueil francophone a débuté comme organisme communautaire

Centre de l'Ontario (North Simcoe Muskoka)	5 % à Midland et région environnante (RLISS de North Simcoe Muskoka)	Loi sur les services en langue française dans 25 régions désignées en Ontario, y compris le District de Simcoe	Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario et Centre de santé communautaire CHIGAMIK	Projet pilote de navigateur en santé	Aucun
Saskatchewan (Saskatoon)	2 %, surtout des aînés et des immigrants	Politique provinciale sur les services en langue française Politique de la Régie de la santé de Saskatoon sur l'interprétation	Aucun	Aucun Référence au Multicultural Community Interpretation Services en Ontario (par téléphone; \$)	Aucun
Alberta (Edmonton)	2,2 %	Aucune	Multicultural Program - University of Alberta Hospital à Edmonton	Services d'interprète disponibles en semaine; service en présentiel, demandé par le prestataire de soins	Service de navigateur/interprète offert par CANAVUA (2011) (organisme de bénévolat)
Yukon (Whitehorse)	15 % à Whitehorse	Loi sur les langues reconnait le français et l'anglais comme les langues officielles	Service à l'Hôpital général de Whitehorse; 120 professionnels bilingues, avec roulement élevé	Service d'interprète 3 heures par jour en semaine	Informel (membres de la famille et amis)

Annexe 2. Outils de collecte de données

SONDAGE COMMUNAUTAIRE AUPRÈS DES FRANCOPHONES

Si vous êtes francophone minoritaire vivant au Canada et avez reçu des services sociaux ou de santé, nous sommes intéressés par votre expérience en ce qui concerne les services en français.

Ce court sondage (6-8 minutes) est administré par une équipe de recherche de l'Université de Saint-Boniface au Manitoba qui a reçu l'approbation de son Comité d'éthique en recherche. Nous apprécierions si vous pourriez répondre à toutes les questions. Il n'y a pas de mauvaise réponse. Vos réponses demeureront confidentielles et anonymes. En répondant aux questions, vous consentez à participer à cette étude. Les informations recueillies serviront à informer les décideurs dans le domaine de la santé quant à l'accès aux soins en français pour les populations francophones minoritaires au Canada.

Je réponds pour : **Moi-même** **Un enfant** **Un parent aîné** **Un ami**

A) Cette première section se rapporte à votre expérience quant à l'accès aux services sociaux et de santé

1) De façon générale, l'accès aux services sociaux et de santé dans votre communauté est :

Excellent Très bien Bien Faible Non-existant

2) L'accès aux services sociaux et de santé **en français** dans votre communauté est :

Excellent Très bien Bien Faible Non-existant

3) À quel point est-ce important pour vous de recevoir des services en français?

Très important Important Peu important Pas important Je ne sais pas

4) Selon vous, est-ce que le système de santé est conscient des besoins des francophones et des difficultés associées à l'accès aux services sociaux et de santé pour eux?

Très conscient Conscient Peu conscient Pas conscient Je ne sais pas

- 5) Selon vous, de quelle façon le système de santé répond-il aux difficultés associées à l'accès aux services sociaux et de santé en français?

Excellente Très bien Bien Faible Non-existante

- 6) a. Selon votre expérience, quelles options suivantes sont disponibles et améliorent votre accès à des services en français: (vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)

- ☐ un médecin de famille en mesure d'offrir un service en français
- ☐ d'autres professionnels de la santé bilingues
- ☐ - si oui, quelles professions: _____
- ☐ une épinglette permettant de repérer un employé bilingue
- ☐ un service d'interprète dans le domaine des services sociaux et de la santé
- ☐ un service de navigateur dans le domaine des services sociaux et de la santé
- ☐ un service d'accompagnement dans le domaine des services sociaux et de la santé
- ☐ un répertoire ou annuaire des services sociaux et de santé en français dans votre communauté
- ☐ un dépliant ou des informations écrites en français au sujet de la santé
- ☐ un formulaire de santé en français
- ☐ être demandé dans quelle langue le service est requis
- ☐ de la publicité au sujet des services sociaux et de santé en français
- ☐ un service téléphonique en français dans le domaine des services sociaux et de la santé
- ☐ autres : (spécifiez) _____

- b. De quelle façon les options sélectionnées ci-haut répondent à vos besoins associés à la langue ?

Très adéquatement Adéquatement Peu adéquatement Inadéquatement Je ne sais pas

- 7) Quelles barrières vous empêchent d'accéder à des services en français: (vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)

- ☐ une pénurie de professionnels de services sociaux et de la santé bilingues
- ☐ une distance plus longue à parcourir pour accéder à un service en français
- ☐ une attitude négative du personnel par rapport à la langue
- ☐ une disponibilité limitée ou non-existante d'un service d'interprète
- ☐ une attente prolongée pour un rendez-vous avec un professionnel bilingue

- ☐ ne pas être au courant des services disponibles en français
- ☐ une moins bonne qualité de service
- ☐ autres (spécifiez: _____)

8) Quand vous avez besoin de services sociaux ou de santé, à quelle fréquence considérez-vous en avoir besoin en français?

Toujours Souvent Parfois Jamais Je ne sais pas

9) Dans quelles circonstances est-ce essentiel pour vous de recevoir des services en français?

10) Quand vous avez besoin de services sociaux ou de santé, que faites-vous :
(vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)

- ☐ Je m'adresse en français, que ce soit en personne ou au téléphone.
- ☐ Je cherche pour un service en français.
- ☐ Un membre de la famille ou un ami m'accompagne à titre d'interprète.
- ☐ Je demande pour un intervenant bilingue.
- ☐ Je demande pour un service d'interprète, de navigation ou d'accompagnement.
- ☐ Je fais du mieux que je peux sans aide.
- ☐ Je ne demande pas de service.
- ☐ Je porte une plainte quand le service n'est pas disponible en français.
- ☐ Je rapporte un incident où les soins reçus étaient inadéquats en raison de la langue.
- ☐ autres (spécifiez: _____)

11) Pour quelles raisons demanderiez-vous de l'aide face à des difficultés par rapport à la langue: (vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)

- ☐ décrire mes symptômes en anglais
- ☐ comprendre les directives orales données par l'intervenant
- ☐ comprendre les informations écrites en anglais
- ☐ remplir les formulaires en anglais
- ☐ naviguer le système de santé, c'est-à-dire savoir où aller pour avoir le service approprié
- ☐ recevoir un appui émotionnel
- ☐ autres (spécifiez: _____)

12) a. Afin de recevoir des services sociaux ou de santé en français, avez-vous déjà utilisé :

- ☐ un service d'interprète
 - si oui, par quel moyen?
- ☐ en personne
☐ au téléphone
☐ à distance via Internet ou télémédecine
- ☐ un service de navigation
- ☐ un service d'accompagnement
- ☐ les services de CANAVUA
 - si oui, avec quel professionnel de la santé? _____
 - où travaille-t-il? _____

b. Si vous seriez en mesure de participer à une entrevue téléphonique d'environ 30 minutes pour discuter davantage de votre expérience avec le service d'interprète, de navigation ou d'accompagnement, svp fournir les informations suivantes:

Nom: _____

Numéro de téléphone: _____

Adresse courriel: _____

B) Cette deuxième partie nous permet de mieux décrire les participants du sondage. Vos réponses seront confidentielles et ne serviront qu'à des fins de recherche.

13) Sexe	☐ Homme ☐ Femme		
14) Âge	_____ans		
15) État civil	☐ Célibataire ☐ Marié(e)	☐ Separé(e) ☐ Divorcé(e)	☐ Veuf/veuve ☐ Union de fait
16) Lieu de résidence	☐ Région rurale	☐ Région urbaine	Ville ou village: _____

	Code postal : _____
17) <i>Plus haut niveau d'éducation complété</i>	☐ Élémentaire ☐ Secondaire ☐ Études collégiales ☐ Université-Baccalauréat ☐ Université-Études graduées ☐ Autre (spécifiez): _____
18) <i>Revenu individuel annuel</i>	☐ Moins de 10 000\$ ☐ 10 000\$ à 24 000\$ ☐ 25 000\$ à 49 000\$ ☐ 50 000\$ et plus
19) <i>Origine</i>	☐ Né(e) au Canada ☐ Au Canada depuis moins de 5 ans ☐ Au Canada depuis plus de 5 ans
20) <i>Première langue apprise, encore comprise et la plus souvent utilisée à la maison</i>	☐ Français ☐ Anglais ☐ Français et Anglais ☐ Autre _____
21) <i>Facilité de converser en anglais lors d'une consultation médicale</i>	☐ Excellente ☐ Très bien ☐ Bien ☐ Faible

Commentaires supplémentaires

Merci de participer à cette étude!

GRILLE D'ENTREVUE POUR USAGERS

Merci d'avoir accepté de nous parler au sujet de votre perspective et de votre expérience avec les services sociaux et de santé disponibles dans votre communauté. Je vous assure que vos propos seront confidentiels et anonymes tout au long de cette étude. Si vous désirez terminer votre participation en cours de route, vous pouvez le faire en tout temps sans conséquences. Avant de commencer, consentez-vous à ce que cette entrevue soit enregistrée pour fin de transcription?

Commençons avec des questions générales portant sur votre perspective et vos expériences avec les services sociaux et de santé en français.

A. Perspectives portant sur l'accès aux services sociaux et de santé en français

Selon votre sondage, vous rapportez que *(selon un sommaire des réponses du sondage du participant)*.

- 1) Avez-vous déjà eu une expérience dans le domaine de la santé où la langue d'usage a été problématique, soit pour vous-même ou pour un membre de votre famille? Pouvez-vous me décrire cette expérience?

Approfondir: Est-ce qu'il y avait de l'offre active?

Étiez-vous accompagné d'un membre de la famille ou d'un ami qui agissait à titre d'interprète, ou aviez-vous demandé de l'aide? Pourquoi ou pourquoi pas?

Est-ce qu'il y a des situations où vous ne voudriez pas utiliser les services d'un interprète?

Diriez-vous que la difficulté associée à la langue a eu un impact sur votre santé dans ce cas? Y avait-il une différence dans la qualité du service reçu?

- 2) Généralement, comment faites-vous pour avoir des services en français?

Approfondir: Qu'est-ce qui vous motive à chercher des services en français? Qu'est-ce qui vous décourage de le faire?

B. Perspectives au sujet du service d'interprète/de navigateur/d'accompagnateur

Vous avez mentionné dans votre sondage que vous avez utilisé le service suivant :
_____ (nom
spécifique du service en question)

1) Avant votre première expérience avec l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur, comment vous sentiez-vous par rapport à l'utilisation de ce service?

2) Qu'est-ce qui a fait en sorte que vous avez demandé ce service?

Approfondir: Comment avez-vous entendu parler du service?

Avez-vous demandé le service, ou est-ce qu'il vous a été offert?

Était-ce pour vous-même ou un membre de la famille?

Pourquoi avez-vous décidé d'utiliser ce service?

3) Pourriez-vous nous décrire votre expérience avec ce service selon les éléments suivants?

a. Quel professionnel de la santé consultiez-vous? Dans quel établissement ou milieu?

Pour quelle raison?

b. Qu'est-ce que l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur a fait avant, pendant et après la consultation ?

Approfondir: Si l'intervenant avait plus d'un rôle, quel service a été le plus utile et comment chacun pourrait être amélioré.

c. Comment se compare cette expérience avec une consultation similaire avec le même professionnel de la santé sans l'aide de l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur (préciser si vous étiez seul ou accompagné) ?

4) Pourriez-vous évaluer le service d'interprète/navigateur/accompagnateur selon ces critères:

a. Avec quelle confiance ressentiez-vous que l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur garderait votre information confidentielle, c'est-à-dire qu'il (elle) n'en parlerait à personne d'autre?

Très confiant Confiant Peu confiant Pas confiant Je ne sais pas

- b. Avec quelle confiance ressentiez-vous que l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur traduisait fidèlement ce que disait le professionnel de la santé?

Très confiant Confiant Peu confiant Pas confiant Je ne sais pas

- c. Avec quelle confiance ressentiez-vous que le professionnel de la santé avait bien compris vos préoccupations avec l'intervention de l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur?

Très confiant Confiant Peu confiant Pas confiant Je ne sais pas

- d. Comment décririez-vous la facilité et l'aise du professionnel de la santé de travailler avec l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur?

Très confortable Confortable Peu confortable Inconfortable Je ne sais pas

- e. À quel point diriez-vous qu'à la fin de la consultation, vous aviez une bonne compréhension de votre condition et du traitement prescrit?

Excellent Très bien Bien Faible Je ne sais pas

- f. Aviez-vous des préoccupations ou des inquiétudes au sujet du rôle de l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur?

- g. Est-ce que le professionnel de la santé vous a questionné au sujet de la relation que vous aviez avec l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur?

- h. Est-ce que le professionnel de la santé a questionné l'interprète/le navigateur/l'accompagnateur au sujet de sa formation ou son niveau d'expérience dans ce rôle?

- i. Utiliseriez-vous le même service? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi?

- 1) Aimeriez-vous ajouter autre chose par rapport au service d'interprète/navigateur/accompagnateur, ou au sujet des services sociaux et de santé en français dans votre communauté ?

GRILLE D'ENTREVUE POUR INTERPRÈTES/NAVIGATEURS/ACCOMPAGNATEURS

Merci d'avoir accepté de nous parler au sujet de votre pratique d'interprète/de navigateur/d'accompagnateur dans le domaine de la santé dans votre communauté. Je vous assure que vos propos seront confidentiels et anonymes tout au long de cette étude. Si vous désirez terminer votre participation en cours de route, vous pouvez le faire en tout temps sans conséquences. Avant de commencer, consentez-vous à ce que cette entrevue soit enregistrée pour fin de transcription?

Commençons avec des questions générales au sujet de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en français.

1) Selon votre expérience, les professionnels de la santé sont-ils au courant des besoins de leurs patients francophones et des défis associés à l'accès aux services sociaux et de santé pour eux?

- Les professionnels de la santé sont-ils au courant des barrières et des risques associés à la langue? Quels événements spécifiques vous mènent à penser cela?
- À quel point les professionnels de la santé facilitent-ils activement l'accès aux services de langue pour leurs patients francophones? Comment le font-ils (recommander les services d'interprétariat, demander de l'aide d'un professionnel bilingue, pratiquer l'offre active) ?
 - Si ce n'est pas fait, pourquoi, selon vous?

2) Vous êtes en mesure d'observer quotidiennement l'offre de services aux francophones dans votre communauté. Êtes-vous au courant d'incidents ou de problèmes qui ont eu lieu entre le patient et le professionnel de la santé à cause de la langue? Pourriez-vous m'en dire davantage, me donner un exemple?

(Qu'est-ce que est arrivé, dans quel milieu, comment est-ce qu'on s'est rendu compte que c'était un problème, quel risque vous a été évident, qu'est-ce que vous avez fait en réponse à ce risque, à quel point le patient et le professionnel de la santé étaient au courant du défi de langue; quel suivi a été fait)

3) Quel est votre rôle principal dans l'offre de services de santé pour les francophones de votre communauté?

- 4) Pour qui, et dans quel contexte, offrez-vous vos services?

- 5) Comment vos patients sont-ils informés de la disponibilité de vos services?

- 6) Comment les professionnels de la santé sont-ils informés de la disponibilité de vos services?
- 7) Pourquoi pensez-vous que votre rôle est nécessaire? Pourriez-vous me raconter une intervention de votre part qui semble avoir eu un effet positif?
- 8) À quel point votre rôle est-il accepté :
- Par le patient?
 - Par le professionnel de santé consulté?
 - Par d'autres professionnels de la santé?
 - Par le système de santé généralement?
 - Quels événements vous mènent à croire que votre rôle est/n'est pas bien accepté par les groupes nommés ci-haut (individuellement)?
- 9) À quel niveau vous sentez-vous confiant dans votre rôle d'interprète/de navigateur/d'accompagnateur et pourquoi (éléments aidants pouvant être la formation, l'expérience, l'intégration dans le système de santé et être accepté par ce dernier, etc.) ?
- 10) Quelle formation avez-vous reçu pour votre rôle (chaque rôle individuellement, si plus d'un)?
- Enquêter sur les détails de la formation : reçu où, durée, testing linguistique effectué quand et par qui, composantes de la formation (éthique, standards, terminologie médicale, interprétariat, etc.)
 - Plus tôt, vous avez mentionné que votre employeur a/n'a pas fourni des lignes directrices quant à l'éthique et les standards de pratique sur les rôles d'interprète/de navigation/d'accompagnement. Est-ce qu'il existe d'autres guides d'éthique ou de standards que vous connaissez? Que vous utilisez? Quels sont-ils? (si vous avez reçu une formation formelle, est-ce que ces principes vous ont été présentés lors de la formation?)

Enfin, j'aimerais vos suggestions au sujet des services d'interprète/de navigation/d'accompagnement de façon générale, et comment mieux appuyer et continuer à améliorer ces services.

- 11) Quels aspects du service fonctionnent bien?
- 12) Quels sont des lacunes, des manques dans le service?
- 13) Quelles suggestions auriez-vous pour améliorer les services d'interprète/de navigateur/d'accompagnement? (Définition de rôles, augmenter la visibilité du rôle dans le système de santé ou auprès des professionnels de la santé, etc.)
- 14) Quels appuis, ressources ou formation supplémentaires vous aideraient dans votre rôle/vos rôles?
- 15) Est-ce qu'il y aurait autre chose que vous voudriez ajouter au sujet du service d'interprète/de navigation/d'accompagnement, ou des services de santé en français dans votre communauté?

15) Sexe	☐ Homme ☐ Femme
16) Âge	_____
17) Employeur	_____
18) Emploi	☐ Temps plein ☐ Temps partiel (heures/semaine : _____) Combiné avec un autre poste: (spécifiez : _____)
19) Expérience antérieure dans le domaine de la santé	_____
20) Nombre d'années dans ce rôle ou un rôle similaire?	_____

21) <i>Lieu de travail</i>	Ville ou village : _____ Code postal : _____
22) <i>Origine</i>	☐ Né(e) au Canada ☐ Au Canada depuis moins de 5 ans ☐ Au Canada depuis plus de 5 ans
<i>Commentaires supplémentaires</i> 	

Merci d'avoir participé à cette étude!

Annexe 3. Tableaux des profils sociodémographiques des participants au sondage et des entrevues auprès des francophones

Tableau 1 : Profils sociodémographiques des participants au sondage

Caractéristiques	Nombre de participants	Pourcentage
Genre		
Femme	194	78,9
Homme	52	21,1
Âge		
Moyen	42,5 ans	
Médian	40 ans	
État civil		
Marié ou union de fait	181	72,4
Célibataire, séparé, divorcé ou veuf	69	27,6
Lieu de résidence		
Terre-Neuve-et-Labrador	16	5,4
North Simcoe Muskoka et Thunder Bay	24	8,0
Saskatchewan	108	36,4
Alberta	53	17,8
Région non-précisée par le participant	96	32,3
Plus haut niveau de scolarité		
Secondaire	17	6,9
Études collégiales	74	30,1
Études universitaires – baccalauréat	89	36,2
Études universitaires – cycles supérieurs	66	26,8
Revenu individuel annuel		
Moins de 10 000 \$	12	5,0
10 000 \$ à 24 000 \$	22	9,2
25 000 \$ à 49 000 \$	69	29,0
50 000 \$ ou plus	133	55,9
Origine		
Né au Canada	169	68,4
Au Canada depuis moins de 5 ans	29	11,7
Au Canada depuis plus de 5 ans	48	19,4
Première langue apprise, encore comprise et la plus souvent utilisée à la maison		
Français	188	78,0
Anglais	8	3,3
Français et anglais	45	18,7

Facilité à converser en anglais lors d'une consultation médicale		
Excellente - Très bien	139	56,0
Bien	68	27,4
Faible	41	16,5

Tableau 2 : Profils sociodémographiques des participants aux entrevues

Caractéristiques	Nombre de participants	Pourcentage
Genre		
Femme	13	65
Homme	7	35
Âge		
Moyen	39,4 ans	
Médian	37 ans	
État civil		
Marié ou union de fait	12	60
Célibataire ou divorcé	8	40
Lieu de résidence		
Milieu rural	8	40
Milieu urbain	12	60
Plus haut niveau de scolarité		
Élémentaire - Secondaire	1	5
Études collégiales	5	25
Études universitaires – baccalauréat	7	35
Études universitaires – cycles supérieurs	7	35
Revenu individuel annuel		
Moins de 24 000 \$	5	25
25 000 \$ à 49 000 \$	6	30
50 000 \$ ou plus	9	45
Origine		
Né au Canada	12	63,5
Au Canada depuis moins de 5 ans	5	26,3
Au Canada depuis plus de 5 ans	2	10,5
Première langue apprise, encore comprise et la plus souvent utilisée à la maison		
Français	17	85
Anglais	1	5
Français et anglais	2	10

Facilité à converser en anglais lors d'une consultation médicale		
Excellente - Très bien	8	42,1
Bien	3	15,8
Faible	8	42,1

Annexe 4. Tableaux des résultats du sondage par région

1. De façon générale, l'accès aux services sociaux et de santé dans votre communauté est* :

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total ^a
Excellent - Très bien	Effectif	9	14	62	31	160
	%	56,2 %	60,9 %	57,4 %	59,6 %	54,8 %
Bien	Effectif	5	6	34	8	84
	%	31,2 %	26,1 %	31,5 %	15,4 %	28,8 %
Faible ou inexistant	Effectif	2	3	12	13	48
	%	12,5 %	13,0 %	11,1 %	25,0 %	16,4 %
Total	Effectif	16	23	108	52	292
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

^a: Le total comprend les données pour l'ensemble des participants des régions indiquées et les participants pour qui le lieu de résidence n'est pas connu.

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p = 0,217.

2. L'accès aux services sociaux et de santé en français dans votre communauté est* :

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Excellent - Très bien	Effectif	0	1	6	7	20
	%	0,0 %	4,2 %	5,6 %	13,5 %	6,8 %
Bien	Effectif	0	4	11	10	48
	%	0,0 %	16,7 %	10,3 %	19,2 %	16,4 %
Faible ou inexistant	Effectif	16	19	90	35	225
	%	100,0 %	79,2 %	84,1 %	67,3 %	76,8 %
Total	Effectif	16	24	107	52	293
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p = 0,090.

3. À quel point est-ce important pour vous de recevoir des services en français?*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Très important - Important	Effectif	14	24	86	48	253
	%	87,5 %	100,0 %	80,4 %	90,6 %	86,0 %
Peu ou pas important	Effectif	2	0	21	5	43
	%	12,5 %	0,0 %	19,6 %	9,4 %	14,0 %
Total	Effectif	16	24	107	53	296
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p = 0,079.

4. Selon vous, est-ce que le système de santé est conscient des besoins des francophones et des difficultés associées à l'accès aux services sociaux et de santé pour eux?*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Très conscient - Conscient	Effectif	1	5	11	7	43
	%	6,2 %	20,8 %	10,8 %	14,6 %	15,7 %
Peu conscient	Effectif	12	15	51	27	146
	%	75,0 %	62,5 %	50,0 %	56,2 %	53,3 %
Pas conscient	Effectif	3	4	40	14	85
	%	18,8 %	16,7 %	39,2 %	29,2 %	31,0 %
Total	Effectif	16	24	102	48	274
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p = 0,233.

5. Selon vous, de quelle façon le système de santé répond-il aux difficultés associées à l'accès aux services sociaux et de santé en français?*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Excellente - Très bien	Effectif	0	1	5	2	13
	%	0,0 %	4,2 %	4,7 %	3,8 %	4,6 %
Bien	Effectif	0	4	8	13	45
	%	0,0 %	16,7 %	7,5 %	25,0 %	15,8 %
Faible	Effectif	12	16	75	32	185
	%	75,0 %	66,7 %	70,1 %	61,5 %	64,9 %
Inexistante	Effectif	4	3	19	5	42
	%	25,0 %	12,5 %	17,8 %	9,6 %	14,7 %
Total	Effectif	16	24	107	52	285
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p = 0,099.

6a. Selon votre expérience, quelles options suivantes sont disponibles et améliorent votre accès à des services en français : (vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total	p*
Médecin de famille bilingue	Effectif	5	16	53	36	145	0,017
	%	31,2 %	66,7 %	49,1 %	67,9	48,8 %	
Autre professionnel de la santé bilingue	Effectif	4	11	60	30	144	0,114
	%	25,0 %	45,8 %	55,6 %	56,6	48,5 %	
Épinglette	Effectif	4	7	24	10	69	0,749
	%	25,0 %	29,2 %	22,2 %	18,9 %	23,2 %	
Service d'interprétariat	Effectif	8	7	25	14	70	0,171
	%	50,0 %	29,2 %	23,1 %	26,4 %	23,6 %	
Service de navigation	Effectif	2	5	12	10	40	0,411
	%	12,5 %	20,8 %	11,1 %	18,9 %	13,5 %	
Service d'accompagnement	Effectif	1	4	16	13	41	0,328
	%	6,2 %	16,7 %	14,8 %	24,5 %	13,8 %	
Annuaire des services en FR	Effectif	7	14	58	28	133	0,839
	%	43,8 %	58,3 %	53,7 %	52,8 %	44,8 %	
Dépliants/informations en FR	Effectif	4	12	35	17	94	0,325
	%	25,0 %	50,0 %	32,4 %	32,1 %	31,6 %	
Formulaires de santé en FR	Effectif	3	10	28	19	81	0,241
	%	18,8 %	41,7 %	25,9 %	35,8 %	27,3 %	
Être questionné sur la langue de service requise	Effectif	5	9	24	19	77	0,190
	%	31,2 %	37,5 %	22,2 %	35,8 %	25,9 %	
Publicité des services en FR	Effectif	3	8	24	14	64	0,630
	%	18,8 %	33,3 %	22,2 %	26,4 %	21,5 %	
Service téléphonique en FR	Effectif	3	10	35	17	85	0,527
	%	18,8 %	41,7 %	32,4 %	32,1 %	28,6 %	

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher.

6b. De quelle façon les options sélectionnées ci-dessus répondent à vos besoins associés à la langue?*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Très adéquatement - adéquatement	Effectif	7	12	42	31	127
	%	46,7 %	50,0 %	40,0 %	63,3 %	47,9 %
Peu adéquatement - inadéquatement	Effectif	8	11	55	16	125
	%	53,3 %	45,8 %	52,4 %	32,7 %	47,2 %
Je ne sais pas	Effectif	0	1	8	2	13
	%	0,0 %	4,2 %	7,6 %	4,1 %	4,95
Total	Effectif	15	24	105	49	265
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; $p = 0,214$.

7. Quelles barrières vous empêchent d'accéder à des services en français : (vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)

		Terre-Neuve-et- Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total	p*
Pénurie de professionnels bilingues	Effectif	11	21	82	38	198	0,419
	%	68,8 %	87,5 %	75,9 %	71,7 %	66,7 %	
Distance plus longue à parcourir	Effectif	4	14	24	21	85	0,002
	%	25,0 %	58,3 %	22,2 %	39,6 %	28,6 %	
Attitude négative du personnel	Effectif	4	13	29	14	79	0,066
	%	25,0 %	54,2 %	26,9 %	26,4 %	26,6 %	
Disponibilité limitée ou inexistante	Effectif	8	13	46	17	110	0,260
	%	50,0 %	54,2 %	42,6 %	32,1 %	37,0 %	
Attente prolongée	Effectif	1	6	18	14	60	0,231
	%	6,2 %	25,0 %	16,7 %	26,4 %	20,2 %	
Ignorance de l'existence des services disponibles en FR	Effectif	11	13	62	33	159	0,742
	%	68,8 %	54,2 %	57,4 %	62,3 %	53,5 %	
Moins bonne qualité de service	Effectif	0	4	18	2	31	0,030
	%	0,0 %	16,7 %	16,7 %	3,8 %	10,4 %	

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou test exact de Fisher.

8. Quand vous avez besoin de services sociaux ou de santé, à quelle fréquence considérez-vous en avoir besoin en français?*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Toujours - Souvent	Effectif	8	19	46	28	138
	%	50,0 %	79,2 %	45,1 %	52,8 %	52,1 %
Parfois	Effectif	6	4	41	21	95
	%	37,5 %	16,7 %	40,2 %	39,6 %	35,8 %
Jamais	Effectif	1	0	13	4	27
	%	6,2 %	0,0 %	12,7 %	7,5 %	10,2 %
Je ne sais pas	Effectif	1	1	2	0	5
	%	6,2 %	4,2 %	2,0 %	0,0 %	1,9 %
Total	Effectif	16	24	102	53	265
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p=0,067.

**9. Quand vous avez besoin de services sociaux ou de santé, que faites-vous :
(vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)**

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total	p*
Je m'adresse en français	Effectif	0	12	16	6	47	0,000
	%	0,0 %	50,0 %	14,8 %	11,3 %	15,8 %	
Je cherche pour un service en FR	Effectif	3	19	37	26	117	0,000
	%	18,8 %	79,2 %	34,3 %	49,1 %	39,4 %	
Quelqu'un m'accompagne	Effectif	2	7	17	8	45	0,417
	%	12,5 %	29,2 %	15,7 %	15,1 %	15,2 %	
Je demande pour un intervenant bilingue	Effectif	1	6	15	7	35	0,428
	%	6,2 %	25,0 %	13,9 %	13,2 %	11,8 %	
Je demande pour un service d'interprète, de navigation ou d'accompagnement	Effectif	0	1	1	4	9	0,100
	%	0,0 %	4,2 %	0,9 %	7,5 %	3,0 %	
Je fais du mieux que je peux sans aide	Effectif	10	11	62	34	153	0,493
	%	62,5 %	45,8 %	57,4 %	64,2 %	51,5 %	
Je ne demande pas de service	Effectif	5	2	26	11	63	0,272
	%	31,2 %	8,3 %	24,1 %	20,8 %	21,2 %	
Je porte plainte quand le service n'est pas disponible	Effectif	0	1	3	1	6	0,783
	%	0,0 %	4,2 %	2,8 %	1,9 %	2,0 %	
Je rapporte un incident	Effectif	0	3	0	1	5	0,004
	%	0,0 %	12,5 %	0,0 %	1,9 %	1,7 %	

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher.

10. Pour quelles raisons demanderiez-vous de l'aide face à des difficultés par rapport à la langue : (vous pouvez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à vous)

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total	p*
Décrire mes symptômes en anglais	Effectif	10	17	62	37	155	0,384
	%	62,5 %	70,8 %	57,4 %	69,8 %	52,2 %	
Comprendre les directives orales de l'intervenant	Effectif	7	13	42	22	113	0,603
	%	43,8 %	54,2 %	38,9 %	41,5 %	38,0 %	
Comprendre les informations écrites	Effectif	5	7	17	10	53	0,249
	%	31,2 %	29,2 %	15,7 %	18,9 %	17,8 %	
Remplir les formulaires en anglais	Effectif	4	7	32	13	73	0,931
	%	25,0 %	29,2 %	29,6 %	24,5 %	24,6 %	
Naviguer le système de santé	Effectif	5	8	24	13	77	0,599
	%	31,2 %	33,3 %	22,2 %	24,5 %	25,9 %	
Recevoir un appui émotionnel	Effectif	9	14	44	22	107	0,313
	%	56,2 %	58,3 %	40,7 %	41,5 %	36,0 %	

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher.

11. Afin de recevoir des services sociaux ou de santé en français, avez-vous déjà utilisé :

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total	p*
Un service d'interprétariat	Effectif	1	1	10	7	24	0,748
	%	6,2 %	4,5 %	9,3 %	13,2 %	9,4 %	
Un service de navigation	Effectif	1	0	14	7	26	0,290
	%	6,2 %	0,0 %	13,1 %	13,2 %	10,4 %	
Un service d'accompagnement	Effectif	2	2	2	0	10	0,024
	%	12,5 %	8,7 %	1,9 %	0,0 %	4,0 %	

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher.

12. Sexe*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Homme	Effectif	4	1	26	15	52
	%	25,0 %	4,2 %	25,0 %	28,3 %	21,1 %
Femme	Effectif	12	23	78	38	194
	%	75,0 %	95,8 %	75,0 %	71,7 %	78,9 %
Total	Effectif	16	24	104	53	246
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p=0,080.

13. État civil*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Marié ou union de fait	Effectif	8	19	79	40	181
	%	50,0 %	79,2 %	75,2 %	75,5 %	73,0 %
Célibataire, séparé ou divorcé	Effectif	8	5	26	13	67
	%	50,0 %	20,8 %	24,8 %	24,5 %	27,0 %
Total	Effectif	16	24	105	53	248
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou le test exact de Fisher; p=0,155.

14. Plus haut niveau d'éducation complété*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Élémentaire - Secondaire	Effectif	0	1	8	7	17
	%	0,0 %	4,2 %	7,6 %	13,7 %	6,9 %
Études collégiales	Effectif	7	6	23	18	74
	%	43,8 %	25,0 %	21,9 %	35,3 %	30,1 %
Université - Baccalauréat	Effectif	3	12	42	16	89
	%	18,8 %	50,0 %	40,0 %	31,4 %	36,2 %
Université – Études graduées	Effectif	6	5	32	10	66
	%	37,5 %	20,8 %	30,5 %	19,6 %	26,8 %
Total	Effectif	16	24	105	51	246
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test de chi-carré ou test exact de Fisher; $p=0,171$.

15. Revenu individuel annuel*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Moins de 10 000 \$	Effectif	0	0	6	5	12
	%	0,0 %	0,0 %	5,9 %	9,8 %	5,0 %
10 000 \$ à 24 000 \$	Effectif	2	1	8	6	22
	%	13,3 %	4,2 %	7,9 %	11,8 %	9,2 %
25 000 \$ à 49 000 \$	Effectif	6	10	28	11	69
	%	40,0 %	41,7 %	27,7 %	21,6 %	29,0 %
50 000 \$ et plus	Effectif	7	13	58	28	133
	%	46,7 %	54,2 %	57,4 %	54,9 %	55,9 %
Total	Effectif	15	24	100	50	238
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test exact de Fisher; $p=0,675$.

16. Origine*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Né au Canada	Effectif	14	18	66	35	169
	%	87,5 %	75,0 %	62,3 %	66,0 %	68,4 %
Au Canada depuis moins de 5 ans	Effectif	1	3	13	8	29
	%	6,2 %	12,5 %	12,3 %	15,1 %	11,7 %
Au Canada depuis plus de 5 ans	Effectif	1	3	27	10	48
	%	6,2 %	12,5 %	25,5 %	18,9 %	19,4 %
Total	Effectif	16	24	106	53	247
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test exact de Fisher; p=0,489.

17. Première langue apprise, encore comprise et la plus souvent utilisée à la maison*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Français	Effectif	10	21	80	40	188
	%	66,7 %	87,5 %	79,2 %	78,4 %	78,0 %
Anglais	Effectif	1	0	3	1	8
	%	6,7 %	0,0 %	3,0 %	2,0 %	3,3 %
Français et anglais	Effectif	4	3	18	10	45
	%	26,7 %	12,5 %	17,8 %	19,6 %	18,7 %
Total	Effectif	15	24	101	51	241
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test exact de Fisher; p=0,729.

18. Facilité à converser en anglais lors d'une consultation médicale*

		Terre-Neuve-et-Labrador	Muskoka et Thunder Bay	Saskatchewan	Alberta	Total
Excellente - Très bien	Effectif	7	11	59	33	139
	%	43,8 %	47,8 %	56,2 %	62,3 %	56,0 %
Bien	Effectif	6	7	30	13	68
	%	37,5 %	30,4 %	28,6 %	24,5 %	27,4 %
Faible	Effectif	3	5	16	7	41
	%	18,8 %	21,7 %	15,2 %	13,2 %	16,5 %
Total	Effectif	16	23	105	53	248
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* : Différence statistiquement significative à 5 % entre les quatre régions selon le test exact de Fisher; p=0,809.

Annexe 5. Tâches des interprètes-accompagnateurs

La demande de service d'interprétariat ou d'accompagnement se fait généralement par le patient, qui contacte l'organisme de coordination. Le patient parle directement à l'interprète-accompagnateur s'il est un employé, ou au coordinateur du service qui communique ensuite avec l'interprète-accompagnateur bénévole. Si le besoin d'accompagnement physique est exprimé par le patient, le transport est assuré par l'interprète-accompagnateur. Au bureau du médecin, ou là où les soins seront prodigués, l'interprète-accompagnateur rencontre le patient avant d'entrer dans le bureau du prestataire de soins. Pour certains patients, particulièrement les personnes âgées, l'interprète-accompagnateur se présente avec le patient à l'accueil afin d'avertir que le patient est arrivé. Si le patient en est capable, il est invité à prendre en charge la situation, ou à observer la façon de faire, comme une participante décrit : *« Si c'est une personne qui a juste un problème de langue, pour aider que la personne apprenne comment faire, je l'amène avec moi à l'accueil, je parle et elle est là et elle entend tout ce que je dis. Pour moi, c'est de donner de la valeur à la personne »*. L'interprète-accompagnateur, en présence du patient, s'introduit ensuite auprès du professionnel de la santé et explique brièvement son rôle. Dans certains cas, le professionnel de la santé vérifie le consentement du patient à la présence d'une tierce personne lors de la consultation. Ce consentement se fait à l'oral. Le rendez-vous médical se poursuit, alors que le professionnel entame la conversation et que l'interprète-accompagnateur interprète dans la langue du patient. Le patient peut ensuite poser des questions, que l'interprète-accompagnateur traduit pour le prestataire de soins. C'est donc une interprétation consécutive.

Pendant la consultation, un interprète-accompagnateur rapporte qu'il note les propos discutés et, après la consultation, reprend certains éléments avec le patient. Sans lui demander directement, l'interprète pose des questions au patient dans le but de s'assurer que ce dernier a bien compris. Après la consultation, l'interprète-accompagnateur se renseigne au sujet des suivis attendus, comme la prise de rendez-vous futurs, l'accompagnement pour des tests diagnostiques, ou l'obtention des médicaments nouvellement prescrits : *« Je les accompagne aussi pendant une mammographie, ou une échographie pour leur grossesse, par exemple, on interprète même pendant qu'ils font ça »*. Certains vont également traduire des consignes à suivre en français de façon à s'assurer que le patient comprend ce qu'il doit faire. Ce n'est que lorsque le patient a terminé ses tests et reçu son ordonnance, si nécessaire, que l'interprète-accompagnateur reconduit le patient à son domicile, ce qui met fin à son intervention. Il arrive par contre que l'interprète-accompagnateur reprenne contact, quelques jours plus tard, avec un patient particulièrement vulnérable, principalement pour le rassurer sur le fait que l'absence de nouvelles est généralement signe que tout va bien, ou pour lui rappeler qu'un suivi est imminent. D'autres vont communiquer avec le bureau du médecin pour s'informer des prochaines étapes ou de la progression du dossier du patient.

La coordination du service est un peu différente en ce qui concerne les interprètes-accompagnateurs bénévoles. Dès que le bénévole accepte d'accompagner un patient, une communication se fait entre la coordination du service d'interprétariat-accompagnement et le bénévole, pour vérifier que ce dernier connaît le profil du patient et comprend précisément son rôle auprès de lui. Parallèlement, un suivi après l'intervention est effectué avec la coordination du service, afin d'en rendre compte et de faire part, s'il y a lieu, de la nécessité d'un contrôle médical supplémentaire dans les prochains jours.