



Groupe de recherche sur la
formation professionnelle en
santé et service social en contexte
francophone minoritaire

**LES SERVICES SOCIAUX ET DE
SANTÉ POUR LES PERSONNES
ÂGÉES FRANCOPHONES DE L'EST
ONTARIEN ET DU MANITOBA :**

**LIGNES DIRECTRICES
POUR AMÉLIORER
LA CONTINUITÉ
DES SERVICES
EN FRANÇAIS**



RAPPORT DE RECHERCHE

préparé par

**Lucy-Ann Kubina, Danielle de Moissac,
Jacinthe Savard, Sébastien Savard
et Florette Giasson**

En collaboration avec

**Halimatou Ba, Yves Couturier,
Marie Drolet, Ndeye Rokhaya Gueye,
Léna Diamé Ndiaye, Cécile Paquette,
Jean-Louis Schryburt, Marjorie Silverman**

Le 29 mars 2018



uOttawa



Université de
Saint-Boniface

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude et de partager leurs perspectives avec nous. L'équipe est également reconnaissante envers les personnes du Manitoba et de l'Est ontarien qui ont collaboré à la logistique d'organisation des entretiens.

L'équipe remercie également Myriam Bélanger, Marie-Pier Gaudet et Audrey-Ann Lapointe, étudiantes à la maîtrise en travail social et assistantes à la recherche, pour leur contribution à l'étude.

Elle remercie aussi les membres du comité consultatif créé pour nous aider à orienter cette recherche et les recommandations qui en ont découlé :

Maryse Castonguay de l'Hôpital Montfort, Gaétane Gagnon du Centre de santé communautaire de l'Estrie, Ghislain Sangwa-Lugoma du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, Cécile Paquette et Jean-Louis Schryburt de la Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario (FARFO) régionale d'Ottawa.

Finalement, nous remercions sincèrement ARIMA et le CNFS¹, volets Université d'Ottawa et Université de Saint-Boniface pour leur soutien financier, sans lequel cette recherche ne se serait pas réalisée.

¹ Le CNFS (Consortium national de formation en santé) est financé par Santé Canada dans le cadre de la *Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018* : éducation, immigration, communautés.

Les vues exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de Santé Canada.

GReFOPS

Groupe de recherche sur la
formation professionnelle en
santé et service social en contexte
francophone minoritaire

www.grefops.ca

Université d'Ottawa
600 Peter Morand, bureau 116
Ottawa, ON K1G 5Z3
613-562-5800 poste 8065

Nos appuis financiers :



Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018 : éducation, immigration, communautés.

À PROPOS DES AUTEURS

Lucy-Ann Kubina est associée de recherche au Groupe de recherche sur la formation professionnelle en santé et en service social en contexte francophone minoritaire (GReFoPS). Depuis 2004, elle a développé une solide expertise en recherche qualitative en contribuant à plusieurs projets de recherche, notamment sur la participation à des occupations significatives après un accident vasculaire cérébral et sur les services sociaux et de santé pour les francophones en situation minoritaire.

Danielle de Moissac est professeure titulaire à la Faculté des Sciences de l'Université de Saint-Boniface et membre du GReFoPS. Ses intérêts de recherche portent sur la santé des francophones vivant en situation minoritaire au Manitoba et sur leur accès aux services sociaux et de santé en français.

Jacinthe Savard est professeure agrégée à l'École des sciences de la réadaptation de l'Université d'Ottawa et membre du GReFoPS. Ses intérêts de recherche portent sur les services adaptés aux communautés francophones en situation minoritaire du Canada, la collaboration interprofessionnelle, la formation des professionnels de la santé (en lien avec l'offre active de services en français ou avec la collaboration interprofessionnelle), et le développement et la validation d'outils d'évaluation en français.

Sébastien Savard est professeur agrégé à l'École de service social de l'Université d'Ottawa et membre du GReFoPS. Ses intérêts de recherche portent sur le partenariat entre les organismes communautaires et les établissements publics, le développement des communautés fragilisées et sur l'offre active de services sociaux et de santé aux francophones en situation minoritaire en Ontario.

Florette Giasson est professeure, directrice de l'École et coordinatrice des stages à l'École de travail social de l'Université de Saint-Boniface. Ses intérêts de recherche portent sur l'épuisement professionnel, la santé mentale et la santé des francophones en situation minoritaire.



COLLABORATEURS

Halimatou Ba est professeure agrégée à l'École de travail social de l'Université de Saint-Boniface à Winnipeg. Ses intérêts de recherche portent sur la participation sociale et collective des femmes, l'intégration sociale des immigrants francophones et la santé des aînés francophones en contexte minoritaire.

Yves Couturier est professeur à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke et directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne. Il est titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie.

Marie Drolet est professeure titulaire à l'École de service social de l'Université d'Ottawa et membre fondatrice du GReFoPS. Son expertise porte sur l'accès à des services sociaux et de santé en français en contexte linguistique minoritaire, les enjeux sociaux de la santé, ainsi que la pratique sociale auprès des enfants, des adolescents, des aînés francophones et leurs familles.

Ndeye Rokhaya Gueye est professeure agrégée au Département des sciences mathématiques de l'Université de Saint-Boniface. Ses intérêts de recherche portent sur la statistique, le vieillissement, la santé des populations et des minorités, les services de santé ainsi que la santé mentale et la toxicomanie.

Léna Diamé Ndiaye est professeur agrégé à l'École de travail social de l'Université de Saint-Boniface. Ses intérêts de recherche portent sur l'enfance et la famille, les pratiques collaboratives en santé, l'intervention sociale en contexte de diversité, les aspects socioculturels et les représentations sociales de la santé mentale et les services de santé en contexte linguistique minoritaire.

Cécile Paquette est à la retraite du monde de l'éducation. Elle est active dans la communauté et auprès d'instances gouvernementales comme présidente de la Fédération des aînés et des retraités de l'Ontario (FARFO) régionale d'Ottawa, et comme membre du conseil d'administration provincial de ce même organisme.

Jean-Louis Schryburt est un éducateur à la retraite, après une carrière de 37 ans en éducation au niveau élémentaire en Ontario. Il s'engage bénévolement dans la communauté sur le plan des droits et services en français et du mieux-être des personnes âgées dans la région d'Ottawa.

Marjorie Silverman est professeure adjointe à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Ses intérêts de recherche portent sur les problématiques du vieillissement et des soins aux proches aidants.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
À propos des auteurs	3
Table des matières	5
Points saillants	6
Résumé	7

11 INTRODUCTION

Les services sociaux et de santé intégrés	11
Mise en contexte des services sociaux et de santé	13
Dans l'Est ontarien	13
Au Manitoba	14
Profil des aînés francophones en situation minoritaire	16
Les besoins des proches aidants	17
Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les francophones en situation minoritaire	20
Objectif et questions de recherche	21

22 MÉTHODOLOGIE

Méthode de recherche	22
Types de participants	22
Collecte de données dans l'Est ontarien	22
Collecte de données au Manitoba	24
Outils de collecte de données	25
Analyse qualitative	25

26 RÉSULTATS

Enjeux que vivent les personnes âgées francophones en situation minoritaire	26
Pratiques et mécanismes qui favorisent la continuité des services en français	28
Facteurs favorables à la collaboration pour l'amélioration de l'accès et de la continuité en français	33
Barrières à la continuité et à l'intégration des services destinés aux francophones	33
Améliorations à l'intégration des services aux personnes âgées en général	41
Améliorations à l'intégration des services francophones en tenant compte de la variable linguistique	43

48 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Nouvelles connaissances émergeant de cette étude	48
Recommandations : Vers des lignes directrices pour une meilleure continuité de services sociaux et de santé en français	52
Conclusion	59

Références	61
------------------	----

ANNEXE	67
--------------	----

POINTS SAILLANTS

En contexte linguistique minoritaire, une meilleure liaison et coordination des services sociaux et de santé en français pour améliorer la continuité des services est à privilégier.

Les pratiques professionnelles qui soutiennent la continuité des services sociaux et de santé pour les personnes âgées francophones vivant en contexte minoritaire sont : la documentation de la langue de la personne, l'offre active de services en français, le réseautage entre intervenants bilingues, l'utilisation de répertoires d'intervenants et de services bilingues, et l'engagement d'offrir le plus de services possible dans cette langue.

Au niveau organisationnel, la présence de plusieurs agences en mesure d'offrir des services en français, qui veulent collaborer et ont des pratiques formalisées de collecte de la variable linguistique, des équipes de soins multidisciplinaires, des tables de concertation interagences ainsi que des outils de communication communs, favorisent une trajectoire de services continus en français pour la clientèle francophone.

La vitalité et l'engagement des membres de la communauté francophone qui font preuve d'innovation et de collaboration avec les acteurs des réseaux sociaux et de santé, grâce aux liens de confiance tissés lors d'interventions communes, favorisent également une offre de service de façon intégrée.

Plusieurs barrières rendent toutefois difficile la continuité des services en français : pénurie d'intervenants et de services bilingues ou optimisation insuffisante des ressources humaines bilingues, manque d'offre active, d'outils d'évaluation, de communication ou de collaboration, de répertoire formel intersectoriel des ressources disponibles en français, en sont quelques exemples. À cela s'ajoute la méconnaissance de l'effet des barrières linguistiques, qui touchent l'accès, la sécurité, la satisfaction et la qualité des soins pour les francophones en situation minoritaire, ainsi qu'un manque de leadership visant la mise en œuvre de stratégies favorisant la collaboration et la continuité.

Les recommandations proposées soulignent l'importance de politiques qui prennent en compte la variable linguistique dans l'organisation des services et d'une structure organisationnelle qui valorise et assure le leadership sur ce dossier, forge des ententes formelles de collaboration entre établissements désignés, favorise le réseautage entre les divers acteurs francophones à travers les systèmes sociaux et de santé et encourage la pratique de l'offre active alimentée par la valorisation de la sécurité et de la qualité des soins. Elles font ressortir le rôle que jouent les intervenants et la communauté quant à ce dynamisme et à ces liens de collaboration.

Renforcée par l'engagement et la vitalité dont font preuve les membres de la communauté francophone en contexte minoritaire, la continuité des services sociaux et de santé en français est tout à fait plausible.

RÉSUMÉ

L'accès à des services sociaux et de santé en français est fondamental pour plusieurs aînés francophones de l'Est ontarien et du Manitoba en raison de leur profil sociodémographique, de leur état de santé précaire et de l'importance pour eux de pouvoir s'exprimer dans leur langue maternelle. Les aînés ainsi que leurs proches aidants francophones hésitent souvent à demander des services dans leur langue, craignant que cela retarde leur accès à des services dont ils ont besoin. Il a été démontré que les aînés francophones en situation minoritaire éprouvent beaucoup de difficultés à accéder à des soins et services dans leur langue, en particulier lorsqu'ils ont besoin de services de plusieurs dispensateurs de soins. Par ailleurs, les services disponibles en français sont souvent mal connus par les organisations et les professionnels² des services sociaux et de santé, même ceux qui sont francophones. Depuis plusieurs années, des efforts d'intégration des services pour les aînés, fondés sur leurs besoins, sont investis un peu partout au Canada. Ce n'est que récemment que l'accès aux services en français tout au long du continuum de soins (par ex. soins aigus, soins de santé primaires et services sociaux communautaires) a été souligné comme une caractéristique prioritaire de services sociaux et de santé intégrés. Pourtant, nos recherches antérieures sur les besoins des aînés francophones démontrent la présence de failles cruciales dans le continuum de services en français. Il nous apparaît alors central d'explorer l'organisation des services qui facilite la navigation dans les systèmes et réduit la fragmentation des interventions.

Cette étude a été menée dans l'Est ontarien et au Manitoba sous forme de recherche participative communautaire, avec comme partenaires des personnes âgées francophones et leurs proches aidants ainsi que des intervenants et des gestionnaires bilingues d'établissements désignés francophones ou bilingues, ou qui soutiennent une clientèle francophone. Grâce à des entretiens individuels et de groupe auprès de 25 gestionnaires et 37 intervenants des services sociaux et de santé, ainsi que 48 aînés et proches aidants, nous avons pu faire la recension des mécanismes formels et informels d'intégration clinique des services sociaux et de santé destinés aux aînés francophones vivant en contexte linguistique minoritaire.

L'analyse des données a été effectuée en s'appuyant sur un cadre développé par le Groupe de recherche sur la formation professionnelle en santé et en service social en contexte francophone minoritaire (GReFoPS) (Savard et coll., 2017) pour schématiser les relations entre les divers acteurs qui influencent la trajectoire de services sociaux et de santé dans le contexte des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Il s'inspire de quelques modèles retrouvés dans les écrits sur les systèmes de services sociaux et de santé. Ce cadre est utilisé pour élaborer des lignes directrices relatives à l'implantation de pratiques cliniques visant à favoriser la continuité des services sociaux et de santé en français dans les communautés francophones en situation minoritaire. Ce cadre est représenté graphiquement à la page 20 du présent rapport et nous en présentons les grandes lignes ci-dessous.

Ce cadre d'analyse conçoit le système de services sociaux et de santé comme un système organisé d'actions, situé dans un contexte concret à un moment donné. Divers groupes d'acteurs interagissent pour atteindre les objectifs du système et leurs objectifs propres. Ces groupes sont par exemple : des acteurs politiques, des leaders de la communauté, des gestionnaires, des intervenants des services sociaux et de santé, des groupes d'intérêt, l'utilisateur et ses proches aidants. Ils interagissent au sein de l'espace social délimité par un ensemble de structures qui orientent leurs actions : symbolique (liées aux valeurs), communautaire (composition et ressources de la communauté), politique et réglementaire (liées aux lois et règlements) et organisationnelle (distribution et organisation des ressources).

2 Les termes « professionnel » et « intervenant » sont utilisés de façon indifférenciée tout au long de ce rapport.

Ces structures encadrent la trajectoire de services dans laquelle deux principaux groupes d'acteurs se rencontrent : a) les intervenants et b) les usagers. Un usager est souvent soutenu par un ou des proches aidants, qui peuvent ou non participer à cette rencontre. L'interaction productive lors de la trajectoire de soins et services passe par une collaboration entre l'usager, ses proches aidants et les intervenants des services sociaux et de santé, de même qu'une coordination entre l'ensemble des services dont la personne a besoin. Dans le contexte de communauté de langue officielle en situation minoritaire, l'accès à des services dans la langue de son choix tout au long du continuum améliore l'expérience au sein de la trajectoire, de même que les résultats de santé. Divers outils cliniques, pratiques professionnelles, processus de soins et systèmes d'information peuvent faciliter la continuité des services.

Parmi les différents acteurs qui ont participé à cette recherche, certains ont constaté des exemples de comportements et de pratiques informelles ou formelles de continuité de services sociaux et de santé en français, en particulier de la part des intervenants : le réseautage, l'utilisation de répertoires d'intervenants et de services bilingues, l'offre active³ de services en français et un engagement sincère des intervenants bilingues d'offrir à la personne âgée qui le souhaite le plus de services possible dans sa langue.

Ces pratiques sont soutenues au niveau organisationnel par la présence de plusieurs services en français, de plusieurs agences désignées bilingues ou qui offrent des services en français, un esprit de collaboration entre certaines agences, ainsi que des pratiques formalisées de collecte de la variable linguistique, la présence de tables de concertation, ainsi que d'outils de communication, souvent informatisés, qui permettent un échange ponctuel d'information. Une voie prometteuse d'intégration est l'émergence d'organismes regroupant des équipes multidisciplinaires de services sociaux et de santé en français pouvant offrir une plus grande gamme de services aux personnes âgées francophones et leurs proches aidants, et ce, sous un même toit.

La vitalité et l'engagement des membres de la communauté francophone en contexte minoritaire renforcent ces mécanismes de continuité. Les participants ont témoigné d'un enthousiasme envers l'innovation et la collaboration, et ce, particulièrement de la part de certains acteurs-clés pour qui l'amélioration de l'offre de services en français destinés aux aînés est importante. Ces derniers ont développé des liens de confiance avec des intervenants ou des gestionnaires de services bilingues afin de favoriser la concertation et l'entraide.

Toutefois, les participants ont également constaté la présence de plusieurs barrières à la continuité de services sociaux et de santé en français. Au niveau des intervenants, peu d'offre active de la part du personnel bilingue, une pénurie d'outils d'évaluation en français et l'absence d'un répertoire formel intersectoriel des ressources disponibles en français nuisent à l'offre de services en français sur un continuum.

Au niveau organisationnel, en plus du manque d'intervenants bilingues ou d'une optimisation insuffisante des ressources humaines bilingues, on observe une pénurie de services bilingues, particulièrement dans les communautés à faible densité de francophones. Dans un système de services sociaux et de santé complexe et fragmenté, le manque d'outils communs de communication entre le secteur des services sociaux et de santé crée des délais et des répétitions dans les évaluations, les soins et les services. Les structures financières et les cultures organisationnelles diffèrent d'une agence à l'autre, et il y a peu de mécanismes ou d'ententes formelles intersectorielles favorisant une répartition de ressources pouvant assurer une continuité d'offre de services en français. Dans ce contexte, le financement précaire des organismes communautaires de services sociaux ou de santé francophones est un enjeu significatif. Le manque de leadership quant à la mise en œuvre de stratégies favorisant l'offre active de ces services sur un continuum semble une lacune importante.

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



Au niveau politique et réglementaire, la continuité des services dans la langue officielle de la minorité n'est pas souvent prise en compte dans l'élaboration des politiques encadrant la dispensation des services. Au niveau de la structure symbolique, il existe toujours une méconnaissance de l'incidence des barrières linguistiques sur l'accès, la sécurité, la satisfaction et la qualité des soins.

Lors de cette recherche, nous avons constaté que les modes actuels de prestation des services sociaux et de santé en français dans un contexte minoritaire relèvent davantage de pratiques visant la continuité des services sociaux et de santé par des mécanismes de liaison et de coordination, que d'une pleine intégration⁴. La continuité étant en soi une dimension de l'intégration qui peut exister sur le plan de la gestion des services, du partage de l'information et de la relation entre les intervenants, les usagers et leurs proches aidants, il serait judicieux de privilégier la participation des acteurs de tous les niveaux à la co-construction de mécanismes visant l'amélioration de la continuité linguistique des services, ainsi qu'une meilleure liaison et coordination de services en français pour les personnes âgées francophones et leurs proches aidants.

4 Ces concepts sont définis à la page 12 du présent rapport.

LIGNES DIRECTRICES POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ EN FRANÇAIS

Nos lignes directrices comportent treize recommandations pour une meilleure continuité de services sociaux et de santé en français. Ces recommandations ont été formulées à partir des suggestions des participants, du comité consultatif et de l'équipe de recherche. Elles visent diverses composantes décrites dans le cadre d'analyse ayant guidé cette recherche.

Intervenants francophones, francophiles et anglophones

1. Acquérir les connaissances et les compétences permettant de faire l'offre active.
2. Contribuer au dynamisme et au sentiment d'appartenance à la communauté francophone chez les intervenants.
3. Contribuer à la création de liens formels ou informels, et de réseaux de collaboration entre les intervenants francophones et bilingues d'une part, et les ressources pouvant offrir des services en français d'autre part.

Communautés francophones

4. Rendre plus visible la communauté francophone dans les milieux de services sociaux et de santé en contexte linguistique minoritaire.
5. Accroître les liens entre la communauté et les organismes qui offrent des services sociaux et de santé en français afin d'augmenter la visibilité et l'utilisation de ces services par la communauté.

Structure organisationnelle

6. Sensibiliser et former les gestionnaires à l'offre active.
7. Aménager les ressources pour faciliter l'offre active.
8. Encourager les gestionnaires et intervenants francophones à continuer à être des champions de la cause francophone au sein des comités et tables de concertation anglophones dont ils sont membres.
9. Formaliser des processus de liaison et de coordination des services sociaux et de santé en français qui favorisent la continuité des services entre les organismes.

Structure politique et réglementaire

10. Intégrer le concept d'offre active aux lois et politiques qui encadrent les services sociaux et de santé en français dans les provinces et territoires au Canada.
11. Implanter des politiques qui prennent en compte la variable linguistique dans l'organisation des services sociaux et de santé.

Structure symbolique (valeurs)

12. Miser sur les valeurs existantes (sécurité du patient, services centrés sur la personne, qualité des soins, accès universel) actuellement véhiculées dans les organismes de services sociaux et de santé pour favoriser l'accès à des services en français.
13. Valoriser la participation des personnes âgées francophones dans la recherche de solutions visant l'amélioration de la continuité des services sociaux et de santé qui leur sont destinés.

Les recommandations proposées soulignent l'importance de politiques qui prennent en compte la variable linguistique dans l'organisation des services et d'une structure organisationnelle qui valorise et assure le leadership dans ce dossier, forge des ententes formelles de collaboration entre établissements désignés, favorise le réseautage entre les divers acteurs francophones à travers les systèmes sociaux et de santé et encourage la pratique de l'offre active alimentée par la valorisation de la sécurité et la qualité des soins. Elles font ressortir le rôle que jouent les intervenants et la communauté quant à ce dynamisme et à ces liens de collaboration. Renforcée par l'engagement et la vitalité dont font preuve les membres de la communauté francophone en contexte minoritaire, la continuité des services en français est tout à fait plausible.

INTRODUCTION

Cette recherche a été menée dans deux régions canadiennes, soit l'Est ontarien et le Manitoba, où vivent des francophones en situation minoritaire. Elle vise à explorer l'organisation des services sociaux et de santé pour les personnes âgées francophones et les facteurs qui facilitent leur navigation dans le continuum de services en français. Ce projet est une recherche participative communautaire, avec comme partenaires des personnes âgées francophones ainsi que des intervenants⁵ et des gestionnaires bilingues des milieux de pratique de l'Est ontarien et du Manitoba. Par des entretiens individuels et de groupe auprès des partenaires, nous cherchions à faire une recension des mécanismes formels et informels d'intégration des services sociaux et de santé destinés aux aînés francophones vivant en contexte linguistique minoritaire qui mériteraient d'être connus et répliqués. Dans les faits, les pratiques de coordination assurant la continuité des services et les barrières à cette continuité linguistique des services ont été explorées par les acteurs rencontrés. L'objectif ultime de l'étude est de co-construire des lignes directrices pour favoriser la continuité et l'intégration des services sociaux et de santé en français destinés aux personnes âgées francophones vivant en contexte minoritaire à travers le Canada.

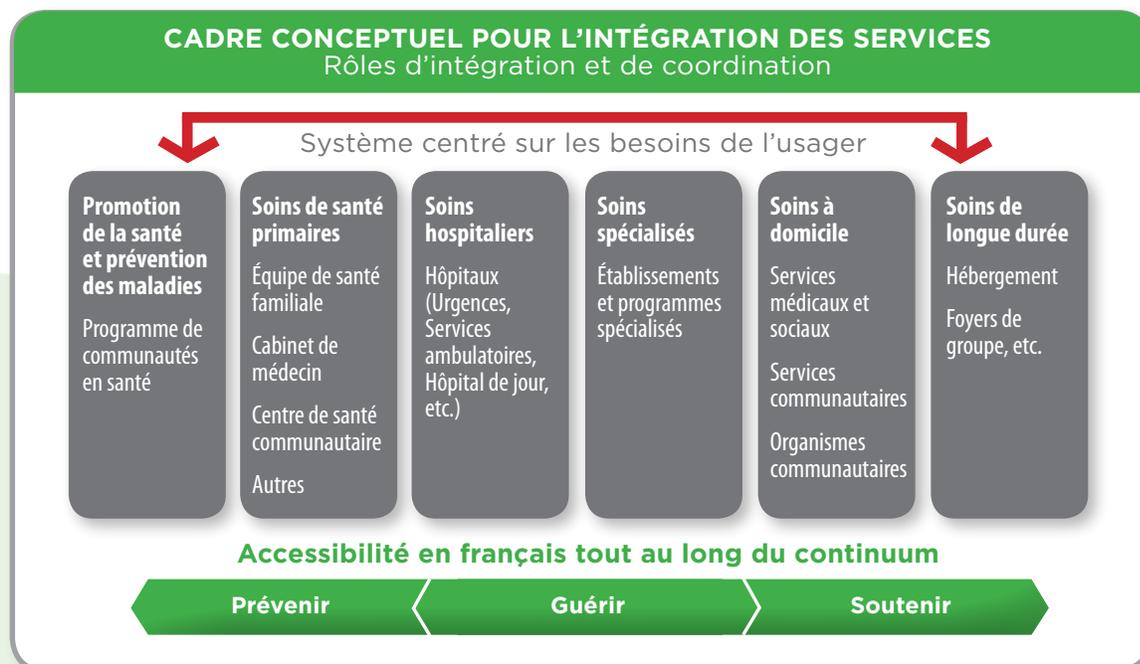
Ce rapport expose d'abord brièvement ce qu'est l'intégration des services et les divers niveaux d'intégration tels qu'élaborés dans la littérature. Vient ensuite une mise en contexte de l'organisation des services sociaux et de santé destinés aux aînés dans les deux régions, ainsi que des enjeux spécifiques aux aînés francophones en situation minoritaire. Cette section est suivie d'une introduction au *Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès, la continuité et l'intégration des services sociaux et de santé pour les francophones en situation minoritaire* développé par le GReFoPS. L'objectif de l'étude et les questions de recherche sont ensuite présentés, ainsi que les méthodes et les outils développés pour la collecte de données. Les résultats sont abordés selon les thématiques émergeant des propos des aînés francophones, des intervenants et des gestionnaires des services sociaux et de santé. La discussion permet d'exposer les tendances observées quant à la coordination entre les intervenants bilingues, les établissements, les programmes et les services sociaux et de santé destinés aux aînés. Des lignes directrices pour favoriser la continuité des services en français sont proposées, pour chaque dimension du cadre d'analyse présenté antérieurement. Elles ont été développées à la suite de consultations avec les participants, le comité consultatif et l'équipe de recherche.

Les services sociaux et de santé intégrés

Bien qu'il n'existe pas de définition unique des *services sociaux et de santé intégrés*, ce concept vise à mettre la personne et ses proches aidants au centre du système de santé et de services sociaux (Tremblay, Angus et Hubert, 2012). Ces auteurs ont proposé une modélisation de l'intégration des services qui tient compte de la dimension linguistique et que la Société Santé en français (2012), un chef de file de la Francophonie minoritaire, a adoptée, comme nous le ferons aussi.

5 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.

Figure 1. Cadre conceptuel pour l'intégration des services (Tremblay et coll., 2012, p.10)⁶



L'intégration des services peut être réalisée à plusieurs niveaux : législatif, administratif ou clinique.

Sous l'angle clinique, l'intégration se déroule de trois façons : par une pleine intégration, par la coordination ou par la liaison (Leutz, 1999). Une pleine intégration clinique vise les personnes âgées ayant des pertes d'autonomie modérées et sévères ainsi que des conditions de santé requérant des soins à long terme. Elle mobilise des équipes multidisciplinaires qui sont en mesure d'offrir une vaste gamme de soins et de services à la personne, des gestionnaires de cas qui gèrent les transitions entre ces soins et services et des dossiers informatisés entièrement partageables entre paliers et fournisseurs (Leutz, 1999). Ce type d'intégration nécessite une structure administrative qui gère toutes ces ressources et finance le continuum de soins et services en son entièreté (Kodner, 2009).

La coordination, aspect sur lequel porte notre recherche, vise la personne, ses proches aidants et leurs fournisseurs de services par l'entremise d'une planification des soins et services offerts de façon la moins fragmentée possible (Solínis, 2008, Valentijn, Schepman, Opheij, Bruijnzeels, 2013; Curry et Ham, 2010; MacAdam, 2008). La coordination vise particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie : celles qui ont des incapacités fonctionnelles notables, présentent un risque de recours fréquent à l'hospitalisation et à l'hébergement (Lafortune, Béland et Bergman, 2011) et utilisent le plus de services sociaux et de santé à court et à long terme. La coordination se définit comme une approche interorganisationnelle et structurée de services sociaux et de santé, qui inclut : 1) des objectifs partagés; 2) des outils et des mécanismes communs pour favoriser la communication, le partage d'informations et la collaboration entre divers paliers; 3) des processus administratifs et des critères d'appréciation reliés à la prestation directe de services (Lafortune et coll., 2011; MacAdam, 2011 et 2008); et 4) une appropriation locale permettant aux partenaires et fournisseurs de services locaux de négocier et de créer des solutions régionales d'accès aux services en français (MacAdam, 2011; Hubert et coll., 2012).

La liaison est un niveau d'intégration clinique plus adapté aux personnes âgées ayant des pertes d'autonomie modérées ou légères (Leutz, 1999). Au niveau de la liaison, les relations entre fournisseurs sont moins formalisées qu'au niveau de la coordination, et se font de manière plus « *ad hoc* », en fonction des contraintes des systèmes de services sociaux et de santé (Kodner, 2009, p.12). Un exemple de liaison serait l'observation de besoins émergents chez une personne âgée par un intervenant à l'accueil d'un centre de services communautaires, l'aiguillage de la personne vers les services sociaux et de santé qui pourraient répondre à ses besoins, et un bref suivi pour savoir si la personne a été prise en charge.

6 Utilisé avec la permission de Tremblay, S., Angus, D., Hubert, B. et du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.

Mise en contexte des services sociaux et de santé

Dans l'Est ontarien

En Ontario, la *Loi sur les services en français* de 1986 (Commissariat aux services en français, 2009) garantit au public le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario situés dans 26 régions désignées, dont la région de Champlain⁷. Toutefois, les organismes paragouvernementaux, financés en partie par les fonds publics, tels que les hôpitaux, les sociétés d'aide à l'enfance et les centres de soins de longue durée pour personnes âgées, ne sont pas automatiquement assujettis à la *Loi sur les services en français*; ils peuvent volontairement demander une désignation. Cette désignation peut être complète ou partielle (c.-à-d. qu'elle concerne seulement certains services ou programmes de l'organisme)⁸. Par ailleurs, dans certaines circonstances, des établissements peuvent être fortement incités à demander cette désignation par le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) et l'entité de planification des services de santé en français de leur région. Les entités de planification des services de santé en français⁹ ont pour mandat de conseiller les RLISS quant à l'organisation des services en français dans leur région (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2016), tandis que les RLISS ont le mandat d'améliorer la coordination et la concertation au sein du système de santé ontarien. Pour ce faire, ils ont le pouvoir de distribuer la majorité des ressources sur leur territoire à l'exception des médecins qui sont régis par l'Assurance-santé de l'Ontario.

L'organisation des services sociaux et de santé dans l'Est ontarien tend de plus en plus à favoriser la collaboration et le travail au sein d'équipes de soins, telles les équipes de santé familiale et les centres de santé communautaires. Dans ces cas, la coordination des soins peut être prise en charge par le médecin de famille, une travailleuse sociale ou une infirmière communautaire. Des gestionnaires de cas des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) exercent des fonctions de coordination pour certains services à domicile et pour toutes les admissions aux foyers de soins de longue durée (Gouvernement de l'Ontario, 2012). Par ailleurs, le suivi de santé de certains aînés s'effectue encore parfois par un médecin de famille travaillant seul. Dans ces cas, la qualité de la coordination des soins dépend de la connaissance qu'a cette seule personne des autres ressources du système de services sociaux et de santé.

Il existe deux services communautaires gériatriques bilingues et spécialisés dans la région d'Ottawa. Le Service géronto-psychiatrique communautaire d'Ottawa offre des services de gestion de cas aux personnes de 65 ans et plus ayant des problèmes de santé mentale ou de démence accompagnée de problèmes de comportement. Par ailleurs, l'Équipe mobile d'évaluation gériatrique offre des évaluations de santé et de fonctionnement à domicile aux personnes en perte d'autonomie en vue d'aiguiller la personne vers les services nécessaires (Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario, 2017a; *Geriatric Psychiatry Community Services of Ottawa*, 2011).

Plusieurs nouveaux programmes visent les personnes âgées ayant des besoins plus complexes vivant en milieu rural ou urbain à travers la région de Champlain. Ces services sont disponibles en français dans certains secteurs de la région :

- Les Maillons Santé, en début d'implantation au moment de l'étude, qui regroupent une panoplie de prestataires de services sociaux et de santé en vue de désigner un fournisseur ayant le rôle de coordonnateur pour les plus grands utilisateurs de services (Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, 2013);
- L'infirmière de gestion des urgences gériatriques (*Geriatric Emergency Management-GEM*) qui fournit une reconnaissance rapide des besoins des personnes âgées à risque qui se présentent à l'urgence et une coordination plus ciblée des évaluations gériatriques et des services de soutien à domicile (Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario, 2017b); et

7 La zone géographique nommée région de Champlain se réfère à une grande partie de la vallée de l'Outaouais, située dans l'Est ontarien. Voir la carte à la page 27, figure 3, et aussi http://www.champlainhin.on.ca/AboutUs/GeoPopHlthData/Geography.aspx?sc_Lang=fr-CA

8 Pour une liste des organismes désignés ou partiellement désignés dans l'Est de l'Ontario, consulter <http://www.rssfes.on.ca/ressources/trouvez-des-services/organismes-designes-et-identifies>.

9 L'entité de planification des services de santé en français pour l'Est de l'Ontario est le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. <http://rssfes.on.ca/a-notre-sujet/le-reseau-en-bref/>.

- Les Soins primaires communautaires (SPC), un modèle de soins continus communautaires fournis par une infirmière et un agent de santé communautaire, visant les personnes âgées isolées et à risque plus élevé. Les SPC sont situés dans des centres de santé ou de ressources communautaires sur tout le territoire de la région de Champlain (Centre de santé communautaire du Sud-Est d'Ottawa, 2013).

Un modèle prometteur de soins sociaux et de santé intégrés et bilingues est en voie de développement dans l'Est ontarien, à Orléans. Connu sous le nom Carrefour santé d'Orléans, cet organisme «regroupera, sous un même toit, une gamme de soins spécialisés et communautaires¹⁰». Des services communautaires (appui à domicile, programmes de jour) ainsi que des services d'évaluation et de soins spécialisés en gériatrie seront offerts aux personnes âgées. Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et chapeauté par l'Hôpital Montfort.

De leur côté, les services communautaires sont répartis dans près de 60 agences à travers la région de Champlain (Ottawa Community Support Coalition-Coalition des services de soutien communautaire d'Ottawa, 2013; Community Support Coalition - Renfrew County & Area, s.d.). Ils peuvent être fournis par des centres de ressources, de soutien ou de santé communautaires ainsi que par plusieurs autres agences. Les services disponibles (par ex. popote roulante, programmes de jour, aide à la maison, visites amicales, transport, répit pour les aidants) varient d'une agence à l'autre. Il est à noter que les personnes âgées ou le proche aidant peuvent accéder à des services sociaux communautaires, sans que ceux-ci ne soient coordonnés avec les soins de santé primaires et hospitaliers.

Le service de congé *Going Home* offre un service de soutien à la maison pendant un maximum de dix jours suivant un congé de l'hôpital et est coordonné soit par une infirmière de gestion des urgences gériatriques ou le planificateur de congé de l'hôpital, en collaboration avec l'organisme de soutien communautaire prestataire de ces services (Centre d'information communautaire d'Ottawa, 2016).

Il existe aussi des agences privées qui offrent des soins à domicile, notamment la physiothérapie, les soins des pieds, et autres soins médicaux personnalisés. Ces agences n'offrent pas la coordination de services sociaux et de santé; cette fonction retombe sur les épaules des personnes âgées ou de leurs proches aidants.

En somme, la prestation des services sociaux et de santé dans l'Est ontarien, comme partout en Ontario, se fait «de façon fragmentée» (Réseau local d'intégration des services de santé, 2016). Il n'existe pas de guichet unique d'accès. Il se peut que la personne âgée ou le proche aidant ne sache pas à quelle porte frapper. Cette personne peut frapper à une porte d'entrée (par ex. centre de ressources communautaires, médecin, CASC), mais la coordination de tous les services sociaux et de santé dont la personne a besoin n'est pas assurée une fois qu'elle a franchi cette porte.

Au Manitoba

Au niveau provincial, une *Politique sur les services en langue française* permet aux Manitobains et Manitobaines d'expression française et aux établissements qui les servent de bénéficier de services gouvernementaux comparables dans la langue des lois du Manitoba, soit l'anglais et le français (Secrétariat aux affaires francophones, 1999). Cette politique s'applique dans plusieurs secteurs : en santé et services sociaux, elle s'applique aux établissements et aux offices régionaux de la santé (ORS) désignés bilingues. Quatre des cinq offices régionaux de la santé sont désignés. Une *Loi sur les offices régionaux de la santé* (Gouvernement du Manitoba, s.d.) oblige les ORS désignés bilingues à soumettre et à faire approuver un Plan de services de langue française tous les cinq ans.

Comme en Ontario, l'organisation des services sociaux et de santé au Manitoba tend vers la collaboration. À Winnipeg, sept centres d'accès, gérés par la régie de santé, nommée l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW), sont répartis géographiquement et hébergent sous un même toit plusieurs services et programmes gouvernementaux : soins primaires, santé publique, santé mentale,

10 <https://hopitalmontfort.com/fr/carrefour-sante-dorleans>



aide à l'emploi et au revenu, éducation et garde des jeunes enfants, programme de réadaptation professionnelle, aide à la vie en société et soins à domicile (Gouvernement du Manitoba, s.d.). Ces centres servent de guichets uniques de renseignements pour la communauté et appuient le développement de cette dernière. L'emplacement physique rapproché et l'organisation des services par région communautaire favorisent la collaboration entre ces agences. Un tel centre d'accès a vu le jour en 2016 dans le quartier francophone de Saint-Boniface et a le mandat de servir la communauté francophone de la ville de Winnipeg.

L'offre de services par des équipes de soins est également encouragée. Outre les équipes interdisciplinaires de professionnels dans les centres de santé communautaires, les équipes de soins sont de pratique courante dans les soins à domicile, les centres de jours pour aînés et les centres de soins de longue durée. Souvent, l'usager est pris en charge par un intervenant principal, que ce soit une infirmière communautaire ou une travailleuse sociale, qui coordonne les soins requis. Les équipes de soins sont souvent composées de médecins, d'infirmières, de diététistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de travailleur sociaux. Au sein de ces équipes, il est aisé de procéder à l'aiguillage d'un patient vers un autre professionnel de la santé et de partager des informations pertinentes.

Pour la personne âgée dont l'intervenant principal est un médecin de famille en pratique privée, plusieurs équipes de soins sont à la disposition de ce dernier pour mieux soutenir ses patients :

- Le programme Soins partagés permet d'aiguiller plus facilement vers des spécialistes en santé mentale (Office régional de la santé de Winnipeg, s.d.-b).
- Une nouvelle initiative, Mon équipe de soins, favorise également la coordination des soins centrés sur la personne, si le médecin de famille fait partie d'une telle équipe de soins, car ce dernier a alors accès à une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé (Office régional de la santé de Winnipeg, 2017).
- Le Projet d'intégration des services de Winnipeg favorise l'intégration des services gouvernementaux de l'ORSW, des Services à la famille et de Logement Manitoba pour les aînés vivant en situation de handicap (Office régional de la santé de Winnipeg, s.d.-d).
- Le programme PRIME, soutenu par une équipe de soins interdisciplinaire, est également disponible pour les aînés qui ont des problèmes de santé complexes et à risque élevé de placement en foyer de soins de longue durée (Office régional de la santé de Winnipeg, s.d.-c).

Finalement, quelques équipes interdisciplinaires offrent un service d'évaluation gériatrique communautaire, soit par l'Équipe d'évaluation du programme de gériatrie ou l'Équipe de santé mentale gériatrique (Office régional de la santé de Winnipeg, s.d.-e). Les professionnels de la santé et les membres de la famille peuvent diriger une personne âgée vers ce service d'évaluation.

La coordination des services pour la personne âgée en perte d'autonomie est grandement facilitée par sa prise en charge par l'agence de soins à domicile géré par l'ORSW (Office régional de la santé de Winnipeg, s.d.-f). Assignés à un gestionnaire de cas, souvent un travailleur social qui coordonne les soins de santé et sociaux en collaboration avec le médecin de famille et les services de logement, l'aîné et sa famille reçoivent un soutien important. L'aiguillage vers un programme de jour pour aînés, le programme PRIME ou les services de répit est effectué par le gestionnaire de cas. De plus, la transition vers les centres hospitaliers ou les centres de soins de longue durée est assurée par le gestionnaire de cas, bien que l'admission au foyer comme telle soit coordonnée par le Centre d'accès aux soins de longue durée (Office régional de la santé de Winnipeg, s.d.-a).

Plusieurs logements avec services offrent un soutien aux aînés en perte d'autonomie. Outre les services de repas et de maintien du domicile, certains logements mettent à la disposition de leurs résidents des services médicaux, de livraison de médicaments et de loisirs. Pour l'aîné inscrit aux services des soins à domicile, la coordination de ces services est assurée par le gestionnaire de cas. Autrement, l'aîné et sa famille se chargent de cette coordination.

Profil des aînés francophones en situation minoritaire

Des travaux récents démontrent qu'au Canada, la population francophone vivant en situation linguistique minoritaire vieillit proportionnellement plus rapidement que l'ensemble de la population canadienne (Bouchard et coll., 2015). Ce vieillissement s'est considérablement accentué au cours des dernières décennies. Il engendre chez une grande proportion d'aînés francophones, et surtout chez les femmes francophones, une utilisation accrue de soins à domicile et d'autres services, selon une analyse récente des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (van Kemenade, Bouchard et Bergeron, 2015). Or, ces soins ne sont pas toujours disponibles dans les deux langues officielles, ni offerts de façon cohérente dans l'ensemble du continuum des services sociaux et de santé (Bouchard, 2012; de Moissac, 2016). À ce titre, entre 50 et 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont aucunement ou rarement accès à des services en français (Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois, 2009).

Les aînés ont souvent des problèmes de santé complexes : Statistique Canada (2009) avance que 75 % des Canadiens de plus de 65 ans ont au moins un problème chronique comme le diabète. L'irrégularité d'accès aux services en français résultant du rapport minoritaire-majoritaire contribue aux disparités que créent déjà certains déterminants sociaux de la santé (Bouchard et coll., 2009; Chartier et coll., 2015; Forgues, Doucet et Noël, 2011). En effet, de par leurs caractéristiques, les aînés francophones en situation minoritaire présentent plusieurs vulnérabilités que Lemonde, Boudreau et Dufour (2012) ont assimilées à des enjeux influençant l'accès aux services sociaux et de santé : le vieillissement, les maladies chroniques, les changements cognitifs ainsi que les enjeux socioéconomiques, linguistiques et liés à la littératie.

Paradoxalement, ce sont surtout les aînés provenant de groupes minoritaires qui ont le plus grand besoin de soins de santé, car, en sus de présenter un taux de vieillissement plus élevé que celui des anglophones, les aînés francophones rapportent être en moins bonne santé physique et mentale que leurs homologues anglophones. Dans des recherches précédentes (Drolet et coll., 2015; Drolet et coll., 2017), il a été démontré que même lorsque les aînés francophones en situation minoritaire ont accès à des services en français ils rencontraient des ruptures de continuité linguistique lorsque plusieurs dispensateurs de soins participaient à l'offre de services. Les services disponibles en français sont souvent mal connus par les organisations et les professionnels des services sociaux et de santé, même ceux qui sont francophones, d'où la difficulté d'aiguiller vers des intervenants d'expression française (de Moissac et coll., 2012; Drolet et coll., 2014; Savard et coll., 2013).

Les francophones en situation minoritaire hésitent souvent à demander des services dans leur langue, et ce, pour plusieurs raisons. Étant donné la pénurie de services disponibles en français, certains se découragent d'en chercher et préfèrent avoir recours à un service en anglais rapidement disponible à proximité (de Moissac, 2016). D'autres craignent que leur demande de services en français ne retarde leur accès aux services dont ils ont besoin (Drolet et coll., 2014). Pour les aînés en particulier, les forces assimilatrices historiques font en sorte que la demande de services en français et le fait de se plaindre quand il n'est pas disponible ne sont pas pratique courante (de Moissac, Giasson et Roch-Gagné, 2015). Il importe de noter qu'une proportion considérable de francophones en situation minoritaire, soit plus de 20 %, n'auront pas recours à des soins en raison de barrières linguistiques (de Moissac, 2016). En effet, les écrits démontrent clairement que les barrières linguistiques ont une incidence importante sur l'accessibilité, la sécurité, la satisfaction et la qualité des services dans le domaine de la santé (Bowen, 2015; Schwei et coll., 2016).

Les besoins des proches aidants

Le terme proche aidant, tel qu'utilisé dans ce rapport, fait référence à la personne de l'entourage de l'aîné francophone qui l'accompagne de façon informelle et non rémunérée lors de son cheminement à travers les services sociaux et de santé. Il va de soi que le proche aidant, qui est souvent un membre de la famille, requiert du soutien, et ce, à long terme, dans l'accomplissement de son rôle (Lopez-Hartmann, 2012). Guberman (2010, p. 3) souligne que les proches aidants doivent souvent effectuer « *de la mobilisation et du plaidoyer pour obtenir l'accès à des services et à d'autres ressources, de la médiation entre divers professionnels, du contrôle de la qualité des soins et du processus décisionnel concernant la personne* ». The Change Foundation (2012) souligne qu'en Ontario, un des aspects les plus importants qu'ont énoncés les proches aidants au sujet de leur rôle est celui de prise de parole au nom de leur proche et la défense de ses droits afin d'assurer un meilleur cheminement lors de la trajectoire de soins et services. Ce cheminement devient encore plus difficile pour les personnes âgées francophones et le rôle des proches aidants devient encore plus important à cause des enjeux supplémentaires liés aux barrières linguistiques (Drolet et coll., 2015).

Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les francophones en situation minoritaire

Notre *Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les francophones en situation minoritaire* (Savard et coll., 2017) veut schématiser les relations entre les divers acteurs qui influencent la trajectoire de services sociaux et de santé dans le contexte des communautés de langue officielle en situation minoritaire. Il s'inspire de quelques cadres retrouvés dans les écrits sur les systèmes de santé et de services sociaux. Nous présenterons brièvement ces écrits, suivis du cadre d'analyse développé par notre équipe et utilisé pour analyser les résultats de la présente étude.

Selon Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland et Nguyen (2005), le système des services sociaux et de santé peut être conçu comme un système organisé d'actions, situé dans un contexte géographique et temporel concret, dans lequel diverses structures délimitent un espace social où interagissent quatre grands groupes d'acteurs (professionnels, gestionnaires, monde marchand et monde politique) dans le but de réaliser un ou des projets collectifs visant la réduction des difficultés de santé (p. 18). Ces structures incluent une structure symbolique (valeurs et normes collectives, représentation de la santé, de la vie, de la maladie, etc.), une structure organisationnelle (lois et règlements régissant les services sociaux et de santé, règles de gouvernance, etc.) et une structure physique (bâtiments, architecture, plateaux techniques, ressources financières publiques et privées, etc.). Ce cadre d'analyse s'avère intéressant pour comprendre comment fonctionne le système des services sociaux et de santé et quel est l'espace de jeu des acteurs dans ce système. Il manque toutefois des acteurs importants dans ce cadre d'analyse : la personne qui utilise ces services et ses proches aidants.

Pour mieux décrire l'interaction entre ces deux groupes importants d'acteurs que sont les intervenants qui prodiguent les soins et les usagers de ces services, nous nous sommes tournés vers le *Chronic Care Model* (CCM) élaboré par Wagner et ses collègues en 1996 et sa variation connue sous le nom d'*Expanded Chronic Care Model* (ECCM) (Barr et coll., 2003; McCurdy, MacKay, Badley, Veinot et Cott, 2008). Le *Chronic Care Model* propose d'instaurer une relation dynamique entre le fournisseur de soins et services (médecin/équipe de services sociaux et de santé) et la personne qui les reçoit (et ses proches aidants) dans le but d'améliorer la qualité des services, d'adopter une approche plus centrée sur la réponse aux besoins que l'utilisateur ou ses proches aidants formulent et d'obtenir de meilleurs résultats (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002). L'interaction productive entre ces deux partenaires (intervenant et usager) doit changer le paradigme des soins de santé urgents ou de courte durée (intervenant expert et usager passif) et se transformer en une collaboration entre la personne, ses proches aidants et les intervenants (Bodenheimer et coll., 2002). L'intervenant devient proactif, ouvert au réseautage et adopte une approche à multiples volets. La personne et ses proches aidants, mieux informés et outillés dans la gestion de la condition de santé chronique, sont aussi appelés à être proactifs, à entreprendre des changements de comportements et de conditions de vie (Wagner et coll., 2001). Ainsi, une pratique centrée sur la personne, l'éducation, l'« empowerment » des usagers et la continuité des services favorise l'amélioration de la santé et du bien-être (Hindmarsh, 2013). L'*Expanded Chronic Care Model* mise aussi sur l'utilisation de ressources communautaires, la création de milieux de vie favorables, le renforcement de l'action communautaire et l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au mieux-être (Barr et coll., 2003).

Enfin, dans le contexte du vieillissement et de l'augmentation des maladies chroniques, il est d'autant plus probable qu'un individu ait besoin de l'intervention de plusieurs professionnels des services sociaux et de santé provenant des réseaux institutionnels et communautaires situés dans plus d'une organisation pour faire face à une situation de santé. Des mécanismes d'intégration sont nécessaires afin que la trajectoire de soins et services s'effectue sans rupture. Le cadre conceptuel pour l'intégration des services (Tremblay et coll., 2012, p.10) présenté à la figure 1 (p. 12) démontre bien cette trajectoire. De leur côté, Couturier, Gagnon, Belzile et Salles (2013) précisent les mécanismes associés aux trois modèles de déroulement de l'intégration clinique proposés par Leutz (1999). Ces trois modèles d'intégration clinique, que nous avons présentés brièvement à la pages 12, sont : a) la liaison; b) la coordination; et c) la pleine intégration. Ces trois modèles et leurs mécanismes associés peuvent favoriser la continuité des services au sein de cette trajectoire. La liaison est le moins élevé de ces niveaux. Elle peut inclure l'établissement de liens entre les différentes organisations, l'élaboration de protocoles interétablissements, la fluidité de circulation des usagers entre les différentes organisations, et l'utilisation d'outils favorisant l'échange entre les organisations. La coordination comprend des mécanismes formels pour pallier les ruptures de continuité. Les composantes de ce modèle sont : les tables de concertation, un guichet centralisé, l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé et multidimensionnel, des outils communs de planification individualisée des interventions, un système d'information facilitant le partage d'information. Dans ce modèle, le gestionnaire de cas est le contact privilégié de la personne âgée au sein du réseau intégré. La pleine intégration est le niveau le plus élevé, dans lequel tous les services ont une direction unique. Selon Couturier et coll. (2013), sa viabilité dépend de l'étendue de la couverture des services offerts à ses usagers.

Inspiré par ces modèles ou concepts et par leur comparaison avec les données de nos études antérieures, le cadre d'analyse présenté à la figure 2 guidera la présentation et la discussion des résultats de la présente étude. Il sera utilisé pour développer des lignes directrices relatives à l'implantation de pratiques cliniques intégrées visant à favoriser la continuité des services sociaux et de santé en français dans les communautés francophones en situation minoritaire. Ce cadre conçoit le système de santé et de services sociaux comme un système organisé d'actions, où divers groupes d'acteurs interagissent pour atteindre les objectifs du système et leurs objectifs propres. Ces groupes sont notamment des acteurs politiques, des leaders de la communauté, des gestionnaires, des professionnels des services sociaux et de santé des groupes d'intérêt, l'utilisateur et ses proches aidants. Ils interagissent au sein de l'espace social délimité par un ensemble de structures qui



orientent leurs actions : symbolique (liées aux valeurs), communautaire (composition et ressources de la communauté), politique et réglementaire (liées aux lois et règlements) et organisationnelle (distribution et organisation des ressources). Ces actions (pratiques professionnelles, processus de soins et services, besoins et demandes exprimés) découlent de leurs expériences antérieures et contribuent à définir à leur tour le déroulement de la trajectoire de services. Les outils cliniques et les systèmes d'information colorent aussi ces actions en ce sens qu'ils facilitent ou non la continuité des services.

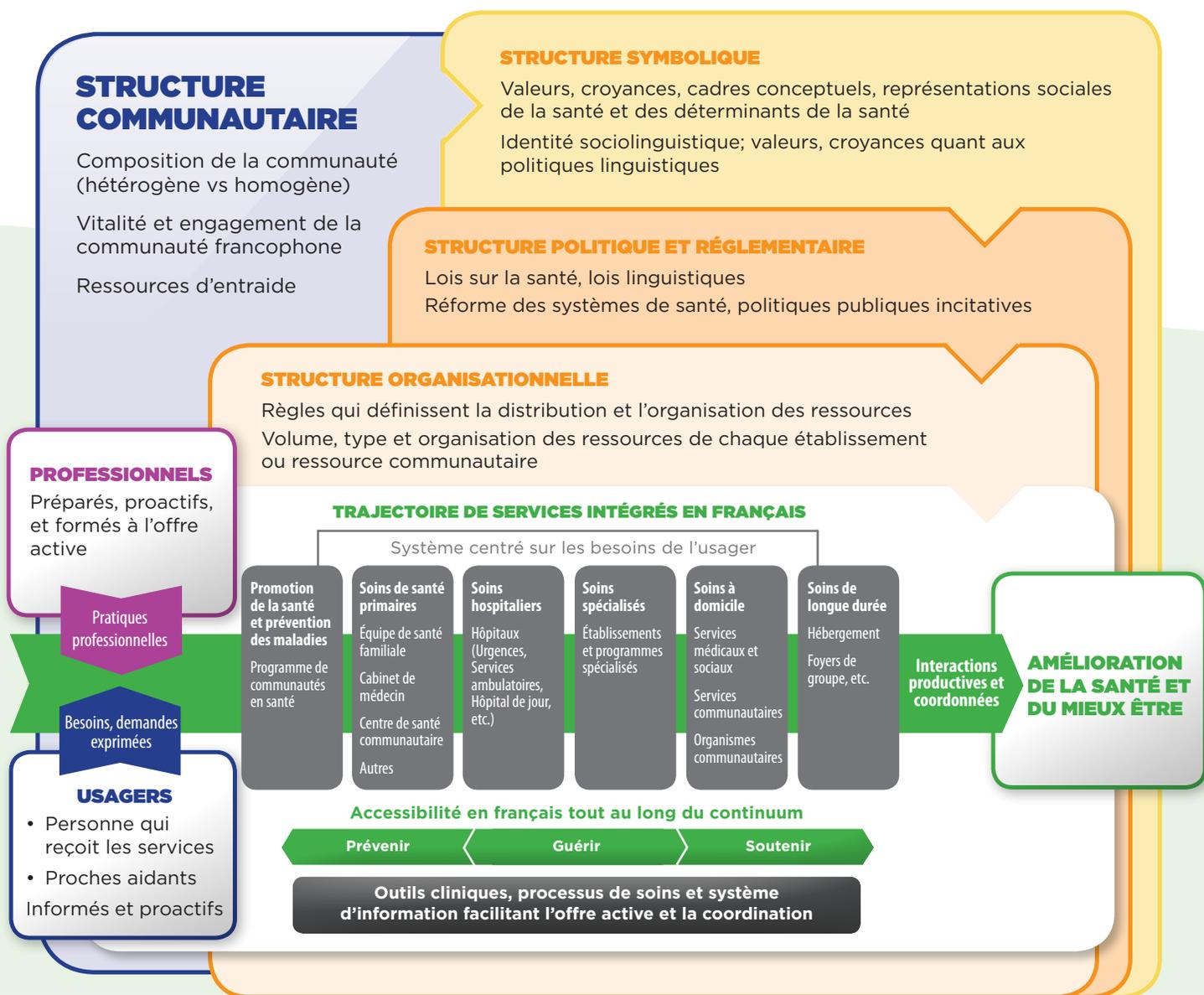
Parmi les outils qui auront une influence sur la possibilité d'une trajectoire de services intégrés en français, on retrouve des outils favorisant l'offre active de services dans les deux langues officielles (par ex. identification des intervenants qui peuvent faire l'offre de service dans les deux langues officielles, collecte de la variable linguistique de l'utilisateur dans le dossier clinique, etc.), des outils d'information et de liaison, des outils d'évaluation des besoins sensibles à la dimension culturelle, des outils de planification qui facilitent l'engagement de l'utilisateur, des dispositifs de coordination ou d'intégration des services (par ex. un guichet d'accès). Ces outils et dispositifs facilitent la fluidité de circulation des usagers entre les différentes organisations pour limiter les ruptures de continuité.

Ce cadre soutient donc que lorsque l'ensemble des acteurs des diverses structures travaillent ensemble en faveur de l'accessibilité à des services en français tout au long du continuum, des interactions productives, de qualité et coordonnées en découleront et conduiront à l'amélioration de la santé et du mieux-être des usagers et de leurs proches aidants.

GREOPS

Figure 2.

Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire



Source : Savard J. et coll. (2017). www.grefops.ca/cadre_analyse_fr.html. Inspiré de : Barr et coll. 2003; Champagne et coll. 2005; Couturier et coll. 2013; Tremblay et coll. 2012.



Objectif et questions de recherche

L'objectif principal de ce projet est de cerner les réseaux formels et informels qu'établissent les intervenants des services sociaux et de santé bilingues dans deux régions, soit l'Est ontarien et la région de Winnipeg et de co-construire des lignes directrices pour favoriser la continuité et l'intégration des services en français destinés aux aînés francophones en situation minoritaire.

Nos questions de recherche sont les suivantes :

1. Existe-t-il des mécanismes formels de coordination des soins et services aux personnes âgées ou leurs proches aidants qui intègrent la variable linguistique afin d'assurer une continuité de services en français ?
2. En l'absence de mécanismes formels, quels sont les mécanismes informels existants ?
3. Quels sont les facteurs qui favorisent la mise en place d'un réseau formel ou informel ?
4. Qu'est-ce qui facilite la continuité des services et la navigation au sein des systèmes de services pour les aînés ou leurs proches aidants francophones en situation minoritaire, et plus spécifiquement, au sein des services disponibles en français ?
5. Quels sont les facteurs de réussite et les meilleures stratégies et pratiques pour la mise en réseau des services destinés aux personnes âgées francophones en situation minoritaire ou leurs proches aidants ?
6. Quels sont les principaux obstacles qui limitent ou nuisent à la mise en réseau de services sociaux et de santé destinés aux personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire ?
7. Comment assurer un transfert continu de connaissances entre les milieux de la recherche et de la pratique ?

Ces questions ont été abordées pendant les entretiens individuels et de groupe avec des aînés francophones, usagers des services, leurs proches aidants, des intervenants et des gestionnaires qui œuvrent dans divers établissements et organismes fournisseurs de services sociaux et de santé destinés, entre autres, aux aînés francophones.

MÉTHODOLOGIE

Méthode de recherche

L'approche de recherche communautaire participative a été adoptée pour cette étude (Israel, Eng, Schulz et Parker, 2013; Minkler et Wallerstein, 2008). Cette démarche, reconnue dans le champ des services sociaux et de santé, réunit chercheurs, représentants d'organisations et membres de la communauté tout au long du processus de recherche et de sa diffusion. Elle vise à : 1) mieux comprendre un phénomène; 2) l'ancrer dans les dynamiques sociales et culturelles de la communauté; et 3) intégrer ces connaissances à l'action. La participation active du milieu permet des descriptions justes et riches, établit une congruence entre la recherche et la réalité locale dans la problématique, la méthodologie ainsi que dans la mise en lumière de stratégies et de pratiques prometteuses. Des représentants de la Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario (FARFO) régionale d'Ottawa, du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, de l'Hôpital Montfort et du Centre de santé communautaire de l'Estrie ont formé le comité consultatif qui a participé à toutes les étapes de ce projet.

Types de participants

Suite à l'obtention des approbations déontologiques de l'Université d'Ottawa et de l'Université de Saint-Boniface ainsi que des milieux de services sociaux et de santé de l'Est ontarien, le consentement éclairé fut obtenu des participants. Des entretiens individuels et de groupe ont été menés auprès de trois types de participants : 1) des gestionnaires d'établissements ou de services sociaux ou de santé qui ont une clientèle francophone ou qui pourraient offrir des services en français; 2) des intervenants de services sociaux et de santé¹¹ qui travaillent dans ces établissements ou organismes communautaires; et 3) des personnes âgées ou des proches aidants francophones qui ont eu recours à au moins un service social ou de santé dans la dernière année et qui préféreraient recevoir les services en français.

Collecte de données dans l'Est ontarien

Les milieux d'étude

La recherche fut réalisée dans quatre types de territoires de la région de l'Est ontarien :

- 1) Une région urbaine, à forte densité (13 % et 31 %) de francophones (Ottawa Centre, Ottawa Est);
- 2) Une région urbaine à faible densité (7 %) de francophones (Ottawa Ouest);
- 3) Une région rurale à forte densité (42 %) de francophones (Champlain Est – spécifiquement le comté de Prescott-Russell); et,
- 4) Une région rurale à faible densité (5 %) de francophones (Champlain Ouest – spécifiquement le comté de Renfrew) (RLISS, 2016).

Les milieux de recrutement ont été déterminés avec l'aide du comité consultatif. Ces milieux sont ceux qui offrent ou peuvent offrir des services en français, ou des services-clés (bilingues ou francophones) aux personnes âgées¹². Des lettres d'invitation ont été envoyées aux gestionnaires, et ensuite aux intervenants à la suite de l'entretien individuel avec les gestionnaires. Des lettres d'invitation ont été envoyées directement aux médecins; ces derniers furent plus difficiles à recruter. Une invitation aux personnes âgées et aux proches aidants a été transmise par l'intermédiaire de divers organismes francophones. Ce recrutement s'est avéré un défi dans le milieu urbain à faible densité de francophones.

11 Les types d'intervenants qui ont participé étaient, pour la plupart : médecin, infirmier, diététiste, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, agent de santé communautaire, intervenant communautaire, assistant de programme, préposé au soutien; quelques participants étaient des agents de soutien administratif, c.-à-d. des secrétaires.

12 Dans l'Est ontarien : centres de santé communautaires, centres de services ou de ressources communautaires, unités de gérontologie et services ambulatoires d'hôpitaux, et services communautaires spécialisés en gérontologie.

Les entretiens avec les gestionnaires et les intervenants ont eu lieu dans leur milieu de travail, et ceux avec les personnes âgées ou leurs proches aidants dans des lieux offerts par les organismes francophones. La plupart des entretiens ont été animés conjointement par l'associée de recherche et un des chercheurs principaux^{12b}. Les entretiens individuels et de groupe se sont déroulés soit en français ou en anglais, selon la préférence des participants, ont été enregistrés sur bande sonore, et transcrits intégralement.

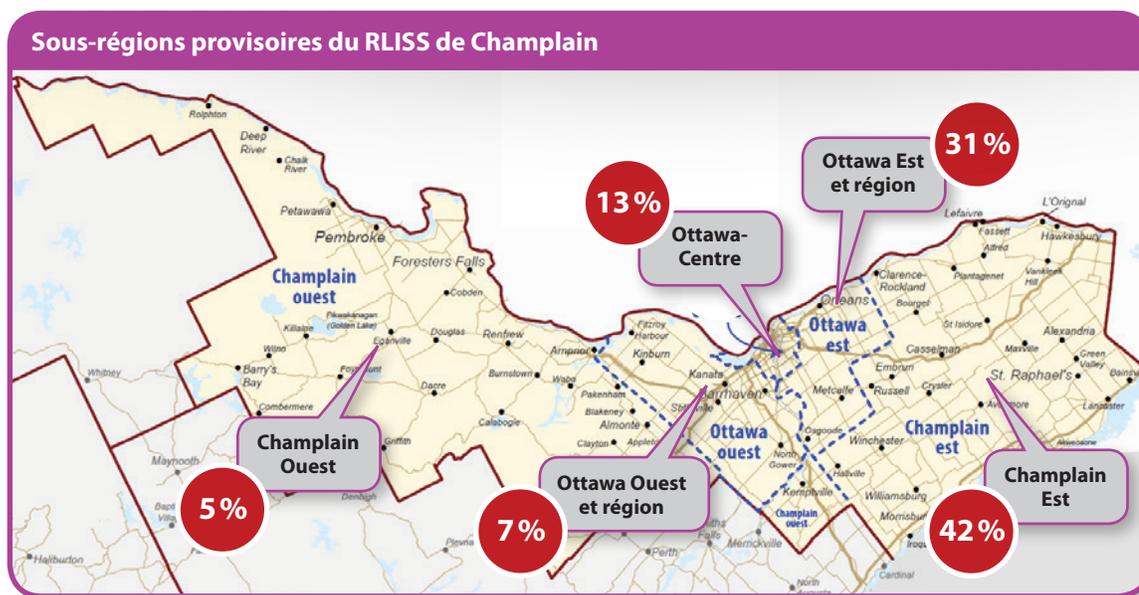


Figure 3. Carte du territoire de l'étude dans l'Est ontarien; les bulles indiquent le pourcentage de francophones dans les milieux de l'étude.

Référence : RLISS (2016) *Délimitation des sous-régions du RLISS de Champlain*.

<http://www.rliisschamplain.on.ca/GoalsandAchievements/OurStratPlan/SubRegions.aspx> consulté le 6 octobre 2016.

Tableau 1. Nombre d'entretiens et de participants de l'Est ontarien (ON)

Entretiens individuels semi-dirigés (ON)		
Types de participants	Nombre d'entretiens	Nombre de participants
Gestionnaires	17	19
Intervenants	4	4
Personnes âgées/proches aidants	6	6
Entretiens de groupe (ON)		
Types de participants	Nombre d'entretiens	Nombre de participants
Intervenants	5	23
Personnes âgées/proches aidants	7	31
Total	39	83

^{12b} Deux entretiens de groupe (n=9) et quatre entrevues individuelles avec les personnes âgées et proches aidants (n=4) ont été animés séparément par deux étudiantes à la maîtrise en travail social, sous la supervision d'un membre de l'équipe de recherche.

Collecte de données au Manitoba

Les milieux d'étude

Au Manitoba, la recherche a été menée dans la ville de Winnipeg, en particulier dans la circonscription électorale fédérale de Saint-Boniface où l'on retrouve la majorité des sièges sociaux d'organismes communautaires francophones, particulièrement dans le domaine de la santé (services, formation de professionnels et résidences pour aînés). La densité de francophones, soit ceux pour qui le français est la première langue officielle parlée, selon les données du recensement de 2011, est de 13,2 % comparativement à 3,5 % pour l'ensemble de la province (Statistique Canada, 2012). Les personnes de 65 ans et plus, toutes langues confondues, représentent 16,7 % de l'ensemble de la population de cette circonscription, comparativement à 14,3 % pour la province (Statistique Canada, 2012).

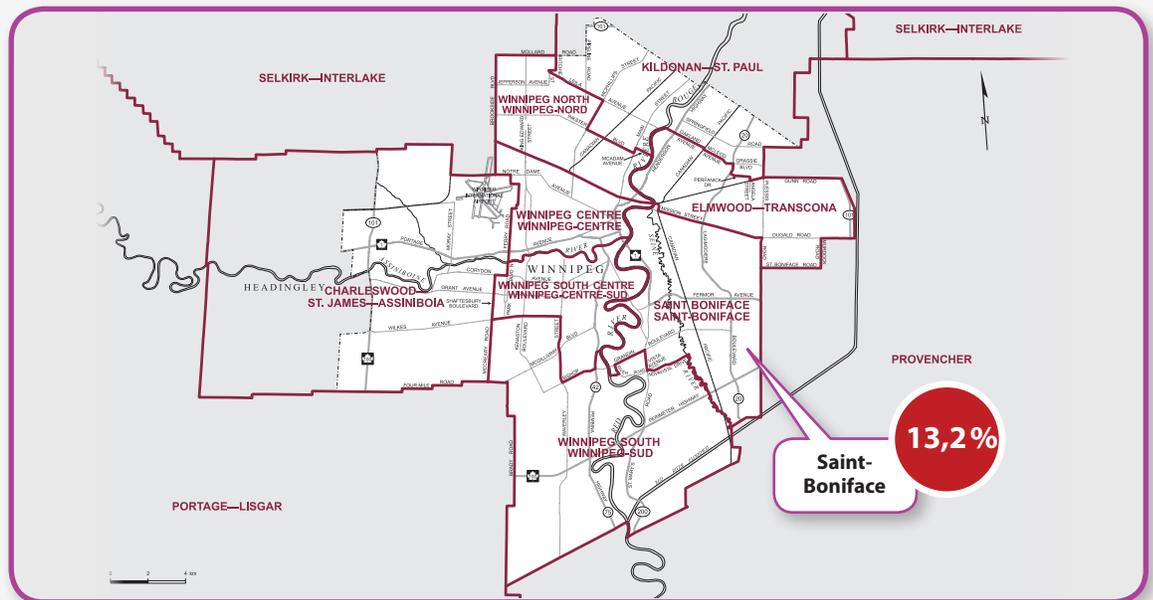


Figure 4. Carte de Winnipeg; la bulle indique le pourcentage de francophones dans la circonscription de Saint-Boniface.

Référence : Élections Canada, <http://www.elections.ca/res/cir/maps/mapprov.asp?map=46902&b=n&lang=f>, consulté le 6 janvier 2017.

Le recrutement des personnes âgées et des proches aidants a été réalisé lors d'une activité de la Fédération des aînées et aînés franco-manitobains et par l'entremise d'une invitation envoyée par courriel aux organismes francophones. Le recrutement des professionnels de la santé et des gestionnaires d'établissements qui soutiennent les aînés francophones s'est déroulé grâce à des contacts établis antérieurement dans le cadre d'autres projets de recherche et par effet boule de neige. Des invitations de participer à un entretien individuel ou de groupe ont premièrement été envoyées aux participants potentiels, avec suivi téléphonique. Les types de services ciblés pour le recrutement de ces participants étaient le Centre d'accès du quartier (comprenant un centre de santé communautaire et l'agence de soins à domicile gouvernementale de l'ORSW), un foyer de soins de longue durée désigné bilingue avec centre de jour pour aînés, un centre hospitalier avec centre de jour pour aînés et une résidence offrant des services aux aînés. Les entretiens de groupe ont eu lieu à l'Université de Saint-Boniface, tandis que les entretiens individuels avec les proches aidants, les professionnels de la santé et les gestionnaires ont été menés dans le milieu de travail des participants. Les échanges, animés par deux chercheuses de l'équipe de recherche de Saint-Boniface, ont été enregistrés sur bande sonore et transcrits intégralement.

Tableau 2. Nombre d'entretiens et de participants de Saint-Boniface, au Manitoba (MB)

Entretiens individuels semi-dirigés (MB)		
Types de participants	Nombre d'entretiens	Nombre de participants
Gestionnaires	6	6
Intervenants	10	10
Proches aidants	3	3
Entretiens de groupe (MB)		
Types de participants	Nombre d'entretiens	Nombre de participants
Personnes âgées	2	8
Total	21	27

Outils de collecte de données

Les entretiens individuels auprès des gestionnaires et les entretiens de groupe avec les intervenants se sont déroulés sous forme de questions et d'études de cas complexes pour inciter à la réflexion et à la discussion sur les pratiques intégrées existantes en général, et en français, de même que sur les pratiques informelles auxquelles les intervenants peuvent avoir recours. Ces questions incluaient une exploration des instances de collaboration avec les acteurs, les lieux ou les organismes, ainsi que les moments qui privilégient l'intégration des services en français.

Les questions des entretiens individuels et de groupe avec les personnes âgées ou leurs proches aidants ont porté sur les facilitateurs d'accès à des services en français, sur la navigation à travers les services et sur la communication au sujet des informations personnelles lors de la trajectoire de services.

Le guide d'entretien peut être consulté en annexe.

Analyse qualitative

Pour chaque milieu (Est ontarien et Manitoba), les transcriptions d'entretiens individuels et de groupe ont été importées dans le logiciel d'analyse N-Vivo 10 (QSR International, 2012) pour faciliter l'analyse qualitative de contenu, c'est-à-dire l'examen systématique des données d'entretiens de façon à comprendre le sens de l'expérience des participants (Krippendorff, 2012). La codification des données d'entretiens a suivi une procédure préétablie : 1) une première lecture de 20 % des transcriptions dans le but de déterminer les rubriques (annotation générale qui décrit ce dont il est question dans l'extrait du corpus) et les thèmes émergents (annotation qui précise ce qui y est abordé) (Paillé et Mucchielli, 2008); 2) l'obtention d'un consensus sur les rubriques et les thèmes parmi les membres de l'équipe; 3) l'élaboration d'une liste de codes (forme abrégée des rubriques et thèmes) et leur définition; 4) la validation de la liste de codes; 5) la codification à l'aide de cette liste de code de trois transcriptions (une des gestionnaires, une des intervenants, une des aînés) et le calcul de l'accord interjuges (Huberman et Miles, 2002); 6) la codification du reste des données selon la liste de codes déterminés, tout en laissant place à l'émergence de nouveaux codes. Cette procédure a assuré la rigueur de l'étude et la profondeur de l'analyse, permettant de retirer le sens du corpus, pour ensuite en décortiquer les extraits et discerner les phénomènes précis qui s'en dégagent. Les chercheurs des deux milieux ont procédé à un deuxième niveau d'analyse, en regroupant les phénomènes communs et divergents des milieux d'études respectifs.

RÉSULTATS

Enjeux que vivent les personnes âgées francophones en situation minoritaire

Les personnes âgées francophones, tant en Ontario qu'au Manitoba, ont fait part de leur réalité socioéconomique et des barrières personnelles qu'elles affrontent vis-à-vis l'accès et la continuité des services sociaux et de santé. Ces enjeux demandent une meilleure intégration des services sociaux et de santé pour répondre à leurs besoins. Plusieurs vulnérabilités normalement associées au vieillissement ont une incidence importante sur l'accès aux soins : les déficiences sensorielles et cognitives, les problèmes de mobilité, l'isolement, la solitude et la perte d'autonomie n'en sont que quelques exemples. Cependant, certaines contraintes supplémentaires sont spécifiques aux aînés francophones.

Au niveau socioéconomique, la précarité financière est une vulnérabilité de premier plan chez les aînés francophones ayant souvent un faible revenu. Certains participants, tant personnes âgées francophones que proches aidants, ont parlé de coûts supplémentaires difficiles à défrayer, mais nécessaires pour accéder aux services sociaux et de santé : par exemple, les participants rapportent les coûts pour le répit ou le soin des pieds à domicile. Des gestionnaires et intervenants ont souligné cette même difficulté vis-à-vis les coûts de transport vers les services hospitaliers et les programmes de jour dans l'Est ontarien. Des gestionnaires ont indiqué que dans de telles circonstances, certaines personnes âgées francophones « vont se passer d'avoir un service » (RO-16).

De plus, la scolarité et la littératie limitées chez plusieurs personnes âgées francophones ont des répercussions sur leur capacité d'interagir avec l'intervenant et de comprendre les démarches et les consignes, tant en français qu'en anglais : « *La langue en français [écrite] est tellement dure des fois* » (RO-78, aîné), et « *juste la communication médicale, je trouve qu'il faut absolument que quelqu'un soit présent presque pour faire la traduction* » même si l'aîné est bilingue, rapporte cette proche aidante (W-17). L'importance de communiquer avec les personnes à faible scolarité en utilisant un langage oral et écrit adapté à leur niveau devient alors d'une importance primordiale pour assurer une bonne compréhension lors de la prestation des services sociaux et de santé : « *Quand on parle à nos aînés francophones, il faut qu'ils nous comprennent. Ce n'est pas un français élaboré, la plupart du temps. Il faut se mettre à leur niveau* » (RO-27, gestionnaire). Le faible niveau de littératie numérique a également une incidence sur l'accès aux informations pertinentes et sur la capacité de naviguer les systèmes de soins. La technologie nécessaire pour s'informer n'est pas accessible à tous les aînés : « *Il y a beaucoup de notre population qui n'ont pas d'ordinateur et qui n'en auront pas* » (W-27, aînée). Les répertoires de services et les informations en ligne ne sont donc pas à la portée de ces personnes.

En milieu rural, l'isolement dû à l'éloignement géographique est un enjeu significatif. Dans l'Est ontarien, les services sociaux et de santé en milieu rural à forte densité de francophones n'ont pas les ressources pour répondre aux besoins de la clientèle âgée francophone qui vit loin des villages où se situent ces services : « *on a des rangs, des concessions où est-ce que les gens sont isolés et c'est difficile de les desservir* » (RO-19, gestionnaire). Au Manitoba, cet enjeu s'avère aussi important pour les aînés francophones en milieu rural, tel que décrit par les participants qui sont déménagés à Winnipeg pour accéder à de meilleurs services : « *Une des raisons qu'ils ont déménagé c'est que dans le milieu rural, il n'y a pas énormément de services pour les conditions cardiaques que mon père avait. Les soins à domicile en campagne, c'est difficile* » (W-18, proche aidante). Une gestionnaire abonde dans le même sens : un aîné qui souhaite des services en français sera mieux soutenu dans le continuum de soins s'il vit dans le quartier francophone de Saint-Boniface. Ceci cause des problèmes, particulièrement si l'aîné déménage : « *Si on a un client qui est à Saint-Boniface et qui a des services en français, puis il déménage à Saint-James, il n'a plus accès aux services en français* » (W-4), explique cette même gestionnaire.

Pour les personnes âgées francophones vivant dans les régions à faible densité de francophones, les enjeux se multiplient. Le fait d'être peu nombreux et dispersés présente des défis aux programmes qui tentent de les joindre. Une intervenante communautaire œuvrant dans ce milieu dans l'Est ontarien fait écho à ce défi de joindre cette population, surtout ceux qui ne font pas partie de réseaux sociaux comme la paroisse francophone de la région : « *si tu ne fais pas partie d'une église [francophone], ben là t'es déjà [isolé du réseau francophone]. Parce que (...) tu ne fais pas partie de ça. Donc, comment est-ce qu'on fait pour les rejoindre ?* » (RO-35). Cela occasionne également des défis de participation à la programmation offerte par des établissements bilingues au Manitoba : « *la programmation est offerte à chaque fois en anglais et en français : depuis le mois de mai 2014, aucun cours en français* » à défaut d'un nombre suffisant de participants francophones (W-5, gestionnaire).

Les défis dans le milieu rural à faible densité sont interreliés, et en se chevauchant, contribuent à « l'invisibilité » de la communauté francophone dans ce secteur de l'Est ontarien. Le manque de sensibilisation à cette communauté linguistique et à ses besoins en matière de services sociaux et de santé de la part des fournisseurs contribue, au fil du temps, à un genre de mutisme de la part de cette communauté francophone quant à ses besoins :

They're [francophones] just very quiet and not very vocal (...) and I think I can see why because there's just no, no acknowledgement of the fact that there should be services in French. (...) It's just never even raised when we are in meetings or, even as service providers we have a coalition of all the community services providers, if it's phrased at all, it's always, "well, we don't have [a] Francophone community in [this] County". (RO-33, gestionnaire)¹³

De plus, les personnes âgées nous ont parlé de « *grosses tensions au début* » (RO-93) entre les communautés anglophones et francophones de la région. Selon elles, il y a moins de tension actuellement entre ces communautés, mais les tensions qui persistent contribuent à un faible sentiment d'accueil et de respect : « *il n'y a pas cette atmosphère de bienvenue parce que tu es francophone* » (RO-93). Finalement, certains participants ont décrit le phénomène par lequel les personnes âgées francophones de cette région ont cessé de faire la demande de services sociaux et de santé en français, étant habituées à ne pas en recevoir. Une intervenante familière avec la communauté francophone partage sa perspective : « *I know some of the Francophone community in the area as well outside of work, and that's what they say. It just gets to the point where it doesn't feel worthwhile to ask because it's so sparse* » (RO-49)¹⁴.

Il en va de même au Manitoba : « *On est assez habitué que ça va être en anglais, on dirait que tu oublies de demander* » (W-27, aînée). D'autres se découragent, car ils savent que les services en français sont rares : « *J'ai été très déçue parce qu'ils nous annoncent quand c'est bilingue, les services en français disponibles, et tu es au téléphone et tu attends d'en avoir des services en français, il y en a pas. C'est la déception* » (W-A1-59, aînée). L'offre de services étant surtout dans la langue officielle de la majorité, les aînés ne demandent pas de services en français : « *C'est sûr quand tu vas voir l'oculiste, c'est tout en anglais. (...) Je [ne] sais pas si c'est bon ou non. On n'en fait pas de cas. (...) C'est la réalité* » (W-22, aînée).

Enfin, les participants en Ontario ont fait part d'un enjeu socioculturel particulier aux francophones en situation minoritaire : l'insularité. Les gestionnaires et intervenants rapportent leurs observations indiquant que les personnes âgées francophones ne « *veulent pas déranger* » (RO-38, intervenante). Pour ces gens, le fait de dire « *j'ai besoin d'aide* », c'est un défi « *de taille* », selon un gestionnaire (RO-19). Cette réticence est perçue comme une composante de la culture francophone, selon un autre gestionnaire qui fait des pieds et des mains pour planifier des groupes de soutien visant à répondre aux besoins des personnes âgées francophones et de leurs proches aidants : « *Vraiment, ce qu'on voit, c'est que les francophones sont plus insulaires, c'est-à-dire préfèrent garder leurs problèmes dans la famille, ont peur de demander des services* » (RO-27).

¹³ « *Ils [francophones] sont très silencieux et pas très vocaux (...) et je pense que je peux voir pourquoi parce qu'il n'y a pas, pas de reconnaissance du fait qu'il devrait y avoir des services en français. (...) Ce n'est pas soulevé lorsque nous sommes en rencontres, même si en tant que prestataires de services nous avons une coalition de tous les prestataires de services communautaires, si c'est formulé du tout, c'est toujours, "bien, nous n'avons pas une communauté francophone dans le comté".* » (RO-33, gestionnaire) (Traduction libre)

¹⁴ « *Je connais aussi quelques-uns parmi la communauté francophone régionale à l'extérieur de mon travail, et c'est ce qu'ils disent. Ils arrivent au point où cela ne semble pas valoir la peine de demander parce que c'est tellement épars.* » (RO-49) (Traduction libre)

Pratiques et mécanismes qui favorisent la continuité des services en français

Selon les participants, plusieurs mécanismes favorisent l'accessibilité et la continuité des services sociaux et de santé en français. Nous les présentons suivant le cadre d'analyse développé pour cette étude, dont il est question dans l'introduction, aux pages 17 à 20. Au niveau de la structure organisationnelle, il y a les pratiques formalisées de collecte de la variable linguistique; les outils communs de communication; le fait d'avoir des répertoires d'intervenants et de services bilingues; les ententes formelles interagences; les tables de concertation; et la participation active des gestionnaires francophones aux tables de concertation, ainsi que la participation et le rôle du Réseau des services de santé de l'Est de l'Ontario. Au niveau des intervenants, il y a la sensibilisation et le réseautage, et l'offre informelle de services en français. Ces mécanismes, tels que décrits par les participants, seront élaborés individuellement.

Sommaire. Les pratiques et mécanismes qui favorisent la continuité des services en français

AU NIVEAU DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

- Les pratiques formalisées de collecte de la variable linguistique
- Les outils communs de communication
- Les répertoires d'intervenants et de services bilingues
- Les ententes formelles interagences
- Les tables de concertation
- La participation active des gestionnaires francophones (tables de concertation), la participation et le rôle du Réseau des services de santé de l'Est de l'Ontario

AU NIVEAU DES INTERVENANTS

- La sensibilisation et le réseautage
- L'offre informelle de services en français

Les mécanismes au niveau de la structure organisationnelle

Les mécanismes au niveau de la structure organisationnelle comprennent les pratiques formalisées de collecte de la variable linguistique; les outils communs de communication; le fait d'avoir des répertoires d'intervenants et de services bilingues; les ententes formelles interagences; les tables de concertation; et la participation active des gestionnaires francophones aux tables de concertation, ainsi que la participation et le rôle du Réseau des services de santé en français, tel celui de l'Est ontarien (le Réseau)¹⁵.

Les pratiques formalisées de collecte de la variable linguistique

Le fait d'avoir noté la variable linguistique au dossier de la personne âgée fait en sorte que les intervenants sont en mesure d'offrir un service en français ou de diriger la personne vers d'autres intervenants francophones, le cas échéant. Ceci favorise également la coordination des services avec d'autres intervenants bilingues. Dans l'Est ontarien, cette pratique est courante auprès des intervenants œuvrant dans les organismes désignés, et dans les milieux partiellement désignés, auprès des intervenants sensibilisés à l'importance de la variable linguistique. Cette pratique est moins courante en milieu rural à faible densité de francophones, où les services en français se font rares. Au Manitoba, la variable linguistique est utilisée par les intervenants des établissements désignés bilingues. Par exemple, elle facilite l'aiguillage des aînés par le Centre d'accès des soins de longue durée vers les foyers de soins de longue durée désignés bilingues.

¹⁵ Le Réseau est reconnu par la province comme entité de planification des services de santé en français pour l'Est et le Sud-Est de l'Ontario depuis 2010, et conseille le RLISS de Champlain et le RLISS du Sud-Est, sur toutes les questions touchant la santé des francophones. Le Réseau est aussi l'un des 16 réseaux de santé en français membres de la Société Santé en français et travaille avec ce dernier à l'amélioration de la santé des francophones en situation minoritaire au Canada. <http://www.rssfe.on.ca/a-notre-sujet/le-reseau-en-bref/>

Les outils communs de communication

Plusieurs outils communs sont utilisés pour favoriser une communication et une collaboration plus efficaces lors de la prestation de services aux personnes âgées francophones. Bien qu'ils soient utilisés autant par les intervenants anglophones que les intervenants francophones ou bilingues, nous illustrons ici leur utilisation lors de la prestation des services sociaux et de santé auprès de personnes âgées francophones. Ces outils sont les technologies de soins virtuels et téléphoniques, certains dossiers électroniques partagés et les logiciels d'évaluation communs aux agences de soutien communautaire.

Dans l'Est ontarien, le réseau de télémédecine¹⁶ est fréquemment utilisé pour les consultations et suivis médicaux des personnes âgées qui vivent en régions rurales. Par exemple, ce service est offert entre un institut de cardiologie en milieu urbain et un centre de santé communautaire situé en milieu rural à forte densité de francophones. Pour les personnes âgées francophones de cette région, lorsque la consultation par télémédecine se fait avec un spécialiste anglophone, une infirmière du centre de santé communautaire offre le service d'interprétation en français. L'utilisation de cette technologie assure la continuité des services pour les personnes âgées francophones, tout en leur évitant des déplacements longs et coûteux vers les services spécialisés situés en milieu urbain. Le service TéléSOINS¹⁷ au Manitoba offre un tel suivi par téléphone aux personnes en milieu rural atteintes d'insuffisance cardiaque ou ayant le diabète de type 2.

Les dossiers électroniques partagés sont une autre forme de communication au sujet de la personne âgée. Dans l'Est ontarien, certains hôpitaux bénéficient d'un dossier informatisé partageable. Les personnes âgées francophones ont souligné leur appréciation puisque cela leur évite la répétition d'information lors des rendez-vous et consultations. À l'exception d'un hôpital désigné dans l'Est ontarien, qui offre la rédaction de rapports dans la langue officielle préférée de la personne âgée, la plupart des dossiers sont rédigés en anglais. Cette situation permet une meilleure communication de l'information lorsque des services spécialisés non disponibles en français sont nécessaires, mais elle offre un moins bon accès à l'information contenue dans son dossier pour l'utilisateur francophone.

Pour les services communautaires dans l'Est ontarien, le partage d'information au sujet de la personne entre organismes communautaires financés par le RLISS est, depuis quelques années, soutenu par l'utilisation d'un logiciel commun qui consiste en un dossier informatisé partageable (CIMS) et un outil standardisé d'évaluation¹⁸. Le partage de ce dossier informatisé dépend des ententes formelles entre organismes à cet égard, et du consentement de la personne. Selon les participants utilisateurs de ces systèmes, leur travail communautaire est devenu plus concerté, et de ce fait, plus efficace, puisque tous les prestataires ont accès à l'information au sujet des besoins de la personne. De plus, le logiciel génère automatiquement les aiguillages vers les services que la personne requiert. La duplication de services et le travail en silo sont évités. Pour les gestionnaires de services communautaires financés par le RLISS, le logiciel commun CIMS facilite la préparation de rapports et la planification des services.

Au Manitoba, certains dossiers électroniques sont partagés entre agences, tels *E-Health*, *E-Chart* et quelques dossiers spécifiques entre les hôpitaux et les services de soins à domicile. Toutefois, les outils communs sont limités. La plupart du temps, l'utilisateur doit avoir en main une copie de son dossier, ou des parties pertinentes de son dossier, lorsqu'il est transféré dans un autre établissement de santé. Notons que généralement, le médecin de famille détient un dossier complet du patient. Règle générale, les dossiers de santé sont uniquement en anglais.

16 Le réseau de télémédecine de l'Ontario est un organisme sans but lucratif financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui est chargé d'établir un système de soins virtuels durable et adapté. <https://otn.ca/fr/de-quelle-maniere-le-rto-fait-il-une-difference-en-ontario/>

17 Le service TéléSOINS du Manitoba est géré par le gouvernement du Manitoba et est une expansion du Programme d'autogestion pour personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. <http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/public/chronicdisease/selfmgnt/telecare.fr.html>

18 Le logiciel Canesto CIMS, et l'outil interRAI-CHA (*Resident Assessment Instrument - Community Health Assessment* et ses variantes) sont utilisés par les organismes offrant des services sociaux ou de santé qui sont financés par le RLISS.

Le fait d'avoir des répertoires d'intervenants et de services bilingues

Dans l'Est ontarien, les participants gestionnaires et intervenants nous ont parlé de répertoires formels et informels de services sociaux et de santé en français qui aident à la coordination de services. On a fait référence au répertoire diffusé par la Coalition des centres de soutien communautaire d'Ottawa. Ce répertoire indique quels services de soutien communautaire en français sont disponibles aux personnes âgées. Le répertoire 211¹⁹ et la ligne santé Champlain²⁰ ont aussi été signalés en tant que ressources vers lesquelles les personnes âgées sont dirigées. Le premier se consulte par téléphone ou ordinateur, le deuxième seulement en ligne. Au Manitoba, un répertoire des services sociaux et de santé en français est disponible en format imprimé et en ligne (Annuaire 233 — ALLÔ)²¹. De plus, le service bilingue d'Info-santé/Health Links, un centre d'appel, offre un service de navigation. Quelques outils de navigation sont également disponibles en ligne, soit le site LesSoinsVoulus²² et l'Annuaire des services de santé en ligne de l'ORSW.

Quant à eux, les intervenants maintiennent des listes informelles de ressources communautaires. Ces listes se créent et se maintiennent selon le temps et la disponibilité du personnel.

Les ententes formelles interagences

Dans l'Est ontarien, les ententes formelles interagences prennent la forme de partenariats formels entre organismes sociaux et de santé désignés ou partiellement désignés. Ces ententes visent l'équité dans l'offre de services et permettent la livraison de ces derniers « *au même niveau [et] le même service que reçoivent les anglophones* » (RO-18, gestionnaire). Une gestionnaire de centre de services communautaire atteste aussi que ces ententes assurent une offre plus complète de services en français : « *J'ai pas de préposé aux bénéficiaires, j'ai pas de médecins, j'ai pas d'infirmières. Je vais travailler avec le centre multidisciplinaire ou avec la [municipalité] pour recevoir des services ici* » (RO-20, gestionnaire).

Un des mécanismes découlant de ces ententes est le point de service satellite. Par exemple, en milieu rural, un service de santé en français est offert dans un centre de santé communautaire ; le service provient d'un hôpital anglophone de la région situé à plus de 30 kilomètres de ce centre :

On a une physiothérapeute qui vient de [l'hôpital régional anglophone] qui parle un peu le français. Elle se débrouille. Mais elle vient ici deux jours/semaine, donc les gens qui sont référés de [l'hôpital régional anglophone] ou des alentours qui rencontrent un certain critère peuvent recevoir des soins de physiothérapeute ici. (RO-38, infirmière)

Ce point de service satellite réduit donc la distance à parcourir pour recevoir un service en français.

Au Manitoba, quelques ententes formelles existent entre le centre de santé communautaire francophone, qui est soutenu par une équipe professionnelle multidisciplinaire, et une clinique médicale dans ce même quartier. Cette entente facilite l'accès des patients de la clinique médicale aux nutritionnistes et aux conseillers en santé mentale du centre de santé communautaire. De plus, une entente entre ce même centre et la Fédération des aînés franco-manitobains existe depuis plusieurs années : le centre offre un appui et des ressources éducatives visant principalement l'activité physique, mais également le bien-être social des aînés francophones. Outre ces quelques exemples, peu d'ententes formelles ont été développées.

Les tables de concertation

Plusieurs tables de concertation existent dans le domaine des services sociaux et de santé, dont certaines qui regroupent les services en français. Dans l'Est ontarien, il y a des réseaux francophones à l'intérieur des réseaux anglophones intra sectoriels, comme celui des directeurs

19 La ligne d'assistance 211 et son site Web, sont des portes d'entrée donnant de l'information au sujet des services communautaires, sociaux et de santé ainsi que des services gouvernementaux connexes. <http://www.211ontario.ca/fr/basic-page/%C3%A0-notre-sujet-0>

20 Le portail lignesanteChamplain.ca est une idée novatrice permettant aux usagers et aux fournisseurs de soins de santé et de services sociaux de trouver de l'information précise et à jour à portée de main, relativement aux services de santé et aux services communautaires dans toute la région de Champlain en Ontario. <http://www.lignesantechamplain.ca/about.aspx>

21 L'annuaire des services en français au Manitoba est une initiative de la Société franco-manitobaine et est disponible en format papier et en ligne. <http://www.sfm.mb.ca/annuaire/>

22 Le site LesSoinsVoulus.ca est géré par l'Office régional de la santé de Winnipeg et vise à aider les Winnipegois à choisir parmi les diverses possibilités de manière à ce qu'ils puissent obtenir rapidement les soins dont ils ont besoin. www.lessoinsvoulus.ca

des centres de ressources communautaires francophones du centre-est d'Ottawa, des centres de santé communautaires francophones en Ontario, et intersectoriels, comme le comité directeur des affaires francophones du Conseil sur le vieillissement. La Coalition des services de soutien communautaire d'Ottawa compte sur un sous-comité nouvellement formé en 2015 pour les services francophones.

Au Manitoba, notons d'abord l'équipe de leadership du Centre d'accès Saint-Boniface, qui regroupe les gestionnaires du centre de santé communautaire francophone, des services de soins à domicile, du foyer de soins de longue durée désigné, des Services de santé publique et d'une résidence avec services pour aînés. D'autre part, la table de concertation gérée par le mouvement Santé en français regroupe entre autres des représentants de l'ORSW et du ministère de la Santé. Cette table est responsable de la mobilisation et de l'identification des besoins, des priorités et des solutions en matière de santé et de services sociaux, en plus d'assurer des liens continus auprès de l'ORSW. Ce dernier, par l'entremise de son Services en langue française, réunit les établissements désignés bilingues pour discuter des défis et des stratégies liés à l'offre de services en français.

La participation active des gestionnaires francophones aux tables de concertation, la participation et le rôle du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

En plus des réseaux francophones, les gestionnaires francophones participent activement aux réseaux intersectoriels, en vue de « [s'] assurer que le fait francophone est adressé » (RO-27). Ils soulèvent les questions de l'identification des francophones parmi la clientèle, ainsi que les possibilités de prestation de services auprès de la clientèle âgée francophone. Cette sensibilisation a une portée significative, comme le signale cette gestionnaire des services communautaires en secteur rural à faible densité de francophones, qui note que cela a pour effet de rendre la communauté francophone plus visible aux yeux des membres du réseau d'agences communautaires de la région : « *People are saying (...) "oh, maybe there is a Francophone community here"* » (RO-33).

Un autre mécanisme favorable de représentation et de sensibilisation aux besoins de la clientèle âgée francophone au sein de certains de ces réseaux de l'Est ontarien (par ex. comité des Maillons, comité régional gériatrique, réseau de la démence) est la participation d'un représentant du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. Selon les gestionnaires, le Réseau renforce les interventions de sensibilisation aux besoins des francophones par le partage de données et d'études. Au Manitoba, le Réseau Santé Saint-Boniface regroupe plusieurs organismes francophones urbains, ce qui favorise les échanges entre agences et une meilleure connaissance des ressources disponibles en français dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Les mécanismes au niveau des intervenants

Les mécanismes au niveau des intervenants comprennent la sensibilisation et le réseautage, et l'offre informelle de services sociaux et de santé en français.

La sensibilisation et le réseautage

Dans l'Est ontarien, des gestionnaires d'organismes désignés de milieux urbains de forte et de faible densité de francophones nous ont parlé de l'importance de sensibiliser leurs partenaires et la communauté afin de joindre les personnes âgées francophones qui pourraient avoir besoin de services sociaux ou de santé en français. Cette sensibilisation se fait informellement, mais régulièrement comme dans le cas d'un centre de santé communautaire situé en milieu urbain à faible densité, qui compte sur deux intervenants dédiés à offrir des soins continus aux personnes âgées isolées et à risque élevé. Ces derniers font des présentations dans les édifices de leur secteur où il y a une plus grande possibilité de joindre les personnes âgées francophones. En revanche, un autre programme de ce centre qui vise également les personnes âgées (le programme de prévention des chutes), ne fait pas ce repérage et, par conséquent, affiche un plus faible pourcentage de francophones parmi sa clientèle.

Autant dans l'Est ontarien qu'au Manitoba, l'aiguillage permettant d'assurer la continuité de service en français est optimisé par des années de réseautage professionnel francophone,

comme le mentionne une intervenante communautaire en milieu urbain à faible densité de l'Est ontarien : « *étant donné que je travaillais dans le milieu [communautaire] pendant 20 ans (...) j'ai déjà les connexions, donc je sais qui est francophone et qui ne l'est pas* » (RO-35).

Au Manitoba, les gestionnaires ont constaté que dans le domaine de la santé, les collaborations informelles sont plus communes que les ententes formelles. Ce sont « *des trajectoires naturelles qui ont toujours existé donc qui se continuent ou c'est compris de façon officieuse* » (W-1, gestionnaire). Les agences désignées bilingues sont aussi bien connues. Parmi elles, on retrouve deux foyers de soins de longue durée, un centre de santé communautaire et un hôpital. Leur localisation centralisée, dans le Vieux Saint-Boniface, près de plusieurs résidences avec services, fait de Saint-Boniface le lieu privilégié pour les services bilingues en milieu urbain et facilite le réseautage entre eux. En outre, plusieurs établissements de santé désignés bilingues sont sous la tutelle de la Corporation catholique de la santé du Manitoba, faisant en sorte que les gestionnaires de ces établissements se connaissent et travaillent déjà ensemble. Les établissements désignés bilingues sont donc reconnus au sein de l'ORSW ; l'orientation des aînés francophones, particulièrement vers les soins de longue durée, se fait naturellement vers les établissements bilingues.

Des stratégies informelles de réseautage sont également mises en place pour arriver à mieux se connaître : par exemple, des événements « Portes ouvertes » organisés par une résidence avec services accueillent non seulement la clientèle francophone, mais aussi les nouveaux coordonnateurs de cas des services de soins à domicile. Si la connaissance des services en français débute souvent de façon imprévue pour un nouveau gestionnaire ou intervenant, elle se consolide à force de travailler auprès des autres organismes désignés, d'être géographiquement rapproché et de collaborer à des initiatives communes. Pour un gestionnaire administratif chevronné, la collaboration avec les organismes bilingues devient un réflexe.

L'offre informelle de services en français

Dans certains secteurs de l'Est ontarien, les services sociaux et de santé en français sont moins disponibles (milieu urbain à faible densité), ou se font rares (milieu rural à faible densité). Quelques participants gestionnaires ainsi que des intervenants de ces milieux ont fait mention de leurs pratiques informelles d'offre de services en français. Ces pratiques varient selon les habiletés langagières de l'intervenant ou, pour les gestionnaires ou chefs d'équipes, selon la possibilité d'assigner le personnel bilingue à la personne âgée francophone. Par exemple, un intervenant bilingue de cette région offre aux personnes âgées francophones à l'urgence de l'hôpital anglophone local l'occasion de lui parler en français en vue d'alléger l'effort de communication :

R1: You see sometimes they come in, they cannot express themselves. They're talking to their companion in French. I say, "Oh, parle en français."

Q1: Because you see that it would go a lot easier for them?

R1: Oh yeah, much easier because sometimes they're trying to translate, telling their husband or the daughter what to tell me. And I say, "Okay. Ça va. Je parle français, je comprends français, vous pouvez parler en français."(RO-58)²³

Dans les hôpitaux anglophones de ces régions, l'offre de service en français semble être faite soit par l'assignation de personnel bilingue lorsque les horaires de travail le permettent, par l'utilisation d'un service linguistique téléphonique, ou par une assignation de personnel plus ciblée, comme dans le cas d'un service de soutien communautaire en milieu rural : « *Yes, we did have a staff in the community that spoke French. So that became the staff member that was assigned to that [Francophone] client to make sure that there was no language barrier* » (RO-33)²⁴.

23 *R1: Vous voyez, quelquefois ils se présentent, et ils ne peuvent s'exprimer. Ils parlent à la personne qui les accompagne en français. Je dis : « Oh, parle en français »*

Q1: Parce que vous voyez que cela irait plus facilement pour eux ?

R1: Oh oui, beaucoup plus facilement, parce que quelquefois ils essayent de traduire, et de dire à leur époux ou leur fille quoi me dire. Et je dis « Okay, ça va. Je parle français, je comprends français, vous pouvez parler en français. » (RO-58) (Traduction libre)

24 *«Oui, nous avions un membre du personnel au communautaire qui parlait français. Alors c'était le membre du personnel affecté au client [francophone] pour assurer qu'il n'y avait aucune barrière linguistique.» (RO-33) (Traduction libre)*

Quoiqu'une offre informelle de services en français ne soit pas en soi un mécanisme de coordination, cette offre peut mener, comme dans le dernier exemple, à un geste intentionnel de jumelage de la personne âgée francophone avec un membre du personnel francophone lors de la coordination de services.

Facteurs favorables à la collaboration pour l'amélioration de l'accès et de la continuité en français

Quelques gestionnaires ont fait mention de conditions sous-jacentes au développement positif de mécanismes de coordination de services sociaux et de santé destinés aux personnes âgées en général et aux francophones en particulier : l'enthousiasme envers l'innovation et la collaboration, et un historique de confiance et de liens serrés interorganismes. Nous les présentons brièvement ici.

L'enthousiasme envers l'innovation et la collaboration

Selon certains gestionnaires, la volonté d'aller au-delà des pratiques habituelles pour servir une clientèle dont les besoins sont de plus en plus accrus en raison de leur vieillissement est essentielle. Cette volonté se caractérise par des efforts visant à transcender la façon de faire habituelle et « *de penser autrement (...) de faire les choses autrement* » (RO-19) et de rassembler « *les partenaires qui sont mieux placés* » (RO-25). Pour ces acteurs, collaboration et innovation vont de pair lorsqu'ils cherchent à mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

Un historique de confiance et de liens serrés interorganismes

Certains organismes travaillent ensemble depuis longtemps, et cet historique de confiance et de liens serrés devient, selon ces gestionnaires, un élément-clé pour favoriser la concertation liée à l'obtention et à la coordination des ressources. Ce n'est qu'en ayant des « *liens très forts* » (RO-30, gestionnaire) entre eux que les organismes peuvent se promouvoir auprès des bailleurs de fonds pour l'obtention de ressources afin de bonifier les services offerts aux personnes âgées.

Barrières à la continuité et à l'intégration des services destinés aux francophones

Plusieurs barrières à l'offre de services sociaux et de santé de façon intégrée, peu importe la langue de service, sont rapportées par les participants. Suivant le cadre d'analyse développé pour cette étude et présenté dans l'introduction, aux pages 17 et 20, nous les présentons selon le niveau de structure duquel elles relèvent.

Sommaire. Les barrières à l'offre de services intégrés en général

AU NIVEAU POLITIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

- La complexité des systèmes de services sociaux et de santé
- La surexploitation des ressources

AU NIVEAU ORGANISATIONNEL

- Les différences de mandats, de cultures organisationnelles, et de structures financières
- Les outils nécessaires pour le partage éthique et confidentiel d'information personnelle ne sont pas disponibles ou utilisés

Au niveau politique et réglementaire, on évoque la complexité des systèmes de services sociaux et de santé, et la surexploitation des ressources. Une proche aidante, qui a soutenu ses deux parents en perte d'autonomie, n'arrive pas à comprendre comment le système de santé fonctionne : « *Même maintenant que j'ai été dedans. Même maintenant je ne comprends pas. C'est comme la main droite ne parle pas à la main gauche, ça a été vraiment un cauchemar pour mes deux parents à différents niveaux* » (W-17).

Les gestionnaires conviennent également que le système de santé, « *c'est une grosse machine* » (W-5). L'organisation des services fait en sorte que chaque département ou établissement « *travaille beaucoup en silos : santé publique font leur chose, soins à domicile font leur chose, nous on réfère, mais on travaille un à côté de l'autre, pas nécessairement ensemble* » (W-9, intervenante). La compétition pour le financement contribue aussi à la difficulté d'arrimage : « *chacun regarde sa paroisse* » (RO-15, gestionnaire), pour tenter d'assurer sa survie.

On soulève également le manque de volonté et la complexité du système de santé :

Ça prendrait d'énormes réformes au niveau de restructurer tout un paquet de choses puis jusqu'à date on n'a pas beaucoup de volonté de le faire. Je pense que ça serait le fun de le faire au niveau d'un projet francophone parce que notre clientèle est un peu plus identifiable. Mais il n'y a pas de volonté de le faire. Il y a encore des batailles de turf dans le système. (W-1, gestionnaire)

De surcroît, les ressources actuelles sont déjà surexploitées ; selon un gestionnaire, « *on presse déjà le citron* » (RO-16). Ainsi, on veut d'un côté aller de l'avant et encourager une meilleure concertation de services en français entre les organismes de services sociaux et de santé et de l'autre, on constate la problématique d'épuisement des ressources.

De plus, les trois catégories de participants soulignent que le manque de ressources humaines et financières génère un roulement de personnel et la discontinuité dans la prestation des services. Par exemple, on cite le changement de personnel de première ligne en soins à domicile à Winnipeg. Certains participants ont également constaté un manque de services, tels ceux qui n'ont pas de médecin de famille ou d'intervenant privilégié, qui subissent des temps d'attente pour un rendez-vous ou qui doivent se déplacer pour consulter un spécialiste. Pour une personne âgée en perte d'autonomie cognitive et physique, cela peut devenir critique. Comme le décrit cette proche aidante d'un parent atteint d'Alzheimer, qui doit avoir recours à une clinique express pour ses soins de base :

Oui, ça peut être n'importe quoi comme, des prises de sang, souvent s'il y avait un problème avec maman, ils nous disaient d'aller à l'urgence. Quel cauchemar, ça, c'est une autre paire de manches. Assoie-toi huit heures de temps avec quelqu'un qui a l'Alzheimer, horrible. (W-17, proche aidante)

Le soin des aînés requiert une approche adaptée à leurs capacités et à leurs besoins : l'accès à un service de qualité et sécuritaire est primordial, renchérissent deux autres proches aidantes du Manitoba.

Au niveau de la structure organisationnelle, selon les gestionnaires et les intervenants, les différences de mandats, de cultures organisationnelles et de structures financières rendent difficiles la concertation et l'arrimage intersectoriel des services. Le défi consiste à trouver une façon efficace de se concerter, en particulier avec des personnes qui ne travaillent pas habituellement ensemble.

De plus, les outils nécessaires pour le partage éthique et confidentiel d'information personnelle des personnes âgées ne sont pas disponibles ou utilisés. Les gestionnaires et les intervenants font référence à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*²⁵, qui est souvent mal interprétée et mal utilisée, ce qui fait en sorte que des informations pertinentes au sujet d'un patient ne sont pas partagées entre agences. Les dossiers informatiques, élaborés selon des logiciels médicaux spécialisés, ne sont pas compatibles avec des logiciels utilisés dans d'autres services.

À ces barrières générales s'ajoutent des barrières à l'accessibilité linguistique. Nous les présentons selon le niveau de structure duquel elles relèvent : au niveau de la structure symbolique, de la structure politique et réglementaire, de la structure organisationnelle, et des intervenants. Ces barrières, telles que décrites par les participants, seront élaborées individuellement.

²⁵ La Loi sur la protection des renseignements personnels protège les renseignements personnels et le droit d'accès des individus aux renseignements personnels qui les concernent. <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/>

Sommaire. Les barrières à l'intégration et la continuité des services en français

AU NIVEAU DE LA STRUCTURE SYMBOLIQUE

- La méconnaissance de l'incidence des barrières linguistiques sur l'accès, la sécurité, la satisfaction et la qualité des soins

AU NIVEAU DE LA STRUCTURE POLITIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

- Le triage qui exclut les besoins linguistiques
 - Le triage géographique, ou la répartition d'accès aux services selon les codes postaux
 - Le triage par condition, c.-à-d. la répartition des services selon le type de condition médicale
 - Les limites de la disponibilité d'un hôpital désigné lors des urgences
- Le financement précaire des services en français
- Les compagnies privées qui n'ont aucune obligation d'offre de services en français

AU NIVEAU DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

- Le financement précaire
- La pénurie d'intervenants bilingues et de services en français
- La pénurie d'outils d'évaluation en français
- Le manque de ressources pour la traduction et la préparation de matériel en français
- Les failles des outils communs de communication
- L'absence d'un répertoire formel intersectoriel de services en français

AU NIVEAU DES INTERVENANTS

- Le manque d'offre active

Les barrières aux services en français au niveau de la structure symbolique

Les barrières aux services sociaux et de santé en français au niveau de la structure symbolique se rapportent à la méconnaissance de l'incidence des barrières linguistiques sur l'accès, la sécurité, la satisfaction et la qualité des soins.

La méconnaissance de l'incidence des barrières linguistiques sur l'accès, la sécurité, la satisfaction et la qualité des soins

Lors de nos entretiens dans l'Est ontarien, quelques gestionnaires n'étaient pas au courant des difficultés que peuvent vivre les personnes âgées francophones lorsqu'ils reçoivent les services sociaux et de santé en anglais. On présume que ces personnes sont bilingues et qu'elles peuvent donc se débrouiller en anglais. Une intervenante communautaire francophone a mentionné que cette barrière est aussi présente auprès de certaines de ses collègues. Elle doit alors sensibiliser et négocier avec ces dernières pour contrer cette présomption, afin que les personnes âgées puissent recevoir leurs services en français.

On constate aussi dans certains programmes bilingues de l'Est ontarien que si un anglophone se présente parmi plusieurs francophones, l'activité se déroule uniquement en anglais. Une gestionnaire de services francophones explique la rétroaction négative qu'elle reçoit de la part de ses clients à ce sujet :

Ben oui, tout le monde parle français, mais si on fait une activité pis qu'il y a un anglophone, on va tout de suite le faire en anglais. Fait qu'il y en a qui ont quitté pis qui ont dit : « Non, je [ne] veux pas ça. Je veux être dans un programme de jour en français. » (RO-20)

Pour ces personnes, cela représente une rupture et une perte de services en français, car il y a peu de programmes de jour en français dans la région.

Au Manitoba, les gestionnaires et les intervenants participant à l'étude rapportent que de façon générale, le système de santé ne reconnaît pas l'incidence de la langue sur la sécurité du patient, du pourvoyeur de soins et du système en soi : « *Des fois, les gens dans le système, ils vont dire, "Access to French services is a preference, it's like wanting to be close to home... You prefer that personal care home but you don't need it." Bien non, c'est plus que ça* » (W-4, gestionnaire). L'accessibilité linguistique n'est pas considérée comme un dossier prioritaire : « *C'est le niveau de priorité qui est placé sur les services en français... parce qu'on ne le voit pas comme quelque chose qui est urgent* » (W-2, gestionnaire). N'étant pas reconnue comme un élément essentiel dans l'offre de services de qualité et sécuritaires, peu de ressources financières sont accordées pour améliorer l'accessibilité linguistique.

Les barrières aux services intégrés en français au niveau de la structure politique et réglementaire

Les barrières aux services sociaux et de santé en français au niveau de la structure politique et réglementaire sont le triage qui exclut les besoins linguistiques, le financement précaire des services en français, et les compagnies privées qui n'ont aucune obligation d'offre de services en français.

Le triage qui exclut les besoins linguistiques

Le triage, ou la répartition des soins dans un contexte d'urgence, n'inclut pas une dimension linguistique, selon les personnes âgées et les proches aidants de l'Est ontarien. Ils ont décrit trois types de circonstances où ce triage n'a pas pris en compte leurs besoins linguistiques : le triage géographique, le triage par condition et les limites de la disponibilité aux francophones de l'urgence désignée. Nous les illustrons brièvement ici.

Le triage géographique, ou la répartition d'accès aux services selon les codes postaux

Les personnes âgées francophones vivant en milieu urbain et en milieu rural à forte densité de francophones ont partagé leur frustration engendrée par la répartition des services de santé selon leurs codes postaux sans considération de leur besoin linguistique :

S'il m'arrive quelque chose, j'appelle l'ambulance, ils m'envoient directement à [hôpital anglophone local]. (...) Je sais que la loi, elle, c'est l'hôpital le plus proche, mais si l'hôpital le plus proche ne peut pas répondre à tes besoins [linguistiques], comment ça se fait qu'ils ne nous prennent pas et qu'ils ne nous emmènent pas à [hôpital désigné]? (...) Ça, je ne comprends pas ça, et c'est un gros dilemme et c'est un gros problème.
(RO-81, aînée)

Cette problématique s'applique également au Manitoba, où les aînés francophones ayant recours aux soins à domicile ont une gestionnaire de cas bilingue : toutefois, s'ils devaient déménager dans un quartier anglophone, le service serait transféré à une gestionnaire anglophone. L'accès aux services en français est donc favorisé dans le quartier de Saint-Boniface, bien que les aînés francophones vivent également dans d'autres quartiers de Winnipeg.

Le triage par condition, c.-à-d. la répartition de services selon le type de condition médicale

Les personnes âgées ont aussi eu l'expérience de se faire diriger à l'hôpital qui traite leur type de condition médicale indépendamment de leur désir exprimé qu'on les amène à l'hôpital désigné, comme cette personne âgée vivant en milieu urbain à forte densité de francophone nous le rapporte : « *Moi, j'ai dit : "J'aimerais mieux aller à [hôpital désigné]. " Il [ambulancier] dit : "Ton cas, c'est à [hôpital partiellement désigné], parce qu'il faut opérer tout de suite"* ». (RO-67, aînée)

Les limites de la disponibilité d'un hôpital désigné lors des urgences

Une personne âgée en milieu urbain à forte densité de francophones nous partage son expérience lorsqu'elle a demandé que l'ambulance la transporte à l'hôpital désigné : « *Je leur [ambulanciers] ait dit "je veux aller à l'hôpital [désigné], je veux aller à l'hôpital [désigné]", pis il m'a dit : "Non. L'hôpital [désigné], ils sont trop occupés". Ils m'ont amenée à [hôpital non désigné]* ». (RO-67, aînée)

Un répondant médecin explique que lorsqu'il doit faire un transfert urgent ou prioritaire, le service d'aiguillage d'urgence CritiCall²⁶ accorde priorité selon l'hôpital le plus disponible et ne prend pas en considération l'accessibilité linguistique.

Le financement précaire des services en français

La précarité du financement des organismes qui fournissent des services aux personnes âgées francophones est toujours d'actualité, autant au Manitoba qu'en Ontario. Au Manitoba, les gestionnaires et les professionnels soulignent le manque de ressources financières, en particulier pour traiter des défis associés à l'accessibilité linguistique : « Le problème avec le système, ce n'est pas qu'il y a des mauvaises intentions, c'est juste qu'à un moment donné, on se fait tirer des fois d'un bord pis de l'autre, sur quoi on travaille aujourd'hui » (W-1, gestionnaire). Les gestionnaires ont plusieurs dossiers à gérer à la fois ; le dossier de l'accessibilité linguistique s'ajoute à leurs tâches.

Étant de petite taille en comparaison avec leurs contreparties anglophones, les organismes francophones en milieu communautaire de l'Est ontarien urbain font face à des défis significatifs lors des demandes de subventions. D'une part, ils se doivent « de faire le plus de demandes possible » afin de « survivre dans une marée d'anglophones » (RO-15, gestionnaire). Mais d'autre part, ayant moins d'effectifs que leurs homologues anglophones, ils sont désavantagés lors de ces compétitions : « Quand tu es en compétition avec ces gros joueurs-là [organismes anglophones], quand tu regardes leurs demandes de fonds et puis que tu regardes les autres demandes de fonds [d'organismes francophones], tu es à des années-lumière » (RO-15). On évoque également la difficulté de savoir si la répartition des fonds ou subventions est proportionnellement équitable, comme l'atteste cette gestionnaire : « On n'est pas capable de me donner l'information au RLISS pour dire, si on a 17 % de la population qui est francophone, est-ce qu'il y a 17 % des budgets (...) qui vont être assignés aux francophones? » (RO-16)

Les compagnies privées qui n'ont aucune obligation d'offre de services en français

Dans l'Est ontarien, les compagnies privées qui fournissent des services de santé à domicile aux personnes âgées francophones ne sont pas assujetties, contrairement aux services publics, à la *Loi sur les services en français* (Commissariat aux services en français, 2009). Ces services à domicile sont souvent offerts suite aux évaluations du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) et prennent la forme de soins personnels, auxiliaires ou spécialisés, comme la physiothérapie. Les proches aidants de milieux à forte densité de francophones ont fait mention que la plupart des préposés qui fournissent ces soins à domicile parlent anglais. Cela peut poser une difficulté pour les personnes âgées et les proches aidants qui sont moins à l'aise en anglais : « Ils [CASC] m'ont demandé quel langage je parlais, et je leur ai dit que je voulais tout avoir en français. La seule chose que je trouve un petit peu difficile, on a des dames qui viennent en anglais à la maison prendre soin de mon mari » (RO-83, proche aidante). Un gestionnaire des services ambulatoires désignés en milieu urbain indique le manque de continuité linguistique dans le cas des services de physiothérapie à domicile, qui sont fournis par des compagnies privées. Ces compagnies n'ont aucune obligation que leurs services soient disponibles en français.

Les barrières aux services intégrés en français au niveau de la structure organisationnelle

Plusieurs barrières aux services sociaux et de santé en français au niveau de la structure organisationnelle ont été signalées par les gestionnaires et les intervenants : le financement précaire, la pénurie d'intervenants bilingues et de services en français ou une optimisation insuffisante des ressources humaines bilingues, la pénurie d'outils d'évaluation en français, le manque de ressources pour la traduction et la préparation de matériel en français, les failles des outils communs de communication et l'absence d'un répertoire formel intersectoriel de services en français.

²⁶ Financé par le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, CritiCall Ontario est un service de consultation d'urgence et d'aiguillage pour les médecins à travers la province. <http://www.criticalcall.org/Section/About-CritiCall-Ontario>

Le financement précaire

Le financement précaire au niveau organisationnel démontre la vulnérabilité des services destinés aux personnes âgées francophones lorsqu'il est question de la gestion et la répartition de leurs ressources. Par exemple, pour le seul organisme francophone communautaire qui offre des services à la région urbaine de l'Est ontarien dans son entièreté, une décision récente et difficile de rapatrier leurs employés assignés à des points de service satellites à travers la région a découlé de besoins autant financiers qu'organisationnels. Le coût de location des locaux extérieurs a été récupéré afin d'assurer le fonctionnement de l'organisme, et de miser sur des alternatives pour ces milieux, par exemple, des interventions téléphoniques. Par contre, selon d'autres participants, cette perte de points de service satellites francophones engendre des difficultés sur le terrain pour le dépistage et l'identification des besoins émergents en services sociaux et santé des personnes âgées francophones :

Si on perd des joueurs comme ça, qui étaient stratégiques au niveau de vraiment déterminer les besoins de santé pour ces gens-là (...) pour les francophones, ça, ça va être un coup. (...) Ça fait peut-être un an, mais on voit déjà l'impact au niveau de la communauté. (...) Parce que si tu veux avoir une bonne idée des problématiques d'une communauté, c'est en les visitant. (RO-15, gestionnaire)

Le travail terrain de repérage des personnes âgées francophones est aussi menacé par la précarité financière des organismes francophones. Par exemple, dans l'Est ontarien urbain à faible densité, les deux intervenants du programme Soins primaires communautaires pour les aînés affectés à ce secteur font, en plus de leurs activités d'intervention, le repérage actif des francophones. Leur charge de travail est considérable, car ils interviennent auprès d'approximativement 345 personnes âgées. Les organismes communautaires de ce secteur n'ont pas les moyens de financer plus de personnel pour repérer plus activement les francophones, comme l'atteste cette gestionnaire :

C'est une assez petite population [de francophones] à l'ouest, pis être capables de rejoindre ces gens-là [aînés francophones] (...) sans des ressources à faire du outreach, parce que la plupart des programmes [n']ont pas d'argent pour faire ça, ça va être le défi. Ce n'est pas un manque de volonté. (RO-25)

La pénurie d'intervenants bilingues et de services en français

Bon nombre de participants ont témoigné de la pénurie de services sociaux et de santé en français pour les personnes âgées francophones. Cette pénurie a une incidence négative importante sur la capacité d'assurer des services intégrés aux personnes âgées francophones. Souvent associée au recrutement du personnel bilingue, cette réalité s'applique même aux milieux à forte densité de francophones. Le recrutement de professionnels bilingues est difficile, que ce soit pour des médecins : « Très difficiles à recruter, en fait, parce qu'il faut qu'ils soient francophones, en tout cas qu'ils se débrouillent vraiment bien en français » (RO-16, gestionnaire), ou des professionnels de la santé : « on a fait plusieurs postulations du poste, pis on n'a pas eu... on n'a pas été capables [de recruter une infirmière bilingue] » (RO-25, gestionnaire). Au Manitoba, le défi du recrutement fait en sorte que même dans les établissements désignés bilingues, les services en français ne sont pas garantis : « Dans ces endroits-là, même si on dit que des services sont en français, ça ne l'est pas. Je peux comprendre là aussi ils sont pris à embaucher. Il faut qu'il ait du monde 24 heures sur 24. Puis y'en [n'] a peut-être pas tant de ça [de personnel] qui parlent français » (W-23, aînée). À titre d'exemple, les gestionnaires de cas de l'agence de soins à domicile qui sont assignés aux aînés francophones de Saint-Boniface sont bilingues, mais les préposés aux soins, qui fournissent les soins de façon quotidienne, le sont rarement. Comme le décrit un gestionnaire d'un établissement désigné bilingue, il faut s'assurer que le personnel puisse travailler d'abord en anglais, étant donné le milieu majoritairement anglophone. La préférence ira donc vers l'embauche d'un employé unilingue anglophone plutôt qu'unilingue francophone ou bilingue ayant peu d'aisance en anglais. Le milieu de travail bilingue est généralement « géré vers l'anglais » (W-3, gestionnaire).

Le manque de spécialistes francophones est aussi répandu. Bien que certaines personnes âgées aient demandé à leur médecin de les diriger vers un spécialiste francophone, ils ont eu à

composer avec le spécialiste anglophone qui était disponible : « *tu n'as pas de choix (...) tu pognes un médecin qu'ils te fournissent parce qu'ils sont très occupés* » (RO-78, aîné).

Outre la pénurie de personnel bilingue, les participants ont constaté que les services en français sont peu nombreux. Certains ont souligné un manque de soutien en français aux aidants, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Certains ont parlé du manque de résidences pour personnes âgées francophones, telles que dans l'Est ontarien urbain à faible densité. En milieu rural à faible densité de francophones, les intervenants et les personnes âgées ont souligné que la plupart des services ne sont disponibles qu'en anglais : « *I was doing just a little presentation to a group of francophones in the community a little while ago, (...) and I said well, unfortunately there's not very much [available in French]* » (RO-49, intervenante bilingue)²⁷.

Dans de tels milieux, le manque de services professionnels francophones en gériatrie engendre un fardeau accru de déplacement et le risque de ruptures de continuité si les personnes âgées n'ont pas les moyens de se déplacer. De plus, un organisme qui offre un programme de jour en français subit de la pression pour servir la clientèle anglophone et craint que cela ne coupe des ressources aux francophones : « *Ils veulent essayer de nous faire faire une journée en anglais juste pour un groupe anglais. Puis ce qui couperait encore les services qu'on donne aux francophones* » (RO-34₂, coordonnatrice).

Par ailleurs, les personnes âgées ainsi que les proches aidants vivant dans l'Est ontarien urbain de forte densité ont noté qu'une demande de services en français résulte en des délais : « *Je demande en français et j'attends. J'ai la patience d'attendre, parce que j'ai réellement besoin de bien comprendre* » (RO-78, aînée) et « *J'ai demandé pour une gestionnaire [CASC] française, ça a pris trois mois qu'on (...) m'en trouve une* » (RO-61, proche aidante). Cette attente crée des ruptures de continuité, selon une gestionnaire, « *ça retarde le suivi* » (RO-29).

La pénurie d'outils d'évaluation en français

Au Manitoba comme en Ontario, les outils d'évaluation ne sont pas tous bilingues, faisant en sorte que l'évaluation ne puisse être adéquate. Dans certains milieux, les intervenants peuvent avoir recours à un service de traduction lors de ces évaluations, mais cela n'est pas pratique courante ; les services d'interprétation ou de traduction ne sont pas toujours disponibles. Certains constatent une mauvaise qualité de la traduction, comme le témoigne cette personne âgée de l'Est ontarien : « *la documentation française, c'est très mal écrit. C'est plus facile de lire en anglais qu'en français. Ça me fâche* » (RO-64). À d'autres moments, la traduction est à un niveau de français que les personnes âgées francophones ne peuvent comprendre, comme le souligne cette intervenante :

Le français qui a été traduit, c'est à un niveau beaucoup plus élevé qu'avoir le niveau de troisième ou quatrième [année de scolarité], parce que souvent, les personnes âgées, surtout les gens qu'on a, la moyenne d'âge, je dirais que c'est 86. J'en ai plusieurs qui n'ont pas eu l'éducation formelle, donc le langage qui a été traduit, ils comprennent pas. C'est une lacune que je trouve. (RO-35)

Le manque de ressources pour la traduction et la préparation de matériel en français

Les ressources attribuées à la traduction de documents sont éparpillées et les gestionnaires signalent que cela engendre des difficultés pour les personnes âgées qui, de ce fait, n'ont pas accès à des informations au sujet des services sociaux et de santé en français. Dans l'Est ontarien rural à faible densité, cette lacune est notée comme un obstacle à la demande de services en français par un gestionnaire de services communautaires : « *We just don't have the resources, or the expertise to do that. (...) I think if the information was available in French, it would make the French population more comfortable to start asking for the services* » (RO-33)²⁸. Certains participants ont parlé de lacunes dans la pratique courante de demander aux membres du personnel d'un

27 « *Il n'y a pas longtemps, je faisais une petite présentation à un groupe de francophones dans la communauté (...) et j'ai dit, enfin, malheureusement, il n'y a pas grand-chose [de disponible en français].* » (RO-49, intervenante bilingue) (Traduction libre)

28 « *Nous n'avons pas les ressources ou les compétences pour faire cela. (...) Je pense que si l'information était disponible en français, la population francophone se sentirait plus à l'aise de commencer à demander les services.* » (RO-33) (Traduction libre)

organisme d'assurer l'interprétation, car ceux-ci n'ont pas la formation et les connaissances pour le faire. Comme solution de rechange, certains organismes encouragent l'utilisation d'un service d'interprétariat téléphonique.

Les failles des outils communs de communication

Autant au Manitoba qu'en Ontario, les dossiers électroniques partagés ne sont pas compatibles entre secteurs, ou entre certains organismes du même réseau²⁹. Il devient alors plus difficile de communiquer et de partager l'information au sujet d'une personne âgée qui est récipiendaire à la fois de services de la part d'un hôpital, d'un centre de santé communautaire et de services de soutien communautaire. Cela entraîne des manques de transmission d'informations pertinentes au sujet des soins et services que la personne reçoit actuellement ou devrait recevoir, des duplications d'évaluations, et un fardeau accru pour les proches aidants qui se trouvent à répéter les mêmes informations. Il existe des démarches d'ententes formelles de partage de données et d'informations, par exemple entre certains services communautaires de l'Est ontarien et le CASC, mais elles ne sont pas encore de nature réciproque et de pratique courante.

L'absence d'un répertoire formel intersectoriel de services en français

Il n'y a pas de répertoire formel intersectoriel (c.-à-d. qui inclut les ressources de santé ainsi que les services sociaux) en français dans l'Est ontarien pour les personnes âgées francophones. Les intervenants ne sont pas toujours à la fine pointe des nouveaux programmes et services qui sont disponibles, ce qui engendre le risque que l'information au sujet de ces derniers « *passe dans les craques* » (RO-56, intervenante). Cette conséquence est importante pour les personnes âgées et leurs proches aidants, car ils s'attendent à « *être informés par le personnel* » (RO-90, proche aidante) sur les ressources disponibles. Une intervenante de l'Est ontarien a fait mention d'un effort de concertation ponctuel, réalisé il y a vingt ans, pour créer un tel répertoire des services en français en milieu urbain. Cependant, ce répertoire n'est plus à jour.

Les barrières au niveau des intervenants : le manque d'offre active

Au niveau des intervenants, les participants ont cité le manque d'offre active dans les services sociaux et de santé en français.

Le manque d'offre active

Dans l'Est ontarien, l'accueil et la prise en charge sont deux moments où les personnes âgées ont indiqué un manque d'accessibilité linguistique et des ruptures dans la communication et la compréhension lors de leur cheminement à travers les services. Les participants rapportent que l'offre active de services en français n'est pas pratique courante. Le personnel francophone a tendance à utiliser l'anglais, même dans les établissements désignés ou partiellement désignés : « *Il y avait une infirmière (...) elle arrive et (...) "Hi, I'm Francine". J'ai dit, "bonjour, Francine" (...). Je lui ai répondu en français. J'ai bien vu que c'était une francophone qui parlait en anglais* » (RO-87, aînée). Il en va de même pour la communication avec les secrétaires unilingues anglophones.

Certaines personnes âgées et les gestionnaires ont signalé des instances de mauvaise qualité du français oral des intervenants, qui a nui à leur compréhension : « *c'était un français tellement anglicisé (...) que j'avais de la difficulté à comprendre* » (RO-65). Dans l'Est ontarien rural à faible densité, les personnes âgées et proches aidantes ont été déçues que dans leur hôpital local, l'affichage bilingue ne soit pas suivi d'une offre active : « *Quand ils ont fait l'affichage en français, c'est fantastique, mais (...) à part de ça, il n'y a pas eu le service [en français] qui allait avec ça* » (RO-93, proche aidante).

Les participants du Manitoba ont également constaté l'absence d'offre active de services en français : « *C'est juste un adon, si l'infirmière était francophone, elle [ma mère] parlait en français* » (W-17, proche aidante). La difficulté de repérer une personne bilingue, qu'elle soit la personne

²⁹ Par exemple, dans l'Est ontarien, le logiciel commun des organismes communautaires financés par le RLISS, le Canesto CIMS, ne permet pas la communication *entre* ces organismes. Il en va de même pour le système informatique utilisé par les centres de santé communautaire, le Nightingale on Demand (NoD). De plus, au moment de la collecte de données, les répondants ont indiqué que le système NoD n'est pas compatible avec le CIMS, ni avec les systèmes hospitaliers partagés.

âgée ou la pourvoyeuse de soins, fait en sorte que la pratique de l'offre active de services en français est essentielle, constate une gestionnaire : « *C'est un défi... et même ici à Saint-Boniface* » (W-5, gestionnaire), où les établissements de santé sont majoritairement désignés bilingues et la densité de francophones est plus élevée qu'ailleurs à Winnipeg.

Les retombées de toutes ces barrières font que les besoins linguistiques des personnes âgées francophones ne sont pas toujours pris en compte lors de la trajectoire des services sociaux et de santé, en commençant par l'accueil et la prise en charge, puis à l'aiguillage, durant l'intervention et au suivi. Ces manques engendrent des ruptures sur le plan de la communication, de la compréhension lors des interventions et de la continuité des services en français, créant de l'insatisfaction pour les personnes âgées et leurs proches aidants.

Les facteurs défavorables à la mise en place des mécanismes d'intégration

Bien qu'il y ait, dans l'Est ontarien, des réseaux formels et informels francophones, et que certains de ces réseaux couvrent une partie des secteurs de services sociaux et de santé destinés aux personnes âgées francophones, les gestionnaires ont fait mention de conditions qui nuisent au développement de mécanismes de coordination de ces services, comme l'absence de mécanismes formels intersectoriels pour assurer une continuité de services en français. Ils ajoutaient que le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario est moins engagé dans les services communautaires. Nous les présentons brièvement ici.

L'absence de mécanismes formels intersectoriels pour assurer une continuité de services en français

Les gestionnaires constatent qu'il n'y a pas de mécanismes formels intersectoriels pour assurer une continuité de services sociaux et de santé en français. Les facteurs qui contribuent à cette lacune sont le manque de politiques et de processus qui pourraient faciliter la cohérence et la continuité de ces services.

Le manque de politiques pour assurer une continuité de services sociaux et de santé en français se traduit par le manque de « *façons de faire* » (RO-20), c'est-à-dire d'actions concrètes pour intégrer les services en français, selon un gestionnaire. C'est une lacune qui va au-delà de la loi qui protège les services en français, selon ce dernier. De plus, le manque de processus de continuité d'offre de programmes aux francophones est noté : « *On doit faire des efforts de plus et se questionner sur qu'est-ce qu'on fait pour donner des services en français. Et ça, cette discussion-là, elle [n'] est pas là* » (RO-20), confirme ce gestionnaire, faisant référence aux comités et tables de concertation existants.

D'autres gestionnaires font écho au besoin d'aller plus loin dans les relations entre les fournisseurs de services sociaux et de santé en français, tout en indiquant qu'il y a présentement absence d'un mécanisme pour contrer le phénomène de l'éparpillement des francophones, développer une cohérence lors de la prestation des services en français et en assurer le suivi :

Les francophones sont un peu éparpillés, et quand on est éparpillés, ben on dilue un peu nos forces. (...) On n'a rien de spécifique présentement qui regroupe les francophones pour mettre une cohérence dans nos services destinés à la population aînée. (RO-15)

Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario est moins engagé dans les services communautaires

Quoique les gestionnaires de l'Est ontarien aient souligné l'apport positif du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (le Réseau) auprès du RLISS et le soutien que le Réseau apporte aux activités liées à la désignation et à l'offre de services de santé en français, on a aussi mentionné que le Réseau est moins engagé dans le secteur des services communautaires. Ces derniers, qui offrent une panoplie de services pour les résidents, sont souvent, selon les gestionnaires, « *la porte d'entrée* » (RO-15) permettant l'accès aux services sociaux et de santé en français aux résidents francophones : « *À cette porte-là, tu cherches un service, ben c'est là qu'on va t'orienter* » (RO-15). Ce manque d'engagement est noté par une gestionnaire de services communautaires : « *c'est un peu le reproche ou les constats que je fais avec le Réseau, c'est qu'ils sont moins impliqués dans l'intervention communautaire alors que c'est là que ça commence aussi* » (RO-20).

Améliorations à l'intégration des services aux personnes âgées en général

Les améliorations à l'intégration des services sociaux et de santé aux personnes âgées en général proposées par nos participants relèvent de la structure politique et réglementaire et de la structure organisationnelle. Nous les présentons brièvement ici.

Sommaire. Les améliorations à l'intégration des services en général

AU NIVEAU POLITIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

- Un guichet unique
- Un dossier des usagers partageable entre les secteurs sociaux et de santé

AU NIVEAU ORGANISATIONNEL

- La présence d'un coordonnateur de soins interorganismes
- Plus de centres de santé avec équipes multidisciplinaires.

Améliorations au niveau politique et réglementaire

Les améliorations à l'intégration au niveau politique et réglementaire suggérées par les participants sont : un guichet unique et un dossier des usagers partageable entre les secteurs sociaux et de santé.

Un guichet unique

Plusieurs gestionnaires ont souligné le besoin d'un guichet unique d'accès aux services sociaux et de santé, pour ainsi réduire le nombre de contacts que la personne âgée ou le proche aidant ferait pour recevoir des services. Dans l'Est ontarien, un gestionnaire de services gériatriques indique que la faisabilité de ce genre de guichet unique est étudiée présentement par le RLISS. Il en va de même avec le Centre d'accès Saint-Boniface au Manitoba.

Un dossier des usagers partageable entre les secteurs sociaux et de santé

Plusieurs gestionnaires et intervenants ont évoqué le besoin d'un dossier d'utilisateur informatisé partageable entre les secteurs sociaux et de santé. Ils sont d'avis qu'un tel dossier fournirait un portrait individualisé de tous les services que la personne âgée reçoit, un portrait qui pourrait, par exemple, déclencher des communications lors de l'entrée et du congé d'hôpital de la personne âgée, afin d'assurer que les services sociaux et de santé communautaires auprès de cette personne cessent et reprennent en temps opportun.

Tel que décrit dans la section sur les barrières, quelques participants ont souligné qu'un obstacle au partage de l'information découlant d'un dossier partageable serait la protection des renseignements personnels. Une gestionnaire reconnaît cette barrière, mais explique qu'elle doit souvent éclaircir les conceptions erronées qu'ont les intervenants au sujet de la protection des renseignements personnels des personnes âgées et leur capacité de partage selon le champ d'application de la législation. Une approche éducative à cet égard serait donc nécessaire lors de l'actualisation de mécanismes de partage de dossiers.

Améliorations au niveau organisationnel

Les améliorations à l'intégration au niveau organisationnel suggérées par les participants sont : la présence d'un coordonnateur de soins interorganismes et plus de centres de santé avec équipes multidisciplinaires.

La présence d'un coordonnateur de soins interorganismes

Certains proches aidants et gestionnaires ont évoqué le besoin d'une meilleure coordination des agences lors de la prestation de services sociaux et de santé à une personne âgée. Selon ces participants, cette coordination pourrait être réalisée par des coordonnateurs de soins ayant comme mandat de faire le lien entre les organismes, afin de parvenir à une meilleure intégration des soins et services auprès de la personne âgée. L'établissement d'un consensus à propos de l'amplitude du rôle d'un tel coordonnateur de soins interorganismes serait, selon les gestionnaires, une composante importante à ce changement.

Plus de centres de santé avec équipes multidisciplinaires

Au Manitoba, les participants conviennent que le modèle de service du centre de santé communautaire bilingue, où travaille une équipe de soins interdisciplinaire et bilingue, facilite l'intégration des services, d'autant plus qu'il est situé dans un centre d'accès regroupant plusieurs agences gouvernementales. Toutefois, personnes âgées, proches aidants et intervenants s'entendent pour dire que ce centre à lui seul ne peut répondre aux besoins de tous les francophones en milieu urbain. Il est donc suggéré qu'un plus grand nombre de tels centres de santé soient mis sur pied.

Améliorations à l'intégration des services francophones en tenant compte de la variable linguistique

Les participants gestionnaires, intervenants, aînés et proches aidants de tous les milieux confondus ont suggéré des améliorations que nous regroupons selon le niveau de structure duquel elles relèvent : la structure symbolique, la structure politique et réglementaire, la structure organisationnelle, les communautés et les intervenants.

Sommaire. Les améliorations à l'intégration des services en français

AU NIVEAU DE LA STRUCTURE SYMBOLIQUE

- Faire de l'accessibilité linguistique une priorité au niveau du système de santé
- Obtenir l'appui des universités qui étudient les bonnes pratiques

AU NIVEAU DE LA STRUCTURE POLITIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

- Créer une autorité ayant le mandat de rassembler les acteurs francophones
- Appuyer les entités de planification
- Développer davantage de politiques et d'ententes formelles
- Ajouter la variable linguistique à la carte santé provinciale

AU NIVEAU DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

- Favoriser davantage de concertation entre les organismes offrant les services en français
- Répertorier les services en français et les intervenants bilingues

AU NIVEAU DES COMMUNAUTÉS

- Consulter les personnes âgées francophones
- Les intervenants et gestionnaires : continuer à être des champions pour la cause francophone
- Améliorer la connaissance des services disponibles en français pour les personnes âgées et leurs proches aidants

AU NIVEAU DES INTERVENANTS

- La sensibilisation à l'offre active
- Miser davantage sur la formation d'intervenants bilingues et leur recrutement

Au niveau de la structure symbolique

Les améliorations au niveau de la structure symbolique suggérées par les participants sont : faire de l'accessibilité linguistique une priorité au niveau du système de santé et obtenir l'appui des universités qui étudient les bonnes pratiques.

Faire de l'accessibilité linguistique une priorité au niveau du système de santé

Dans le continuum des services au Manitoba, tel que décrit dans la section sur les barrières, le système de santé ne semble pas reconnaître le lien entre l'accessibilité linguistique et l'offre de service de qualité et sécuritaire. Selon un gestionnaire dans une agence gouvernementale : « *Je pense aussi que c'est... il y a juste un petit groupe de personnes qui pensent que vraiment, c'est [la question de la langue] quelque chose qu'ils trouvent que c'est important, puis le système est vraiment grand* » (W-4).

Obtenir l'appui des universités qui étudient les bonnes pratiques

Autant au Manitoba qu'en Ontario, un arrimage entre les organismes terrain et les chercheurs est souhaité, pour que ces deux champs d'acteurs se nourrissent mutuellement. Un gestionnaire explique que pour les organismes, l'appui de données probantes portant sur les besoins de la communauté francophone vieillissante et les meilleures pratiques d'accès et d'intégration est essentiel, sinon impératif, pour bonifier leurs demandes de fonds.

Au niveau de la structure politique et réglementaire

Les améliorations au niveau de la structure politique et réglementaire suggérées par les participants sont : créer une autorité ayant le mandat de rassembler les acteurs francophones, appuyer les entités de planification, développer davantage de politiques et d'ententes formelles, et ajouter la variable linguistique à la carte santé provinciale.

Créer une autorité ayant le mandat de rassembler les acteurs francophones

L'importance d'une autorité pour rassembler les acteurs francophones afin d'actualiser une trajectoire d'amélioration, voire d'intégration, des services sociaux et de santé en français est primordiale, rapporte un gestionnaire : « *Il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui ait le leadership à amener toutes ces personnes-là autour de la table puis à les amener vers des objectifs* » (RO-16), car, comme rapporté dans la section des barrières, ce leadership n'existe pas présentement dans l'Est ontarien. Ce gestionnaire suggère que le Réseau pourrait jouer ce rôle.

Appuyer les entités de planification

Dans l'Est ontarien, on fait mention de l'importance de « *continuer à appuyer le Réseau dans ses initiatives* » (RO-27, gestionnaire), et de valoriser la participation du Réseau en tant qu'entité de planification lors des comités et des tables de concertation. On souhaite également que le Réseau s'engage davantage auprès des services communautaires. Dans cette veine, un gestionnaire des services communautaires indique qu'il a investi des efforts pour intervenir auprès du Réseau afin de les inviter à se pencher sur la question de l'offre de services communautaires en français.

Développer davantage de politiques et d'ententes formelles

Selon un gestionnaire de services communautaires francophone dans l'Est ontarien urbain, une politique qui irait au-delà du financement et de la protection des services en français serait bénéfique. Cette politique pourrait proposer un jumelage intentionnel entre la personne âgée francophone et le service francophone requis : « *Une politique (...) que le RLISS mandate, comme dans une perspective francophone, quand un francophone reçoit des services à domicile, est-ce qu'il est jumelé aussi avec un organisme francophone ?* » (RO-20).



Étant donné le roulement des ressources humaines dans le domaine de la santé, les gestionnaires au Manitoba constatent que de se fier à des ententes informelles plutôt que formelles peut mettre à risque le maintien des ponts établis et des pratiques qui favorisent la collaboration et la continuité des services en français. Par contre, ces ententes formelles existantes ou potentielles doivent être maintenues et nourries afin que les relations positives entre agences persistent.

Ajouter la variable linguistique à la carte santé provinciale

Il a été suggéré par un gestionnaire au Manitoba que l'ajout de la variable linguistique à la carte santé provinciale, tel qu'il se fait à l'Île-du-Prince-Édouard, faciliterait l'identification des personnes francophones : « À chaque fois que tu vas à l'hôpital, quand il entre ton information, ça dit ta langue » (W-2). Ainsi, peu importe où la personne se présente pour un service social ou de santé, la langue d'usage est établie. Cela augmenterait l'accessibilité linguistique dans le continuum des soins.

Au niveau de la structure organisationnelle

Les améliorations au niveau de la structure organisationnelle suggérées par les participants sont de favoriser davantage de concertation entre les organismes offrant les services sociaux et de santé en français et de répertorier les services en français et les intervenants bilingues.

Favoriser davantage de concertation entre les organismes offrant les services en français

Dans l'Est ontarien comme au Manitoba, on suggère que les organismes francophones des secteurs sociaux et de santé se réunissent pour développer une concertation entre leurs services, qui serait, selon un gestionnaire, « une nouvelle façon de travailler ensemble » (RO-15) afin de « coordonner en autant que possible la dimension linguistique de ces services en français » (W-1, gestionnaire) pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées francophones, ainsi que de leurs proches aidants. Cela pourrait se faire en créant une « structure francophone » (RO-15) de services sociaux et de santé, qui ne serait pas une structure politique, mais une structure qui, selon les gestionnaires, faciliterait le partage d'information, bonifierait les demandes de financement et éclairerait la façon de travailler ensemble afin de favoriser une meilleure offre de services en français. Comme le dit une intervenante du Manitoba :

Je pense que des fois collaborer, ça fait un peu peur parce que les gens pensent que ça va donner plus d'ouvrage, mais qu'est-ce que ça veut dire vraiment, c'est que chacun va mettre sa petite goutte. Ce n'est pas plus de travail, c'est avoir plus de gens qui mettent ce qu'ils peuvent, au lieu d'essayer de le faire tout seul. (W-9)

Outre les mécanismes formels comme les comités et tables de concertation, on suggère de créer des occasions d'échanges de connaissances, informels mais plus ciblés, entre organismes qui offrent des services aux personnes âgées francophones. En plus de bénéfiques tels le réseautage professionnel et intellectuel, ces échanges pourraient, selon un gestionnaire, aider les organismes à « *faire grandir la capacité francophone, mieux exprimer ce qu'on fait avec les francophones* » (RO-20).

Répertorier les services en français et les intervenants bilingues

Afin d'améliorer la coordination des services en français, les participants suggèrent que les services disponibles en français ainsi que les intervenants des services sociaux et de santé bilingues soient répertoriés et que ces répertoires soient diffusés auprès des intervenants des services sociaux et de santé.

Au niveau des communautés

Les améliorations suggérées au niveau des communautés sont : consulter les personnes âgées francophones, que les intervenants et gestionnaires continuent à être des champions pour la cause francophone, et améliorer la connaissance des services disponibles en français pour les personnes âgées et leurs proches aidants.

Consulter les personnes âgées francophones

Les gestionnaires ainsi que les personnes âgées ont souligné le besoin d'avoir plus d'occasions de favoriser la participation des personnes âgées qui utilisent leurs services dans la planification de ces services, afin qu'ils répondent mieux à leurs besoins.

Les intervenants et gestionnaires francophones : continuer à être des champions pour la cause francophone

Les participants ont précisé qu'il revient à tout intervenant ou gestionnaire francophone de veiller à ce que la question des services aux francophones ne soit pas mise de côté lors des comités et tables de concertation, comme l'exprime ce gestionnaire : « *il faut, comme francophones autour des tables, continuer à être champions pour la cause francophone. Il faut qu'elle soit à la table constamment* » (RO-27). La responsabilité ne peut reposer que sur les épaules du chef de file.

Améliorer la connaissance des services disponibles en français pour les personnes âgées et leurs proches aidants

Il serait judicieux d'augmenter la visibilité des services disponibles en français, soit par un site Web d'aiguillage vers les services en français, par un navigateur/des outils de navigation ou encore par un guichet unique bien connu. Cela pourrait améliorer la connaissance des services disponibles, tant par la clientèle que par les intervenants qui ont à aiguiller la personne âgée. La coordination ne peut qu'avoir lieu entre intervenants, agences et établissements qui se connaissent.

Au niveau des intervenants

Les participants ont fait mention d'améliorations aux services en français au niveau des intervenants, en proposant de rehausser la sensibilisation à l'offre active, ainsi que de miser davantage sur la formation d'intervenants bilingues et leur recrutement dans les établissements qui soutiennent les aînés francophones.



La sensibilisation à l'offre active

Une meilleure sensibilisation des intervenants à l'importance de l'offre active lors de la trajectoire de soins et services est recommandée par les participants. Cette démarche doit tenir compte des éléments suivants : l'importance d'identifier les usagers francophones et de communiquer en français, l'utilisation d'outils d'évaluation en français, la documentation qui explique les conditions, les soins et les ressources en français, l'importance de la langue lors des aiguillages, et en particulier, l'importance de sensibiliser les collègues anglophones aux incidences des barrières linguistiques. À cet égard, un questionnaire indique qu'une sensibilisation des intervenants et des gestionnaires anglophones au sujet de la question linguistique est essentielle, car ces personnes deviennent nos meilleurs revendicateurs :

C'est d'amener la discussion, pas juste aux francophones qui savent qu'est-ce qui a besoin d'être fait, mais c'est de continuer à amener la discussion à ceux qui ont aussi une responsabilité, mais qui voient pas comme si ils ont une responsabilité. C'est de continuer à avancer cette discussion-là de manière pour que ça devienne juste « the way it is. » (W-4)

Miser davantage sur la formation d'intervenants bilingues et leur recrutement

Afin de combler la pénurie d'intervenants bilingues, spécifiquement celle qui s'adresse à la clientèle aînée, il est essentiel de maintenir les programmes de formation professionnelle en français en milieu minoritaire. Quelques proches aidantes soulignent que les besoins des personnes en perte d'autonomie (respect, dignité, problématiques de santé spécifiques, démence, déficiences sensorielles, comment vivre avec le deuil et la perte d'autonomie) et la façon d'intervenir auprès de ces personnes devraient être intégrés à la formation. Par ailleurs, certains participants ont suggéré de développer une campagne de promotion des carrières en gérontologie et des programmes de formation en français auprès des jeunes francophones. Les gestionnaires proposent de développer une stratégie de recrutement innovante spécifiquement pour le personnel bilingue et de formaliser le processus d'embauche pour tenir compte des compétences linguistiques. Ces moyens pourraient ainsi augmenter le nombre de personnel bilingue en milieu minoritaire.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude avait comme objectif d'explorer l'organisation des services sociaux et de santé pour les personnes âgées francophones vivant en contexte minoritaire dans deux régions canadiennes. Les questions de recherche portaient sur les mécanismes formels et informels qui intègrent la variable linguistique et favorisent la mise en réseau des services destinés aux aînés francophones en situation minoritaire. Par l'entremise d'entretiens individuels et de groupe, des aînés, des proches aidants, des intervenants et des gestionnaires ont eu l'occasion de partager leur expérience personnelle ou professionnelle se rapportant à la navigation dans le continuum de services sociaux et de santé en français. Plusieurs pratiques et mécanismes favorisant la collaboration entre intervenants et services bilingues ont été soulignés. En utilisant le *Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les francophones en situation minoritaire* (Savard et coll., 2017), les facteurs favorables et les barrières à la continuité des services dans la langue minoritaire ont été cernés. Nous aborderons dans cette section les nouvelles connaissances acquises au cours de cette étude et certains constats qui nous paraissent de première importance. Nous présenterons ensuite des recommandations visant à améliorer la continuité des services dans la langue officielle de la minorité.

Nouvelles connaissances émergent de cette étude

Cette recherche nous a permis de capter des connaissances terrain implicites et non documentées portant sur la continuité des services sociaux et de santé en français pour les personnes âgées. Nous étions à la recherche de pratiques de coordination assurant une continuité linguistique des services, mais nous avons rapidement constaté lors des entretiens que les participants nous ont plus souvent parlé des défis d'accès aux services en français que d'intégration. Ceci pourrait découler du contexte d'un système de services sociaux et de santé fragmenté auquel s'ajoute un manque de mécanismes de continuité de services en français à l'intérieur de ce système. Cela pourrait aussi être associé à la difficulté d'atteindre l'intégration, dans son sens plus complet (Couturier et coll., 2013) en contexte de population minoritaire à faible densité.

On pourrait alors plutôt parler de *continuité* des services sociaux et de santé en français. La notion de continuité est une dimension de l'intégration (Kodner, 2009). Elle relève de l'expérience de la personne et de ses proches aidants lors de leur trajectoire de soins et services (Haggerty et coll., 2003). Le degré de continuité peut varier selon la cohérence et l'interconnexion des services visant la situation médico-sociale et personnelle de l'utilisateur (Haggerty et coll., 2003 ; Kodner, 2009). Puisqu'elle se situe au niveau de la trajectoire de services, soit au niveau de la relation entre l'intervenant et la personne âgée et ses proches aidants, elle peut être co-construite et évoluer entre ces derniers (Parker, Corden et Heaton, 2011). De plus, selon Freeman et collègues (2007), il est possible d'agir sur trois types de continuité : la continuité au niveau de la gestion, la continuité de l'information entre les organismes, les intervenants, la personne et ses proches aidants, ainsi que la continuité au niveau relationnel, c'est-à-dire la relation entre la personne et les intervenants. La continuité de services en français pourrait alors résulter de réseautages informels et formels entre les divers acteurs francophones évoluant dans ces systèmes.

En tenant en compte des différents acteurs qui ont une influence sur la trajectoire des services, soit l'utilisateur et ses proches aidants, les intervenants et les gestionnaires de services sociaux et de santé dans les deux régions de l'étude, nous constatons que plusieurs d'entre eux adoptent des comportements et des pratiques informelles pour favoriser la continuité des services en français. Citons par exemple l'utilisation de répertoires d'intervenants et de services bilingues, le réseautage entre intervenants bilingues, l'offre active de services en français et un engagement sincère des intervenants bilingues à offrir aux personnes qui le souhaitent le plus de services possible dans leur langue. Les participants constatent qu'il existe plusieurs services en français et plusieurs agences désignées bilingues ou qui offrent des services en français. De façon générale, ces organismes se connaissent et sont ouverts à travailler ensemble dans la mesure du possible.

L'organisation des services offerts par des équipes multidisciplinaires, ainsi que de nouvelles initiatives qui visent davantage l'appui au niveau communautaire, semblent favoriser la continuité selon la variable linguistique. Pour les personnes âgées francophones de Saint-Boniface, au Manitoba, la prise en charge d'un aîné par un gestionnaire de cas bilingue du service de soins à domicile contribue également à l'intégration des soins, car une meilleure communication se fait entre les services participant aux soins de cet aîné. Ces exemples de coordination de services pour certaines populations vulnérables illustrent qu'avec la volonté des acteurs clés, une meilleure intégration des services centrés sur la personne est envisageable. Toutefois, la continuité des services en français demeure un défi important en absence de services spécialisés disponibles en français.

Les participants ont su distinguer parmi les structures qui soutiennent l'aîné, ses proches aidants et les intervenants dans la trajectoire de soins, plusieurs niveaux d'influence sur l'intégration des services. De prime abord, la structure organisationnelle est reconnue comme un agent essentiel dans la mise en place de pratiques, d'outils et de mécanismes favorisant la continuité de services en français. Parmi ce qui favorise l'accessibilité linguistique et la continuité, on rapporte la pratique formalisée de collecte de la variable linguistique, les tables de concertation et les outils communs de communication.

Un autre facteur favorable à la continuité des services en français découle de la vitalité et de l'engagement des membres de la communauté francophone en contexte minoritaire. Les participants ressentent un enthousiasme envers l'innovation et la collaboration de la part de certains gestionnaires pour qui l'offre de services en français aux aînés est importante. Étant donné les contraintes budgétaires et organisationnelles, certains gestionnaires cherchent à s'y prendre autrement pour mieux répondre aux besoins de leur clientèle. Plusieurs constatent également qu'un lien serré s'est tissé entre organismes grâce à la fraternité entre intervenants ou gestionnaires francophones en contexte minoritaire. Étant animés d'une volonté commune d'améliorer les services en français, ces derniers ont développé des liens de confiance qui favorisent la concertation et l'entraide.

Les participants ont toutefois été nombreux à constater que certaines barrières font en sorte qu'une continuité de services sociaux et de santé selon la variable linguistique n'existe pas. De prime abord, en raison de la pénurie de services bilingues, et ce, particulièrement dans les communautés à faible densité de francophones, il est difficile d'avoir accès à des services en français tout au long du continuum. De plus, il est évident que le manque de ressources en traduction génère une pénurie d'outils et de documentation pouvant mieux informer l'aîné des services disponibles en français.

La faible connaissance des services bilingues semble un obstacle important. Les aînés francophones rapportent qu'il est difficile de repérer ces services et d'y avoir recours. En Ontario, la désignation partielle de certains établissements pose un problème particulier, puisque les services qui sont désignés bilingues au sein de ces établissements sont peu connus du public. La présence d'un guichet unique d'accès aux services en français serait bénéfique.

Plusieurs ont également relevé la pénurie d'intervenants bilingues ou l'optimisation insuffisante des ressources humaines bilingues. Même dans les organisations ayant du personnel bilingue, les personnes âgées et leurs aidants indiquent qu'on semble effectuer peu d'offre active dans ces milieux : le personnel n'est pas toujours formé à l'offre active ou il n'est pas spécifiquement affecté aux soins des personnes francophones. À cela s'ajoute une pénurie d'outils d'évaluation en français, d'outils communs de communication et, dans certains cas, d'un répertoire formel intersectoriel des ressources disponibles en français. Sans ces outils, il est difficile d'offrir des services en français tout au long du continuum.

C'est toutefois au niveau macroscopique où il semble y avoir davantage de barrières à l'intégration. Les systèmes de services sociaux et de santé sont complexes, les agences ayant des structures financières et des cultures organisationnelles différentes. Les acteurs des divers organismes n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, et il semble manquer de leadership quant à la mise en œuvre de stratégies favorisant l'offre de services en français sur le continuum.

Au niveau organisationnel, dans la majorité des régions étudiées, il semble qu'il y ait peu de mécanismes ou d'ententes de services formels intersectoriels visant à offrir un service en français sur

un continuum. Au contraire, les participants constatent que la plupart du temps, ce sont des ententes informelles et que celles-ci sont en danger de disparaître en raison du roulement du personnel. Il serait important, selon les participants, que ces pratiques ou réseaux informels soient formalisés pour assurer un meilleur arrimage entre les services.

On constate également un financement précaire au sein des organismes, qui doivent répartir leurs ressources en fonction des plus grands besoins. Dans une situation où la barrière linguistique n'est pas reconnue pour la clientèle francophone, peu de fonds seront accordés à l'offre de services en français.

Au niveau politique et réglementaire, la continuité des services dans la langue officielle de la minorité n'est pas souvent prise en compte : les participants rapportent un financement précaire des services en français de façon générale, et le triage qui se fait selon la géographie plutôt que la langue de service requis. L'absence de mécanismes formels entre les secteurs sociaux et de santé fait en sorte que les services sont fragmentés.

Le principal mécanisme qui favorise l'offre de services en français est la désignation des services ou d'organismes bilingues. Toutefois, cette désignation n'oblige en rien les organismes à collaborer pour offrir les services en français sur un continuum. Par exemple en Ontario, la désignation des établissements ayant l'obligation d'offrir des services en français se fait organisation par organisation. Il ne semble pas y avoir de mécanisme faisant qu'un francophone pourra avoir accès prioritaire à des services désignés. Par exemple, l'accès à l'hôpital francophone n'est pas possible à tous les francophones, lorsque le triage pour l'accès à un service en particulier n'inclut pas la variable linguistique. La question qui se pose est donc de savoir si la désignation pourrait également inclure une composante de collaboration entre organismes désignés bilingues.

Malgré des lois et des politiques de services en langue française dans le domaine des services sociaux et de santé dans les deux régions à l'étude, il n'existe pas de politique pour assurer une continuité de services dans cette langue; c'est un terrain à débroussailler. Quelques participants ont rapporté la collaboration entre l'entité de planification (le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario) et le RLISS dans le soutien aux services en français. Il serait souhaitable que ces derniers s'engagent davantage sur la question de l'intégration des services, en accordant priorité au secteur des services communautaires qui agit souvent comme porte d'entrée pour les usagers.

Enfin, au niveau de la structure symbolique, qui se rapporte tant aux valeurs et croyances qu'aux représentations sociales de la santé et des déterminants de la santé, les participants constatent qu'il existe toujours une méconnaissance de l'effet des barrières linguistiques sur l'accès, la sécurité, la satisfaction et la qualité des soins. Quoique bien documentée pour les populations linguistiques minoritaires à l'international (Bowen, 2015; Schwei et coll., 2016), la situation des francophones en contexte minoritaire au Canada est moins présente dans la littérature scientifique (de Moissac, 2016). Un gestionnaire qui n'est pas conscient des enjeux linguistiques chez la clientèle francophone ne comprendra pas le besoin de développer et de maintenir des mécanismes de coordination entre les services offerts en français. En effet, dans certains cas, les francophones apparaissent comme une communauté invisible, entre autres parce qu'ils sont majoritairement bilingues et souvent dispersés sur un grand territoire. Par contre, nous avons constaté lors d'entretiens avec certains gestionnaires anglophones que l'apport d'exemples concrets, c'est-à-dire de situations difficiles vécues par des personnes âgées francophones, leur a permis de mieux saisir l'importance de la langue pour la sécurité et la qualité des soins. La sensibilisation des gestionnaires, des intervenants à cet égard est essentielle. Par ailleurs, la formation en offre active auprès des gestionnaires anglophones est une stratégie qui se développe peu à peu, comme cet exemple de formation en Ontario³⁰.

30 <http://refletsalveo.ca/formation-en-offre-active/>



Outre ce qui précède, les auteurs ont constaté certaines réalités au cours de cette étude. Nous observons qu'en général, les services sociaux sont mieux intégrés que les services de santé. Serait-ce relié aux dimensions inhérentes aux services sociaux qui facilitent la concertation et la coordination entre l'ainé, sa famille, l'intervenant et la communauté? Cela soulève la question de savoir si des stratégies différentes, similaires à celles utilisées en travail social, devraient être considérées dans le domaine de la santé.

Les auteurs ont également été témoins de l'engagement et de la vitalité de la communauté francophone en contexte minoritaire. Cette communauté fait preuve de beaucoup de richesse, particulièrement quant à l'engagement de certains individus et à sa capacité de réseautage. Ces forces sont des atouts importants qui pourraient agir en tant que moteurs du changement. On reconnaît dans la communauté plusieurs acteurs clés qui se connaissent et savent déjà bien travailler ensemble. La communauté francophone a des structures, elle est organisée : serait-il plausible qu'elle engendre le changement vers une meilleure continuité de soins en français? Il serait important qu'il y ait tout au moins des liens plus forts entre les communautés francophones et les services, et une plus grande présence des associations de personnes âgées francophones dans les organisations de services sociaux et de santé, afin qu'une évolution vers la co-construction de la continuité linguistique puisse voir le jour. De par leur vécu, les personnes âgées francophones et leurs proches aidants pourraient apporter des suggestions fort pertinentes afin d'améliorer l'offre de services en français tout au long du continuum et une meilleure expérience de continuité des services.

Recommandations : Vers des lignes directrices pour une meilleure continuité de services sociaux et de santé en français

Aux pistes d'amélioration de la continuité des services sociaux et de santé proposées par les participants, s'ajoutent des suggestions de la part de l'équipe de recherche et du comité consultatif. Ces recommandations sont également assorties de suggestions de pistes d'action concrètes sur lesquelles les décideurs, gestionnaires, intervenants et membres de la communauté francophone peuvent agir. Ces pistes d'action peuvent être adaptées aux réalités locales. Nous les présentons en commençant par celles qui s'adressent aux intervenants.

Recommandations pour les intervenants francophones, francophiles et anglophones

1. Acquérir les connaissances et les compétences permettant de faire l'offre active.

Pistes d'action suggérées :

- Participer aux formations à l'offre active qui sont offertes, par exemple :
 - La Boîte à outils pour l'offre active est un site Web bilingue qui offre une multitude de ressources et d'outils pédagogiques de qualité et gratuits (vidéos, études de cas et formation en ligne) permettant de mieux comprendre les notions de l'offre active³¹;
 - Ateliers de formation à l'offre active pour les intervenants des milieux désignés bilingues³²;
 - Sensibilisation aux caractéristiques et aux besoins des communautés francophones en situation minoritaire, dans toute leur diversité;
 - Formation et sensibilisation dans les programmes de formation en santé et en service social offerts en français et en anglais de niveau collégial et universitaire;
 - Information sur les outils d'évaluation disponibles en français.
- Mettre en application les principes d'offre active auprès de sa clientèle, en fonction de sa propre capacité linguistique.

2. Contribuer au dynamisme et au sentiment d'appartenance à la communauté francophone chez les intervenants.

Pistes d'action suggérées :

- S'afficher comme francophone ou bilingue;
- Participer aux activités valorisant la culture francophone dans sa communauté et dans son milieu de travail;
- Se former au leadership et appliquer ces compétences dans la promotion des services en français;
- Faire la promotion des carrières en gérontologie et des formations en français auprès des jeunes francophones.

3. Contribuer à la création de liens formels ou informels, et de réseaux de collaboration entre les intervenants francophones et bilingues d'une part, et les ressources pouvant offrir des services en français d'autre part.

Pistes d'action suggérées :

- Participer à ces réseaux, contribuer à leur développement et à leur maintien;
- Partager avec les collègues l'information sur les services en français, leur accessibilité et leurs heures d'ouverture ou de présence francophone;
- Travailler au sein des réseaux à l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services en français;
- Sensibiliser les gestionnaires et l'organisation à l'importance de ces réseaux.

31 <http://www.offreactive.com/>

32 Ateliers en ligne offerts par l'Éducation permanente de l'Université de Moncton : <http://www.umoncton.ca/offreactive/fr/node/18>

Ces trois recommandations proposées visent à la fois à outiller les intervenants francophones, francophiles ou anglophones, afin qu'ils puissent offrir des services sociaux et de santé en français aux personnes âgées francophones, à valoriser l'appartenance à la communauté minoritaire francophone parmi ces intervenants, et à solidifier le réseautage formel et informel afin de faire connaître ces services aux personnes âgées francophones.

Recommandations pour les communautés francophones

1. Rendre plus visible la communauté francophone dans les milieux de services sociaux et de santé en contexte linguistique minoritaire.

Pistes d'action suggérées :

- Désigner des membres de la communauté pour siéger aux conseils d'administration des organisations publiques en santé ou dans les comités d'utilisateurs;
- Offrir d'organiser des activités culturelles en français dans les organismes de services sociaux et de santé, par exemple lors de la Journée de la francophonie;
- Prendre connaissance et partager l'expérience de leurs membres quant aux problèmes d'accès et de continuité des services sociaux et de santé en français, et les souligner auprès des conseils d'administration ou des comités d'utilisateurs des organisations appropriées;
- Organiser une foire ou un salon des services en français et inviter les organismes qui offrent certains services sociaux et de santé en français à y présenter leurs services³³;
- Offrir des prix pour reconnaître le travail des services ou des acteurs francophones dans le réseau de services sociaux et de santé de sa communauté;
- Créer des liens formels entre les réseaux de services sociaux et de santé en français et les associations d'aînés francophones pour mieux connaître leurs besoins en fait de continuité de services.

2. Accroître les liens entre la communauté et les organismes qui offrent des services sociaux et de santé en français afin d'augmenter la visibilité et l'utilisation de ces services par la communauté.

Pistes d'action suggérées :

- Mettre en place des mécanismes d'échange entre les fournisseurs de services et les communautés francophones;
- Rappeler aux organisations d'indiquer les services offerts en français et l'horaire de disponibilité de ces services sur tout document de promotion;
- Inviter les organisations de services à participer à des événements organisés par les communautés francophones (par ex. conférence santé, foire santé);
- Aller rejoindre les communautés francophones dans les lieux où elles se rassemblent (par ex. paroisses, associations, clubs sociaux) pour offrir des activités de promotion des services ou de promotion de la santé.

Les deux recommandations proposées soulignent le rôle important que peuvent jouer les communautés francophones dans l'amélioration de l'intégration des services en français. Comme le souligne le Conference Board of Canada (2012), les initiatives d'intégration des services de santé ne peuvent se faire sans la participation des usagers. De leur côté, Tremblay et coll. (2014, p. 4-5) réitèrent ce point en soulignant l'importance des mécanismes d'échange et d'évaluation ainsi que des partenariats entre les fournisseurs de services et les usagers dans les efforts d'intégration des services. La participation active de la communauté francophone est donc un élément essentiel à tout effort d'amélioration de la continuité des services en français. La création ou le renforcement de liens entre les organismes francophones et les organismes communautaires de services sociaux et de santé pourrait être un pas vers cette amélioration, compte tenu de l'importance des services communautaires en tant que porte d'entrée.

³³ Par exemple, une des initiatives du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario est d'organiser à tous les deux ans un salon de la santé et du mieux-être en français. <http://carrefoursante.ca/fr>

De plus, une meilleure visibilité des services en français est primordiale afin que les aînés francophones et leurs proches aidants puissent être sensibilisés à leur présence et à leur disponibilité. La diffusion des informations au sujet des services doit joindre les personnes âgées francophones et leurs proches aidants non seulement par les réseaux d'information (télé, radio, journaux), mais dans leurs milieux de rassemblement (par ex. paroisses, associations, clubs sociaux) (Pécore-Ugorji, 2016).

Recommandations relatives à la structure organisationnelle

1. Sensibiliser et former les gestionnaires à l'offre active.

Pistes d'action suggérées :

- Former des gestionnaires et des cadres anglophones et francophones à l'offre active;
- Développer des partenariats pour l'élaboration d'ateliers de formation en français et en anglais sur l'offre active qui répondent aux besoins des intervenants du milieu de travail;
- S'informer sur les statistiques sociosanitaires de la communauté francophone du territoire desservi par l'organisme.

2. Aménager les ressources pour faciliter l'offre active.

Pistes d'action suggérées :

- Formaliser le processus d'embauche du personnel pour tenir compte des compétences linguistiques;
- Consulter et implanter les recommandations pour les employés bilingues et les employeurs du Cadre de référence sur le recrutement et la rétention du personnel bilingue (Tremblay, 2015)³⁴;
- Utiliser un outil d'autoévaluation tel que :
 - *L'Outil d'auto-évaluation des ressources organisationnelles et communautaires pour l'offre active et la continuité des services sociaux et de santé* (Savard et coll., 2017)³⁵, ou
 - *A Self-Assessment Tool - Implementation of French Language Services* de Dumont et Doucet-Simard, 2013³⁶
- Rendre accessibles des formations sur l'offre active aux employés;
- Répertorier les intervenants bilingues et les déployer afin d'assurer un accès équitable en français et une continuité de services en français au sein de l'organisation;
- Implanter une politique de jumelage intentionnel entre l'utilisateur francophone et le personnel bilingue ou francophone;
- Avoir des ressources pour le repérage actif des personnes âgées francophones;
- Respecter les standards de pratiques minimaux sur l'interprétariat (voir Healthcare Interpretation Network, 2010).

3. Encourager les gestionnaires et intervenants francophones à continuer à être des champions de la cause francophone au sein des comités et tables de concertation anglophones dont ils sont membres.

Pistes d'action suggérées :

- Offrir des formations sur le leadership aux gestionnaires et intervenants francophones;
- Intégrer des activités favorisant le leadership dans les formations sur l'offre active;

34 Disponible en ligne au <https://santefrancais.ca/cadre-de-reference-pour-le-recrutement-et-la-retention-des-ressources-humaines-bilingue-en-sante-cadre-rh/>

35 *L'Outil d'auto-évaluation des ressources organisationnelles et communautaires pour l'offre active et la continuité des services sociaux et de santé*, disponible au http://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/outil_autoevaluation.pdf

36 « A Self-Assessment Tool - Implementation of French Language Services », publié en pages 135-138, dans Dumont et Doucet-Simard (2013), *Trousse sur les services en français*. Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Érié-St. Clair et du Sud-Ouest de l'Ontario, p. 179. Disponible au <http://www.southwestlhinc.on.ca/goalsandachievements/Programs/FLS.aspx>

- Reconnaître l'importance des réseaux formels et informels qui facilitent l'échange d'information entre organismes et les mécanismes d'aiguillage interétablissements pour favoriser la continuité des services en français;
 - Soutenir les gestionnaires et intervenants qui participent aux activités de ces réseaux.
4. Formaliser des processus de liaison et de coordination des services sociaux et de santé en français qui favorisent la continuité des services entre les organismes.

Pistes d'action suggérées :

- Répertorier les services en français;
- Développer des ententes formelles pour l'aiguillage de la clientèle francophone vers les services disponibles en français;
- Systématiser l'accès à l'information sur les préférences linguistiques dans les formulaires d'aiguillage interorganismes;
- Favoriser l'utilisation d'un navigateur³⁷ de services sociaux et de santé en français.

C'est à ce niveau qu'il y a le plus de recommandations d'amélioration pour favoriser la continuité linguistique, car la structure organisationnelle joue un rôle essentiel quant à la quantité, au volume et à la distribution des ressources humaines, physiques et financières affectées aux services sociaux et de santé. De plus, la culture organisationnelle et le leadership peuvent influencer de façon significative sur la mise en place de services en français (Bouchard, Savard, Savard, Vézina et Drolet, 2017). Bien qu'il convienne de reconnaître l'influence des politiques, règlements et directives (découlant de la structure politique et réglementaire) sur la structure organisationnelle, il existe divers espaces dans la structure organisationnelle permettant aux gestionnaires de répartir les ressources qui leur sont attribuées et dont ils ont la gestion. Les quatre recommandations proposent des champs d'action concrets à la portée des gestionnaires.

De prime abord, la sensibilisation des gestionnaires à l'importance de l'offre active et de la continuité des services en français est primordiale pour les organismes qui ne sont pas désignés et qui offrent des services aux personnes âgées francophones. À cette sensibilisation, s'ajoute alors l'aménagement des ressources pour faciliter l'offre active qui peut se faire de diverses façons. Il existe des outils concrets (de Moissac et coll., 2014; Savard et coll., 2017; Tremblay, 2015) pouvant servir à guider les gestionnaires dans leur réflexion sur cet aménagement. Les formations en ligne gratuites sur l'offre active³⁸, et ce, dans les deux langues officielles, peuvent être mises à la disposition des employés. Le fait de compter sur des répertoires à jour d'intervenants bilingues et de les déployer de façon intentionnelle (par ex. par une politique de jumelage intentionnel entre la clientèle âgée francophone et le personnel bilingue ou francophone) permettrait l'offre et la coordination de services en français sur une base plus régulière au sein de l'organisation. Cela éviterait la dispersion des rares ressources francophones ou bilingues.

Le repérage actif des personnes âgées francophones est essentiel afin de dépister les besoins émergents de cette population souvent dispersée, et de planifier les services et les ressources dont ils ont besoin. Ce repérage peut se faire selon les approches soulignées par les répondants, soit par des présentations dans les lieux où vivent et où se réunissent les aînés francophones. Par contre, une approche plus individuelle serait nécessaire dans certains milieux à plus faible densité de francophones, ou bien en milieu rural, vu l'importance du respect de la vie privée, comme le souligne Contant (2014, p. 13). Dans ces milieux, le contact « un à un » serait l'approche à privilégier pour créer des liens de confiance et favoriser l'acceptation de services. Ce repérage des aînés francophones pourrait être plus automatisé si la variable linguistique des usagers était intégrée à la carte santé, comme c'est le cas présentement à l'Île-du-Prince-Édouard³⁹. Cette stratégie innovante permettrait de systématiquement repérer les francophones et de planifier des services selon leur distribution et leurs besoins. Des discussions à cet égard naissent dans plusieurs provinces où vivent des francophones en situation minoritaire. C'est donc un dossier à suivre.

37 Un navigateur est une personne ou une équipe formée au soutien de l'utilisateur et son proche aidant lors de leur accès aux services sociaux et de santé, qui aide l'utilisateur et son proche à surmonter les obstacles à l'accès aux services et qui facilite la continuité des soins et services auprès de ces derniers (Valaitis et coll., 2017).

38 <http://www.offreactive.com/>

39 <http://www.lavoixacadienne.com/index.php/actualites/1201-chaque-citoyen-de-l-ile-recevra-une-carte-sante-bilingue>

Certaines régions sociosanitaires du Canada ont développé des politiques sur l'interprétariat (Winnipeg Regional Health Authority, s.d.; Silversides et Laupacis, 2013), tandis que dans les régions où les francophones sont à faible densité, les services d'accompagnement et d'interprétariat communautaires ou à distance (via télémédecine) sont plus couramment utilisés (Accueil francophone de Thunder Bay, s.d.; Canadian Volunteers United in Action, s.d.). En fait d'interprétariat, des standards de pratiques minimaux ont été établis et sont fortement recommandés : 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 usagers et les intervenants; et 5) une méthode de collecte de données permettant d'évaluer le service (Bowen, 2004; Healthcare Interpretation Network, 2007; 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 qui assure une communication fidèle, sécuritaire et complète.

Quoique le processus d'intégration des services sociaux et de santé en français puisse varier selon les besoins de chaque région, ces services doivent être bien répertoriés et accessibles. Des ententes formelles doivent exister pour assurer la continuité vers les services disponibles en français, et la documentation systématique des préférences linguistiques dans les formulaires d'aiguillage doit être prévue. De plus, il y aurait lieu d'explorer l'utilisation de navigateurs de services sociaux et de santé en français : cette personne, qui connaît tous les services en français, pourrait aider les personnes âgées et leurs proches aidants à savoir où s'adresser pour les obtenir. Le rôle de navigateur est de plus en plus reconnu et validé comme un élément important de continuité pour les personnes âgées et leurs proches aidants (Manderson, McMurray, Piraino et Stolee, 2012; The Change Foundation, 2012; Drolet et coll., 2015). Shommu et coll. (2016) et Natale-Pereira, Enard, Nevarez et Jones (2011) soulignent l'apport des navigateurs à l'amélioration de l'accès et de la qualité des services pour les communautés linguistiques en situation minoritaire. Vu la panoplie de modèles de navigation et certains projets pilotes de navigation en santé en français en Ontario, Prud'homme et coll. (2016, page 19) accordent priorité à la standardisation de la navigation et au soutien d'un réseau de navigateurs francophones dans les services de santé. À cela, nous ajouterions « dans les services sociaux et de santé », afin que les transitions entre ces secteurs puissent se faire de façon plus concertée et continue.

Recommandations relatives à la structure politique et réglementaire

1. Intégrer le concept d'offre active aux lois et politiques qui encadrent les services sociaux et de santé en français dans les provinces et territoires au Canada.
2. Implanter des politiques qui prennent en compte la variable linguistique dans l'organisation des services sociaux et de santé.

Pistes d'action suggérées :

- Inclure les données linguistiques à la carte santé;
- Favoriser une gouvernance francophone des services en français :
 - Confier à une structure le mandat de la concertation entre les services en français.
- Intégrer des normes de compétences linguistiques et culturelles dans les normes d'agrément des établissements;
- Exiger que les tierces parties qui se voient déléguées la responsabilité de services sociaux et de santé par les autorités provinciales ou régionales respectent les mêmes normes et standards d'offre active que les organismes gouvernementaux;
- Considérer le facteur linguistique lors des triages et éliminer les barrières liées aux triages géographiques :
 - Développer des procédures d'exception et de collaboration entre deux organisations opérant sur des territoires voisins.

- Faciliter l'implantation de mesures qui accordent priorité à l'accès aux francophones dans les organismes francophones et bilingues;
- Inciter les ordres professionnels à documenter les compétences linguistiques de leurs membres;
- Créer des incitatifs qui soutiennent les organismes souhaitant améliorer leurs services en français :
 - Financer la formation sur l'offre active;
 - Financer la formation visant à améliorer ou à maintenir la compétence linguistique en français et en anglais pour les intervenants⁴⁰;
 - Lier certains éléments de financement des services sociaux et de santé à des objectifs d'amélioration des services en français et effectuer des vérifications de l'atteinte de ces objectifs.
- Assurer un suivi concret et précis de la mise en œuvre et de l'actualisation de la désignation des établissements bilingues;
- Intégrer dans les mécanismes de désignation des éléments qui favorisent la collaboration entre organismes désignés afin d'améliorer la continuité des services en français.

Les deux recommandations proposées mettent en valeur l'offre active et son encadrement dans les lois et politiques de services sociaux et de santé en français partout au pays. De plus, un suivi de l'application de ces lois ou politiques serait nécessaire, car, comme le souligne le Commissaire aux services en français de l'Ontario (2016), de nombreuses recherches indiquent que l'offre active est peu connue, en dépit des intentions et cadres juridiques à cet effet.

L'implantation de ces politiques dans l'organisation des services peut se faire de diverses façons. Tenons pour exemple le projet pilote de collecte de l'identité linguistique des usagers francophones qui a été mené par les Réseaux des services de santé en français de l'Est et du Sud-Ouest de l'Ontario. Ce projet est un exemple d'appui au processus d'amélioration de la distribution des ressources de santé selon les besoins des populations francophones⁴¹. Dans certains cas, la mise en œuvre de ces recommandations pourrait engendrer une acquisition de nouvelles compétences organisationnelles en matière d'offre active (Commissariat aux services en français, 2016).

Par ailleurs, la gouvernance francophone des services sociaux et de santé en français voit de plus en plus le jour (par ex. le Carrefour Santé d'Orléans⁴² dans l'Est ontarien et le Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara dans le sud de l'Ontario⁴³) et semble l'élément le plus favorable à cette continuité et à cette coordination des services en français. Au Manitoba, Accès-Access Saint-Boniface Centre, qui a vu le jour au printemps 2016 et qui regroupe sous un même toit des services sociaux et de santé bilingues⁴⁴, semble une structure prometteuse de continuité de services pour les francophones aînés de cette région.

Un mécanisme favorable à l'accès à des services en français serait l'élaboration de normes de compétences linguistiques et culturelles pour l'agrément des établissements de santé et de services sociaux. Récemment, l'Organisation des normes en santé et la Société Santé en français ont annoncé leur collaboration à la création du « Programme de reconnaissance des compétences organisationnelles et des Normes de communication en situation de langue minoritaire »⁴⁵.

40 Par exemple, Dumont et Doucet-Simard (2013, p.179) font mention de l'offre d'un Programme de formation linguistique par le RLISS du Sud de l'Ontario qui est subventionné par le Bureau des services en français du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et coordonné par l'Accueil francophone de Thunder Bay.

41 <http://rssfe.on.ca/nos-priorites/collaborer-aux-solutions/initiatives-en-cours/>

42 <https://hopitalmontfort.com/fr/carrefour-sante-dorleans>

43 <http://www.cschn.ca/>

44 <https://centredesante.mb.ca/5-choses-que-vous-devez-savoir-sur-notre-nouvel-emplacement-acces-access-saint-boniface-2/>

45 <https://healthstandards.org/fr/nouvelles/hso-et-sf-conception-conjointe/>

Même en présence de directives provinciales instaurant des mécanismes de triage géographique, des gestionnaires régionaux pourraient décider de mettre en place des procédures d'exception et de collaboration entre deux organisations opérant sur des territoires voisins, dans le but de favoriser l'accès à des services en français. Également, en situation de liste d'attente des mesures pourraient être mises en œuvre pour réserver un certain nombre de places aux francophones dans les organismes qui offrent des services en français, afin d'assurer que les ressources bilingues soient optimisées pour améliorer l'accès des francophones aux services en français.

Des incitatifs financiers pourraient être mis en place pour soutenir les organismes souhaitant améliorer leurs services en français en liant ce financement à des objectifs concrets d'amélioration.

Quant à la désignation, elle pourrait être soutenue par des mécanismes concrets et précis de suivi et d'actualisation. Par exemple, un certain accompagnement est effectué par les entités de planification des services de santé en français en Ontario (voir entre autres le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario⁴⁶).

Recommandations touchant la structure symbolique (valeurs)

1. Miser sur les valeurs existantes (sécurité du patient, services centrés sur la personne, qualité des soins, accès universel) actuellement véhiculées dans les organismes de services sociaux et de santé pour favoriser l'accès à des services en français.

Pistes d'action suggérées :

- Documenter et diffuser le lien entre la satisfaction, la sécurité et la qualité des soins d'une part, et la variable linguistique d'autre part, auprès des décideurs et du public;
- Sensibiliser les décideurs aux conséquences des barrières linguistiques sur l'accès aux services, entre autres aux services préventifs;
- Sensibiliser les décideurs aux éléments linguistiques qui sont favorables à la sécurité des patients.

2. Valoriser la participation des personnes âgées francophones dans la recherche de solutions visant l'amélioration de la continuité des services sociaux et de santé qui leur sont destinés.

Pistes d'action suggérées :

- Rechercher activement la contribution des francophones lors des consultations populaires sur les services sociaux et de santé :
 - Tenir des consultations dans les deux langues officielles séparément;
 - Annoncer simultanément ces consultations dans les deux langues officielles, dans les médias francophones et anglophones;
 - Structurer les rapports sur les consultations pour qu'ils reflètent les priorités et les besoins respectifs des deux communautés de langue officielle.
- Promouvoir l'approche collaborative en recherche
 - Inclure des membres de la communauté francophone, des milieux de pratique et des instances de leadership francophone au sein des comités consultatifs de projets de recherche.

⁴⁶ <http://rssfe.on.ca/nos-priorites/appuyer-la-designation/>



Nous présentons deux recommandations afin que l'accessibilité linguistique devienne une priorité au sein des systèmes de services sociaux et de santé, et soit renforcée auprès des décideurs. Dans un premier temps, nous suggérons des éléments de sensibilisation et de diffusion auprès des décideurs, incluant le lien entre la sécurité des soins et la variable linguistique (Bowen, 2015).

Dans un deuxième temps, nous recommandons la valorisation de la participation des personnes âgées francophones dans les consultations et projets de recherche touchant l'amélioration et la continuité des services en français. Pour assurer cette participation, il importe de trouver les bons moyens d'informer adéquatement la communauté francophone de ces occasions de participation. En effet, des représentants de la Fédération des aînés et des retraités francophones de l'Ontario (FARFO) régionale d'Ottawa, nous ont rapporté que souvent, les consultations se font en anglais en premier. Les francophones, si présents, ne savent pas que les consultations en français se feront à un autre moment. Dans ces occasions, les points de vue de la communauté francophone sont amalgamés aux besoins de tous les participants et les besoins spécifiques des francophones ne sont pas mis en évidence.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude révèle des enjeux importants quant à l'accès et à la continuité des services sociaux et de santé en français pour les aînés francophones vivant en contexte linguistique minoritaire. La difficulté de jumeler les intervenants bilingues et les personnes qui souhaitent un service en français est particulièrement évidente dans les régions à faible densité de francophones ; conséquemment, le recours aux services en français tout au long du continuum est faible. Afin d'établir et de maintenir des interactions productives et coordonnées en français entre les usagers, caractérisés comme une minorité invisible, et l'ensemble des intervenants des services sociaux et de santé auxquels ces personnes ont recours, l'offre active doit être pratique courante. Certains mécanismes et outils de communication existent. De plus, l'enthousiasme d'être innovants dans les façons de collaborer avec des organismes avec qui des liens historiques serrés ont été tissés est également palpable. Toutefois, des barrières importantes sont à surmonter : des systèmes de services sociaux et de santé complexes, peu de ressources attribuées aux services dans la langue officielle en situation minoritaire, une pénurie ou une optimisation insuffisante des ressources humaines bilingues, de services bilingues et d'outils soutenant l'offre active de services en français et l'absence de mécanismes formels intersectoriels pour assurer une continuité de services en français. Ces défis de taille font en sorte que de nouvelles initiatives sont nécessaires pour favoriser un continuum d'offre de services sociaux et de santé en français en contexte minoritaire.

Dans le domaine des services sociaux et de santé, la liaison, la coordination et une pleine intégration sembleraient être importantes pour mieux répondre aux besoins de la population francophone en contexte minoritaire. Ces approches proposent des outils et des pratiques facilitant le passage de l'utilisateur dans une trajectoire de soins la moins fragmentée possible. Les services devraient être centrés sur les besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, ces derniers étant formés, outillés et proactifs dans leur quête de bien-être. Rappelons toutefois que, dans le contexte organisationnel actuel et compte tenu des barrières évoquées précédemment, une pleine intégration des services est complexe et peu probable. Cette étude révèle tout de même certaines stratégies qui visent davantage la liaison et la coordination entre services existants, pouvant mieux répondre aux besoins de la population en question. S'il est possible de rêver de nouvelles structures, on peut se demander : Est-ce que l'offre de services sociaux et de santé aux francophones en contexte minoritaire pourrait être prise en charge par une organisation dont la gouvernance est assurée par les francophones, à l'image de ce qui existe dans le système d'éducation, (par ex. conseils scolaires francophones) ? Une gestion de services sociaux et de santé par et pour les francophones, est-ce possible ? Est-ce que les barrières existantes seraient atténuées par une telle approche ? Voilà une hypothèse à explorer, qui pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure.

Les recommandations proposées soulignent l'importance de politiques qui prennent en compte la variable linguistique dans l'organisation des services et d'une structure organisationnelle qui valorise et assure le leadership dans ce dossier, forge des ententes formelles de collaboration entre établissements désignés, favorise le réseautage entre les divers acteurs francophones à travers les systèmes sociaux et de santé et encourage la pratique de l'offre active alimentée par la valorisation de la sécurité et de la qualité des soins. Elles font ressortir le rôle que jouent les intervenants et la communauté quant à ce dynamisme et à ces liens de collaboration. Renforcée par l'engagement et la vitalité dont font preuve les membres de la communauté francophone en contexte minoritaire, la continuité des services sociaux et de santé en français est tout à fait plausible.

RÉFÉRENCES

- Accueil francophone de Thunder Bay. (s.d.). Au service des francophones du Nord-Ouest de l'Ontario. *L'Accueil francophone de Thunder Bay*. Repéré le 19 août 2017, à <http://www.accueilfrancophone.com/>
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73-82. doi:10.12927/hcq.2003.16763
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914. doi:10.1001/jama.288.15.1909
- Bouchard, L., Batal, M., Imbeault, P., Sedigh, G., Silva, E. et Sucha, E. (2015). Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire. *Minorités linguistiques et société*, 6, 15. doi:10.7202/1033190ar
- Bouchard, L., Beaulieu, M., et Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire* 18(2), 38-65.
- Bouchard, L., Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M. et Dufour, S. (2012). Do chronically ill, elderly Francophone patients believe they are adequately served by Ontario's health care system? Exploratory study of the effect of minority-language communities. *Canadian Family Physician/Médecin de Famille Canadien*, 58(12), 686-687.
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A. et Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire - Health in language minority situation. *Healthcare Policy*, 4(4), 36-42. doi:10.12927/hcpol.2009.20807
- Bouchard, P., Savard, J., Savard, S., Vézina, S. et Drolet, M. (2017). Des connaissances nouvelles pour des services en français de qualité et sécuritaires à l'intention des communautés francophones en situation minoritaire, Conclusion. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 408-446). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Bowen, S. (2004). *Language barriers within the Winnipeg Regional Health Authority: Evidence and implications*. Winnipeg : Winnipeg Regional Health Authority.
- Bowen, S. (2015). *The Impact of Language Barriers on Patient Safety and Quality of Care*. Ottawa : Société Santé en français.
- Canadian Volunteers United in Action. (s.d.). Nos services. *Canadian Volunteers United in Action - Association des volontaires unis dans l'action au Canada*. Repéré le 12 juin 2017, à <http://www.canavua.org/page11.html>
- Centre de santé communautaire du Sud-Est d'Ottawa. (2013). Programme de soins primaires communautaires pour aînés. Repéré le 21 mars 2017, à <http://www.seochc.on.ca/fr/programmes-services/soins-primaires-communautaires-pour-les-aines-a-la-sante-fragile-spc/>
- Centre d'information communautaire d'Ottawa. (2016). Services de soutien Going Home Program Ottawa. Repéré 10 janvier 2017, à <https://easternontario.cioc.ca/record/OCR3438?Ln=fr-CA>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Repéré à http://www.weebly.com/uploads/7/4/7/3/7473881/contandriopoulos_et_al_2005_un_cadre_d%E2%80%99e%CC%81valuation_globale_de_la_performance_des_syste%CC%80mes_de_sante%CC%81.pdf

- Chartier, M., Finlayson, G., Prior, H., McGowan, K.-L., Chen, H., de Rocquigny, J., ... Gousseau, M. (2012). *La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba/Health and Healthcare Utilization of Francophones in Manitoba*. Winnipeg, Manitoba : Manitoba Centre for Health Policy.
- Commissariat aux services en français. (2009). *Rapport 2008-2009 : Une voix, des changements*. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Repéré à <http://csfontario.ca/fr/rapport-annuel-2008-2009-une-voix-des-changements-3>
- Commissariat aux services en français. (2016). *Rapport spécial : L'offre active de services en français : la clé de voûte à l'atteinte des objectifs de la Loi sur les services en français de l'Ontario*. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Repéré le 4 avril 2017, à http://csfontario.ca/wp-content/uploads/2016/05/csf_rapport_special_2016.pdf
- Community Support Coalition - Renfrew County & Area. (s.d.). *Terms of Reference*. Repéré le 10 janvier 2017, à http://www.lignesantechamplain.ca/healthlibrary_docs/Coalition.pdf
- Conference Board of Canada. (2012). *Integrated Health Care: The Importance of Measuring Patient Experience and Outcomes: Briefing*. (p. 15). Ottawa : Le Conference Board du Canada.
- Contant, J. (2014). *Étude en matière des soins palliatifs. Pour le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario*. Ottawa : Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. Repéré le 11 novembre 2016, à http://rssfe.on.ca/upload-ck/SP_modifications_2sep.pdf
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L. et Salles, M. (2013). *La coordination en gérontologie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://www.pum.umontreal.ca/catalogue/la-coordination-en-gerontologie/couverture>
- Curry, N. et Ham, C. (2010). *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*. London, England: The King's Fund. Repéré à <http://www.weebly.com/uploads/7/4/7/3/7473881/clinical-and-service-integration-natasha-curry-chris-ham-22-november-2010-1.pdf>
- de Moissac, D. (2016). *Accès aux services de santé et d'interprète-accompagnateur : l'expérience des communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada*. Ottawa : Société Santé en français.
- de Moissac, D., de Rocquigny, J., Giasson, F., Tremblay, C.-L., Aubin, N., Charron, M. et Allaire, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba : perceptions des professionnels. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(2), 66-100. doi:10.7202/1013174ar
- 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*, 6, 42-65.
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. et Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : Des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Canadian Social Work Review*, 32(1-2), 5. doi:10.7202/1034141ar
- Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., ... Dubouloz, C.-J. (2014). Health Services for Linguistic Minorities in a Bilingual Setting: Challenges for Bilingual Professionals. *Qualitative Health Research*, 24(3), 295-305. doi:10.1177/1049732314523503
- Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Lagacé, J., Arcand, I., Kubina, L.-A., et Benoît, J. (2017). L'expérience des francophones dans l'Est ontarien : l'importance des personnes-pivots (usagers et intervenants) et influence des structures encadrant le système de santé et des services sociaux, Chapitre 6. Dans Drolet, M., Bouchard, P., et Savard, J. (Éds.), *Accessibilité et offre active : Soins de santé et services sociaux en contexte minoritaire* (p. 170-200). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Dumont, M. et Doucet-Simard, S. (2013). *Trousse d'outils sur les services en français. French Language Services Toolkit*. Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Érié St. Clair et du Sud-Ouest. Repéré le 27 avril 2017, à <http://www.southwestlhin.on.ca/goalsandachievements/Programs/FLS.aspx>

- Forgues, É., Doucet, M. et Noël, J. G. (2011). L'accès des aînés francophones aux foyers de soins en milieu minoritaire, un enjeu linguistique en santé et mieux-être. *La Revue canadienne du vieillissement*, 30(4), 603-616. doi:10.1017/s0714980811000407
- Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., ... Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation. Repéré le 7 mars 2017, à <http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Continuity/138-final-report.pdf>
- Geriatric Psychiatry Community Services of Ottawa. (2011). Services communautaires de gérontopsychiatrie d'Ottawa. Repéré le 26 janvier 2017, à <http://www.gpcso.org/partnerships.asp?lang=fr>
- Gouvernement de l'Ontario. (2012). Centres d'accès aux soins communautaires | Ontario.ca. Repéré le 26 janvier 2017, à <https://www.ontario.ca/fr/page/centres-dacces-aux-soins-communautaires#section-1>
- Gouvernement du Manitoba. (s.d.). Loi sur les offices régionaux de la santé. Repéré le 16 mai 2017, à http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/_pdf.php?cap=r34
- Guberman, N. (2010). Les aidants naturels : leur rôle dans le processus de réadaptation. Dans J. H. Stone et M. Blouin (dir.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Repéré à http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/pdf/les_aidants_naturels_leur_role_dans_le_processus_de_readaptation.pdf
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. et McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7425), 1219-1221.
- Healthcare Interpretation Network. (2007). *National standard guide for community interpreting services*. Toronto: Healthcare Interpretation Network. Repéré à <https://ailia.ca/National+Standards+for+Interpretation+Services+++NSGCIS>
- Hindmarsh, M. (2013, 29 janvier). The Chronic Care Model. *www.theconference.ca*. Repéré le 6 mai 2014, à <http://www.theconference.ca/index.php/topic-pages/conditions-and-diseases/obesity/41-conditions-and-diseases/330-the-chronic-care-model>
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (2002). *The Qualitative Researcher's Companion: Classic and Contemporary Readings*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J. et Parker, E. (2013). *Methods for community-based participatory research for health (2nd edition)*. San Francisco: John Wiley and Sons.
- Kodner, D. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13(Special edition, Alberta's integration project), 6-15. doi:10.12927/hcq.2009.21091
- Krippendorff, K. (2012). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lafortune, L., Béland, F. et Bergman. (2011). Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. *Vie Économique*, 3(1), 1-13.
- Lemonde, M., Boudreau, F. et Dufour, S. (2012). *Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour les personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : partage des connaissances et rétroaction*. Oshawa, ON : RSSFEO.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-109.
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V. et Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12(10 August), 1-12.
- MacAdam, M. (2008). *Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks. Repéré le 19 avril 2013, à <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=203681=en>

- MacAdam, M. (2011). Progress toward integrating care for seniors in Canada: "We have to skate toward where the puck is going to be, not to where it has been." *International Journal of Integrated Care*, 11(Special 10th Anniversary Edition), 1-9.
- Manderson, B., McMurray, J., Piraino, E. et Stolee, P. (2012). Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 20(2), 113-127. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01032.x
- McCurdy, B., MacKay, C., Badley, E., Veinot, P. et Cott, C. (2008). *A Proposed Evaluation Framework for Chronic Disease Prevention and Management Initiatives in Ontario*. Toronto, Ontario: Arthritis Community Research & Evaluation (ACREU). Repéré à http://www.weebly.com/uploads/7/4/7/3/7473881/arthritis_community_research_evaluation_unit_acreu_university_health_network_a_proposed_evaluation_framework_for_chronic_disease_prevention_and_management_initiatives_in_ontario.pf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2016). Les entités de planification des services de santé en français. Repéré le 21 mars 2017, à <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/planning.aspx>
- Minkler, M. et Wallerstein, N. (2008). *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes* (2nd édition). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Natale-Pereira, A., Enard, K. R., Nevarez, L. et Jones, L. A. (2011). The Role of Patient Navigators in Eliminating Health Disparities. *Cancer*, 117(Supplement S15), 3541-3550. doi:10.1002/cncr.26264
- Office régional de la santé de Winnipeg. (2017). Orientation Manual: Primary Health Care Program. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré le 16 mai 2017, à <http://www.wrha.mb.ca/community/primarycare/files/Orientation-Manual-March2017.pdf>
- Office régional de la santé de Winnipeg. (s.d.-a). Accessing Long Term Care. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré le 16 mai 2017, à <http://www.wrha.mb.ca/ltc/access.php>
- Office régional de la santé de Winnipeg. (s.d.-b). Community Mental Health Program : Shared Mental Health Care. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré le 5 janvier 2017, à <http://www.wrha.mb.ca/prog/mentalhealth/files/SharedCareFactSheet-2.pdf>
- Office régional de la santé de Winnipeg. (s.d.-c). PRIME | Rehabilitation & Geriatrics. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré le 16 mai 2017, à <http://www.wrha.mb.ca/prog/rehab/prime.php>
- Office régional de la santé de Winnipeg. (s.d.-d). Projet d'intégration des services de Winnipeg. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré le 16 mai 2017, à <http://www.wrha.mb.ca/community/wis/index-f.php>
- Office régional de la santé de Winnipeg. (s.d.-e). Santé mentale gériatrique. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré le 16 mai 2017, à <http://wrha.mb.ca/prog/gmh/index-f.php>
- Office régional de la santé de Winnipeg. (s.d.-f). Soins à domicile. Office régional de la santé de Winnipeg. Repéré le 16 mai 2017, à <http://www.wrha.mb.ca/community/homecare/index-f.php>
- Ottawa Community Support Coalition-Coalition des services de soutien communautaire d'Ottawa. (2013). Member Agencies | Ottawa Community Support Coalition. Repéré le 21 mars 2017, à <http://ocsc.ca/en/members/member-agencies>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Éditions Armand Colin.
- Parker, G., Corden, A. et Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme: Continuity of care for service users and carers. *Health & Social Care in the Community*, 19(6), 576-601. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01001.x
- Pécure-Ugorji, D. (2016). *Consultation des francophones concernant l'offre des services sociaux en français dans le Comté de Renfrew*. Rapport préparé pour le Comité des services en français.

- Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario. (2017a). Équipe mobile d'évaluation gériatrique. Repéré à <http://www.rgpeo.com/media/73212/2016%20gaot%20french%20brochure%20rev%20feb%202016.pdf>
- Programme gériatrique régional de l'Est de l'Ontario. (2017b). Geriatric Emergency Management (GEM). Repéré le 10 janvier 2017, à [http://www.rgpeo.com/en/patients-and-families/geriatric-emergency-management-\(gem\).aspx](http://www.rgpeo.com/en/patients-and-families/geriatric-emergency-management-(gem).aspx)
- Prud'homme, D., Gagnon, E. A., Belluz, S., Casimiro, L., Couture, R., Duchon, E., ... Morris, K. T. (2016). *Planification, formation et engagement des ressources humaines de la santé en français en Ontario*. Gouvernement de l'Ontario : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- QSR International (Americas) Inc. (2012). *NVivo 10 [Logiciel]*. Repéré à www.qsrinternational.com
- Réseau local d'intégration des services de santé. (2016, septembre). Délimitation des sous-régions du RLISS de Champlain : Présentation utilisée lors des consultations publiques (septembre 2016). Repéré à <http://www.champlainhin.on.ca/fr-CA/CE/DrftSubRgnCnsltns.aspx>
- Savard, S., Arcand, I., Drolet, M., Benoît, J., Savard, J. et Lagacé, J. (2013). Les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des francophones minoritaires : l'enjeu du capital social. *Francophonies d'Amérique*, (36), 113. doi:10.7202/1029379ar
- Savard, S., Savard, J., Drolet, M., Couturier, Y., Huot, S., de Moissac, D. et Dupuis-Blanchard, S. M. (2017, avril). Outil d'auto-évaluation des ressources organisationnelles et communautaires pour l'offre active et la continuité des services sociaux et de santé. Repéré à http://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/outil_autoevaluation.pdf
- Savard, J., Savard S., Drolet, M., de Moissac, D., Kubina, L-A, van Kemenade, S., Benoit, J. et Couturier, Y. (2017). Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. GREFoPs, Université d'Ottawa. www.grefops.ca/cadre_analyse_fr.html
- Schwei, R. J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W., Bagchi, A., Chen, A. H., ... 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
- Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario. (2013). *Plan d'action pour les personnes âgées*. Repéré le 10 janvier 2017, à <https://dr6j45jk9xcmk.cloudfront.net/documents/216/ontarioseniorsactionplan-fr-20130204.pdf>
- Secrétariat aux affaires francophones. (1999, mars). Politique sur les services en langue française. Winnipeg : Gouvernement du Manitoba. Repéré à http://www.gov.mb.ca/fls-slf/pdf/fls_policy.pdf
- Shommu, N. S., Ahmed, S., Rumana, N., Barron, G. R. S., McBrien, K. A. et Turin, T. C. (2016). What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 15(6), 1-14. doi:10.1186/s12939-016-0298-8
- Silversides, A. et Laupacis, A. (2013, avril). Interpretation services in health care. *Healthy Debate*. Repéré le 19 août 2016, à <http://healthydebate.ca/2013/04/topic/quality/interpretation-services-in-hospitals>
- Société Santé en français. (2012). *Destination Santé 2018 : Qualité, sécurité et mieux-être en français*. Repéré à https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Destination2018_Veng_Vprint.pdf
- Solinís, R. N. (2008). Exploración conceptual de la atención integrada [Conceptual Exploration of Integrated Care]. Dans R. Bengoa et R. N. Solinís (dir.), *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: Una guía práctica para avanzar [To cure and care. Innovation in the management of chronic diseases: A practical guide for advancement]*. Madrid : Elsevier Masson.
- Statistique Canada. (2009). *Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada 2001 et 2006*. Ottawa, Ontario : Ministère de l'Industrie. Repéré à http://www.weebly.com/uploads/7/4/7/3/7473881/professionnels_de_la_sant_et_minorits_de_langue_officielle_au_canada_2001_et_2006.pdf

- Statistique Canada. (2012). *Saint-Boniface--Saint-Vital, Manitoba (Code 46009) et Canada (Code 01) (tableau). Profil du recensement*. Ottawa. Repéré le 6 janvier 2017, à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- The Change Foundation. (2012). *Loud and Clear: Seniors and caregivers speak out about navigating Ontario's healthcare system*. Toronto : The Change Foundation. Repéré le 10 janvier 2017 à <http://www.changefoundation.ca/loud-and-clear-seniors-caregivers/>
- Tremblay, S. (2015). *Cadre de référence pour le recrutement et la rétention des ressources humaines bilingues en santé*. Société Santé en français. Repéré à <https://santefrancais.ca/cadre-de-reference-pour-le-recrutement-et-la-retention-des-ressources-humaines-bilingue-en-sante-cadre-rh/>
- Tremblay, S., Angus, D. et Hubert, B. (2012). *Étude exploratoire en matière de services de santé intégrés pour les communautés francophones* (Rapport présenté au Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario). Ottawa, ON : PGF Consultants Inc. Repéré le 13 novembre 2016, à <http://www.rssfe.on.ca/files/uploads/rssfefiles/etude9nov12.pdf>
- Valaitis, R., Carter, N., Lam, A., Nicholl, J., Feather, J. et Cleghorn, L. (2017). Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC Health Services Research*, 17(1). doi:10.1186/s12913-017-2046-1.
- Valentijn, P., Schepman, S., Opheij, W. et Bruijnzeels, M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1 Jan-Mar), 1-12.
- van Kemenade, S., Bouchard, L. et Bergeron, C. (2015). Enjeux de santé des aînés francophones vivant en situation minoritaire : une analyse différenciée selon les sexes. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 21(2), 112-130. doi:10.7202/1035435ar
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Korff, M. V. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544. doi:10.2307/3350391
- Winnipeg Regional Health Authority. (2013). Language Access: Code of Ethics and Standards of Practice for Interpreters. Repéré le 7 août 2015, à <http://www.wrha.mb.ca/professionals/language/files/EthicsCode.pdf>.
- Winnipeg Regional Health Authority. (s.d.). Language Access Interpreter Services | For Health Care Professionals | Winnipeg Health Region. Repéré le 12 juin 2017, à <http://www.wrha.mb.ca/Professionals/language/index.php>

PARTIE 1 : GUIDE POUR LES ENTRETIENS INDIVIDUELS (GESTIONNAIRES) ET DE GROUPE (INTERVENANTS)

Introduction

- Pour faire suite au formulaire que vous venez de signer, je vais vous poser des questions sur les pratiques de services intégrés aux aînés francophones, formelles ou informelles, qui sont présentes dans votre organisme.
- Votre expérience et vos opinions vont nous aider à mieux cerner les réseaux formels et informels qu'établissent les intervenants de la santé et des services sociaux francophones ou bilingues et à co-construire des lignes directrices pour favoriser l'intégration des services en français destinés aux aînés francophones en situation minoritaire.

Mise en contexte

- Pourriez-vous résumer brièvement vos fonctions à l'organisme [X] ?
- En quoi vos fonctions vous amènent à être en lien avec les personnes âgées francophones ?
- Quels sont les services que vous offrez aux personnes âgées ?
- Est-ce que les personnes âgées francophones ont accès aux mêmes services ?

A. Questions de discussion

Perspectives de l'établissement

Notre première question aborde de façon générale les services pour les personnes âgées. Dans plusieurs situations, les personnes âgées qui présentent des situations complexes ont besoin de recevoir des services de plusieurs organismes.

1. À votre connaissance, quels sont les mécanismes permettant de coordonner les services que ces personnes vont recevoir de plusieurs organismes ? (Au besoin, expliquer ce que sont les services continus et intégrés)

Notre deuxième question se rapporte plus particulièrement aux aînés francophones :

2. Dans votre région, quels sont les mécanismes qui font que ces personnes pourraient recevoir une majorité de leurs services en français ?
 - Quels sont les moyens mis en place pour identifier les personnes qui bénéficieraient de services en français ? (L'offre avant la demande) ? Si oui, pouvez-vous fournir quelques exemples ? Sinon, pourquoi ?
 - Existe-t-il des ententes de services (corridors de services, lignes de services, chaînes de services préétablies, corridors de programmes,) auprès des établissements offrant des services en français ?

Si oui, lesquels, et comment ça se réalise dans la pratique ?

Sinon, comment faites-vous pour répondre à un besoin de services en français ?

- Que faites-vous pour répondre aux besoins des francophones âgés vivant dans les communautés à faible densité de francophones ?

Nos deux prochaines questions se rapportent au Réseau de services de santé en français et au processus de désignation :

Est-ce que vous connaissez le Réseau (des services de santé en français de l'Est de l'Ontario)? Si oui :

3. Quel rôle joue le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario dans votre travail pour faciliter la continuité et l'intégration des services en français ?
4. Quels sont les effets de la désignation en vertu de la *Loi des services en français* sur la disponibilité des services en français ? Pourriez-vous illustrer vos propos par qq exemples ?

Perspective des utilisateurs

Maintenant nous aimerions aborder qq questions au sujet de la perspective des usagers :

1. Pour une personne âgée ou un proche aidant francophone nécessitant des services de santé, existe-t-il des guichets d'accès lui permettant de naviguer facilement parmi ces systèmes et de trouver les ressources dont il a besoin ?
 - a. Si oui, lesquels, et comment ça se réalise dans la pratique ?
 - b. Est-ce que ces systèmes mentionnent de façon claire et précise quels sont les services disponibles en français ?
 - c. Sinon, comment les gens peuvent-ils recevoir de l'information ?
2. Existe-t-il des gestionnaires de cas francophones ou bilingues qui assurent le suivi des personnes âgées tout au long du continuum de services ?
 - a. Si oui, comment travaillent-ils/à quel endroit sont-ils rattachés ?
 - b. Si non, il y a-t-il quelqu'un informellement désigné pour s'occuper de cette coordination ?
3. Existe-t-il des outils d'information (dossiers cliniques, outils d'évaluation, outils de planification) qui favorisent les passerelles entre les services de santé et les services sociaux ?
 - a. Si oui, lesquels, et comment ça se réalise dans la pratique ?
 - b. Est-ce que ces outils précisent la langue officielle préférée de la personne âgée et/ou du proche aidant ?
 - c. Sinon, que faites-vous pour partager l'information, évaluer les besoins et planifier les services ?

Amélioration des services

Ces prochaines questions abordent l'amélioration des services :

1. Quels sont les principaux problèmes/obstacles qui nuisent à la continuité et à l'intégration des services aux personnes âgées francophones ?
2. Qu'est-ce qui pourrait être fait dans votre milieu pour améliorer la continuité et l'intégration des services en français ?
3. Qu'est-ce qui vous empêche de mettre en application ces améliorations ?

B. Mises en situation

Pour les entretiens en milieu hospitalier/réadaptation

1. Mamadou Benoit Diallo (AVC) — à noter que ce nom et cette situation sont fictifs

Le 2 août, Mamadou Benoit Diallo, 68 ans, s'est retrouvé par terre sans pouvoir se relever, son côté droit ne bougeait plus et il avait de la difficulté à parler. Les ambulanciers qui lui ont apporté les premiers soins pensent à un AVC. Ils le transportent à l'urgence. Après quelques heures à l'urgence, le diagnostic est confirmé. Il est admis à l'Unité de soins aigus pour AVC où son état médical est stabilisé et les premières étapes de la réadaptation sont commencées : physiothérapie pour l'évaluation physique et la mobilité, ergothérapie pour l'évaluation des activités de vie quotidienne et orthophonie pour évaluation de la parole. Deux semaines plus tard, il est transféré en réadaptation interne pour une période de deux mois, pendant lesquels ces services sont poursuivis et s'ajoutent des services en psychologie et en travail social.

Au congé, il aura besoin d'une évaluation et adaptation du domicile par l'ergothérapeute et pendant une période de trois mois, de poursuivre des services de physiothérapie et d'orthophonie en externe, ainsi que d'un suivi hebdomadaire de sa tension artérielle. Le travailleur social lui recommande d'intégrer une activité de groupe adaptée à ses capacités. Il organise aussi l'aide pour le bain une fois par semaine et de l'aide pour ses transports (épicerie, rendez-vous médicaux).

Une année plus tard, ayant relativement bien récupéré, il aimerait savoir s'il peut retrouver son permis de conduire. On recommande une évaluation ergothérapique de ses capacités et de ses besoins d'adaptation de l'automobile.

Questions :

- Dans un cas comme celui-ci, comment pourrait-on s'assurer d'une coordination efficace des services entre les différents fournisseurs de soins ?
- Quelles sont les ressources communautaires auxquelles vous pouvez faire appel pour compléter les services offerts par les établissements de santé ?
- Comment le besoin de Monsieur Diallo de recevoir des soins en français serait-il répondu ? Quels sont les mécanismes à votre disposition pour assurer une continuité de services en français ?

Pour des entretiens en milieu hospitalier et/ou communautaire

2. Marguerite Côté Young (démence) — à noter que ce nom et cette situation sont fictifs

Le 15 juin, Madame Côté Young, âgée de 90 ans, a fait une chute à son domicile. C'est la préposée à l'entretien ménager affiliée au **centre communautaire XYZ** qui en informe sa fille qui en parle au médecin. Son médecin la réfère à la **clinique d'évaluation gériatrique** où l'on diagnostique qu'un diabète de type II non identifié avait été à l'origine de la chute. Le médecin tente de stabiliser son état à l'aide de médication et de la diète. À cette fin, elle rencontre une diététiste qui lui fera de l'enseignement. Après six mois, on s'aperçoit qu'elle n'arrive pas à contrôler sa glycémie. On pense qu'elle a de la difficulté à suivre les consignes. Elle est à nouveau évaluée à la clinique d'évaluation gériatrique où l'on soupçonne maintenant un début de démence. La famille est dirigée vers la **Société d'Alzheimer** pour obtenir du soutien. Pour son diabète, le médecin recommande que des injections d'insuline soient données. Comme la dame vit seule, la famille embauche une agence privée de soins à domicile pour une surveillance la nuit et faire les injections d'insuline. La clinique d'évaluation gériatrique fait aussi l'évaluation du besoin d'aide à la douche et dirige la dame au centre d'accès aux soins communautaires (CASC) qui, après un délai d'attente de trois semaines, lui offre une aide pour la douche une fois par semaine. Cette aide est prodiguée par une agence qui a un contrat de service avec le CASC. Madame Côté Young se retrouve donc avec les services de **trois agences distinctes**, une pour l'entretien ménager d'un organisme communautaire, une pour les services d'aide personnelle payés par la famille, et l'autre pour l'aide au bain payée par le CASC. Une de ces agences envoie régulièrement des préposés francophones chez Madame Côté Young, les deux autres ne semblent pas se soucier

de la langue. Malgré les difficultés de Madame Coté Young à s'adapter aux nombreux visages qui lui apportent de l'aide, l'arrangement lui permet de vivre à domicile pendant deux bonnes années, avec le soutien constant de ses quatre filles.

Questions :

Cette histoire de cas démontre des services fractionnés. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour favoriser une meilleure intégration/continuité des soins ?

- a. Quel rôle votre organisme pourrait-il jouer dans l'amélioration de la coordination et/ou de l'intégration des soins ?
 - Dans une telle situation, comment les services publics de première ligne peuvent-ils se coordonner entre eux et avec le travail du médecin de famille ou des organismes communautaires ?
 - Quel pourrait-être votre rôle pour soutenir la famille dans ses démarches (sa navigation à travers les services) ?
 - *Pour les médecins ou les gestionnaires de cas* : Quels sont les mécanismes qui vous permettent d'être informé ?
- b. Est-ce possible pour vous d'insister pour que les services soient offerts en français ou de trouver des ressources capables d'offrir des services en français ?
- c. Si son état s'aggrave et qu'elle a besoin de surveillance constante que la famille ne peut plus payer, comment le cheminement vers un **éventuel placement** en centre de soins de longue durée devrait-il se faire, afin que son besoin de services en français soit respecté ?

Pour les entretiens en milieu communautaire

3. John Boileau (pauvreté et abus) — à noter que ce nom et cette situation sont fictifs

Monsieur Boileau est âgé de 75 ans, fumeur et relativement sédentaire, il souffre d'hypertension et d'une maladie cardiaque qui lui cause de l'angine. Plus jeune, il a travaillé comme journalier et vécu de nombreuses périodes de chômage. Il n'a comme revenu que l'aide gouvernementale (pension de vieillesse et supplément de revenu garanti). Il vit avec son fils de 25 ans, car ni l'un ni l'autre n'aurait les moyens de payer un appartement seul. Parce qu'il a de la difficulté à boucler ses fins de mois, **il visite régulièrement votre centre communautaire** pour les activités X, Y, Z. Un jour, une intervenante remarque qu'il a de la difficulté à marcher. Il lui confie qu'il a un ongle incarné qui le fait souffrir, qu'il a de la difficulté à lire, n'ayant pas changé ses lunettes depuis 20 ans et qu'il ne comprend pas bien sa médication. Les intervenants, qui deviennent plus proches de monsieur Boileau avec le temps, soupçonnent qu'il est aussi victime d'abus de la part de son fils unique qui semble avoir des ennuis avec la justice. Il accepte de discuter de la situation et en vient même à contempler l'idée d'un déménagement dans une ressource subventionnée, quoique cela lui fait un peu peur.

Questions

- a. Avez-vous un réseau de ressources en santé (clinique de soins de pieds, optométriste, pharmacien) vers qui vous pouvez diriger quelqu'un comme Monsieur Boileau ?
- b. Avez-vous un réseau de ressources sociales et communautaires (popote roulante, hébergement d'urgence, équipe d'intervention sociale, etc.) vers qui vous pouvez diriger quelqu'un comme Monsieur Boileau ?
- c. Comment pourrait-on tenir compte de son besoin de service en français (quels mécanismes) ? Serait-il possible de s'assurer que tous les services soient offerts en français (ressources) ?

Sur la collaboration :

- d. Dans un cas comme celui-ci, comment les services sociaux/de santé peuvent-ils collaborer avec les services sociaux/de santé pour mieux répondre aux besoins de M. Boileau ?
- e. Dans un cas comme celui-ci, comment les services publics peuvent-ils collaborer avec les ressources privées ou communautaires pour mieux répondre aux besoins de M. Boileau ?

PARTIE 2 : GRILLE D'ENTRETIENS DE GROUPE AUPRÈS D'AÎNÉS FRANCOPHONES ET/OU LEURS PROCHES AIDANTS

Mise en contexte :

- En une minute (par personne), pouvez-vous identifier une circonstance où vous ou votre proche avez eu besoin de services sociaux ou de santé en français.
- En une minute, parlez-nous des personnes sur lesquelles vous pouvez compter en cas de besoin.

Navigation et accès aux services :

- Dans quelle mesure est-ce important pour vous de recevoir des services en français ?
- Dans quelle mesure avez-vous pu accéder ou obtenir tous les services nécessaires en français ?
- Avez-vous eu à demander des services en français ou si on vous a offert des services dans la langue de votre choix ?
- Avez-vous vécu des délais dans l'accès ou l'obtention de services en français ? (Par exemple, temps d'attente pour rendez-vous relatifs aux tests, consultations auprès des spécialistes, traitements ?)
- Y a-t-il des services que vous n'avez pas pu obtenir en français ?
- Comment avez-vous obtenu l'information sur les services en français qui étaient disponibles pour répondre à vos besoins ?
 - Avez-vous un intervenant privilégié (médecin de famille, gestionnaire de cas, autres) ? Quel est son rôle ? Comment vous a-t-il aidé ?
 - Y a-t-il d'autres ressources (intervenants, services d'info) qui vous ont aidés à obtenir des services en français ? Sous quelle forme ?
- Vous sentez-vous suffisamment informés ou outillés pour pouvoir naviguer à travers les différents services ? (Par exemple, savoir qui contacter pour un rendez-vous avec un spécialiste, pour faire une demande de soutien à domicile, pour signaler un changement dans votre état de santé, pour savoir où obtenir des services en français?)
- Quels services avez-vous reçus des ressources communautaires ?

Transitions et communication :

- Si vous avez reçu des services de plusieurs organismes, comment les transitions se sont-elles déroulées ?
- Qu'est-ce qui a été aidant et qu'est-ce qui a été difficile ? (Délais, besoin de répéter l'information, info manquante au sujet de la santé, par ex. résultats de tests absents du dossier, info manquante au sujet de la langue officielle préférée).

Conclusion :

À la lumière de votre expérience, quelles améliorations pourraient être apportées pour mieux répondre à vos besoins de services, en tant que personne âgée (ou proche aidant) et en tant que francophone ?



GReFOPs

Groupe de recherche sur la
formation professionnelle en
santé et service social en contexte
francophone minoritaire

www.grefops.ca



uOttawa



Université de
Saint-Boniface