

PROCESSUS D'ACCÈS AUX SERVICES ET AUX SOINS EN FRANÇAIS:
L'EXPÉRIENCE DES PERSONNES AÎNÉES DE COMMUNAUTÉS
FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE AU NOUVEAU-BRUNSWICK

VALÉRIE MCINTYRE

THÈSE PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES ET DE LA
RECHERCHE EN VUE DE L'OBTENTION DE LA MAÎTRISE EN SCIENCE
INFIRMIÈRE

ÉCOLE DE SCIENCE INFIRMIÈRE
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
COMMUNAUTAIRES
UNIVERSITÉ DE MONCTON
JUN 2024

COMPOSITION DU JURY

Ann Rhéaume-Brüning, inf., Ph. D.

Présidente du jury

Professeure titulaire
École de science infirmière
Université de Moncton
Campus de Moncton

Suzanne Dupuis-Blanchard, inf., Ph. D.

Directrice de thèse

Professeure titulaire
École de science infirmière
Université de Moncton
Campus de Moncton

Anne Leis, Ph. D.

Évaluatrice externe

Professeure titulaire
Santé communautaire et épidémiologie
Collège de médecine
University of Saskatchewan

Suzanne Harrison, inf., Ph. D.

Évaluatrice interne

Professeure agrégée
École de science infirmière
Université de Moncton
Campus de Moncton

REMERCIEMENTS

Parfois, des personnes entrent dans notre vie et, sans le savoir, en modifient le cours. C'est un peu ce que ma directrice de thèse a été pour moi. Suzanne Dupuis-Blanchard, professeure titulaire à l'École de science infirmière à l'Université de Moncton, a été la personne qui m'a fait découvrir la passion que j'ai maintenant pour la recherche en science infirmière. Avec sa grande intelligence et sa passion pour le vieillissement, elle a nourri la flamme en moi et m'a permis de m'épanouir en tant qu'étudiante chercheuse. Je tiens à la remercier de tout mon cœur pour les multiples conseils, un encadrement exceptionnel, le constant support, les mots d'encouragements. Suzanne a été présente depuis le début de mes études et m'a guidé tout au long de mon cheminement. Encore merci pour les réponses rapides à mes courriels, les multiples rencontres en personnes ou virtuelles, les discussions intéressantes qui ne finissent plus et pour ton attitude positive, peu importe la situation. Je serai toujours reconnaissante que nos chemins se sont croisés. Merci mille fois!

Ensuite, j'aimerais remercier mon conjoint de me supporter dans mon parcours universitaire. Merci d'avoir été là pour les enfants quand je ne pouvais l'être. Merci de m'écouter même si ce n'est pas un sujet qui te passionne. De plus, merci à mes parents d'être mes plus grands supporteurs. C'est grâce à vous que j'ai appris à ne jamais abandonner. Merci à tous mes amis, ma famille et mes collègues de travail de m'avoir supporté et encouragé. Sans vous, je n'y serais pas arrivée.

Et pour terminer, je tiens à remercier tous les gens qui ont participé à mes entrevues. La richesse des histoires que vous m'avez partagée a été essentielle à mon étude. J'apprécie tellement de vous avoir tous rencontrés. Merci!

SOMMAIRE

Le but de cette étude était de cerner le processus utilisé par les personnes âgées de communauté francophone en situation minoritaire (CFSM) afin d'avoir accès aux soins de santé dans une des deux langues officielles au Nouveau-Brunswick. Une étude qualitative de type théorisation ancrée se fit, afin de répondre à la question de recherche.

Tout d'abord, il y eut un recrutement auprès des participants à l'aide de personnes contacts dans les centres communautaires des régions de Fredericton, Miramichi et Saint-Jean. Treize entrevues avec des personnes âgées francophones ont été exécutées dans ces régions. Suite à l'analyse des données, un processus représenté par un cycle fut créé. Ce processus nommé : « L'identité contre la vulnérabilité », est expliqué par six étapes : I) nécessiter des services de santé dans une région majoritairement anglophone; II) anticiper avec appréhension la demande de service en français; III) s'identifier comme francophone et faire la demande de services en français au premier contact; IV) faire face au refus du service en français; V) se soumettre contre son gré à recevoir les soins nécessaires; VI) vivre le désespoir de ne pas recevoir les soins dans sa langue.

Les résultats démontrent que le processus est continu et se répète à chaque fois que la personne âgée doit avoir accès aux soins et services de santé dans une région majoritairement anglophone. Le processus démontre aussi que la troisième étape, s'identifier comme francophone et faire la demande, est grandement influencé par des facteurs intrinsèques et extrinsèques. Ces facteurs influencent la personne à continuer ou à cesser la demande de soins en français. Pour terminer, la sécurité de la personne âgée de CFSM est un thème commun tout au long du processus. La personne âgée doit se ressentir comprise et doit comprendre les directives quand elle a accès aux soins de santé dans sa région. Elle a le droit à des services de santé en français, même si elle habite une région majoritairement anglophone.

TABLE DES MATIÈRES

COMPOSITION DU JURY	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	iv
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
AVANT-PROPOS.....	x
CHAPITRE I- Introduction.....	1
Problématique	1
Recherche sur le sujet	2
Les obstacles	2
Les conséquences	3
L'offre et la demande	4
Les personnes âgées de CFSM.....	4
Justification.....	6
But de la recherche	7
Question de recherche.....	7
CHAPITRE II- Manuscrit.....	8
Abstract.....	8
Résumé	9
Affronter les barrières liées à l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire	10
Contexte de l'étude.....	11
Méthodologie	13
Collecte des données	14
Analyse des données	16
Résultats.....	17
Profil des participants.....	17
Contexte du processus : l'intégration de l'ainée francophone de CFSM	18

L'identité contre la vulnérabilité : Affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire.....	19
Les étapes du processus « L'identité contre la vulnérabilité : Affronter les barrières liées à l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire ».....	20
Étape I : Nécessiter des services de santé dans une région majoritairement anglophone	21
Étape II : Anticiper avec appréhension la demande de service de santé en français.....	22
Étape III : S'identifier comme francophone et faire la demande de services de santé en français au premier contact	23
Niveau de bilinguisme.....	23
Sévérité du problème de santé.....	24
Approche / attitude de l'anglophone face au francophone	24
Avoir un proche aidant pour accompagnement	25
Les expériences du passé	25
L'offre en français et l'affichage	26
La région et la présence de centres communautaires.....	26
Nombre de ressources disponibles.....	27
Étape IV : Faire face au refus de services de santé en français	28
Étape V : Se soumettre contre son gré à recevoir les soins nécessaires en anglais	29
Étape VI : Vivre la déception de ne pas recevoir les soins de santé dans sa langue	30
Résultats du groupe de discussion.....	31
Discussion.....	32
Limites et recherche future	36
Conclusion.....	37
Liste des références.....	39
CHAPITRE III- Conclusion.....	43
Liste des références	45

ANNEXE A : COURRIEL DE COLLABORATION.....	50
ANNEXE B : AFFICHE	53
ANNEXE C : LETTRE D’INVITATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS POTENTIELS POUR ENTREVUE INDIVIDUELLE	55
ANNEXE D : LETTRE D’INVITATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS POTENTIELS POUR ENTREVUE DE GROUPE.....	57
ANNEXE E : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	59
ANNEXE F : FICHE DE RENSEIGNEMENT SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	64
ANNEXE G : GUIDE D’ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-DIRIGÉE	66
ANNEXE H : GUIDE D’ENTREVUE DE GROUPE	69
ANNEXE I : FIGURE 1	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données sociodémographiques	20
--	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1. L'identité contre la vulnérabilité : Affronter les barrières liées à l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire	23
--	----

AVANT-PROPOS

Dans les prochaines pages, la thèse est présentée selon un format par article. Une présentation de la problématique, la méthodologie, les résultats, la discussion des résultats ainsi qu'une conclusion sont présentés. L'article a été soumis suivant la soutenance de thèse à une revue scientifique dans le domaine de l'étude.

Chapitre I

Introduction

Problématique

Le système de santé canadien présente actuellement une fragilité plus grande que jamais auparavant, que ce soit la pénurie de personnel, le temps d'attente trop long ou le manque de financement. Ces enjeux gênent la prestation des soins de santé à la population canadienne, en particulier aux personnes appartenant à des groupes minoritaires ou vulnérables. Cette étude se penche donc surtout sur l'accès aux soins et aux services de santé pour les francophones vivant dans des communautés francophones en situation minoritaire (CFSM).

Selon la Loi sur les langues officielles du Canada, les communautés francophones et les communautés anglophones ont un statut, des droits et des privilèges égaux qui incluent le droit à des soins de santé dans la langue de leur choix (Ministère de la Justice, 2017). Au Canada, en faisant exception du Québec, le taux de professionnels de la santé pouvant soutenir une conversation en français se situait à 19,9 % en 2021 (Gouvernement du Canada, 2021). Cela comprend le fait de pouvoir donner des directives ou discuter de certaines inquiétudes avec le client. Simard et Bouchard (2020) ajoutent que 45 % des CFSM du centre et du sud de la province du Nouveau-Brunswick indiquent qu'il est très difficile ou même impossible d'obtenir des soins de santé en français dans ces régions. Ces statistiques inquiétantes sont à la base des recherches dans le domaine de la santé pour les CFSM. De son côté, le Consortium national de la formation en santé (CNFS) démontre que, pour les trois quarts des participants à leur étude, plus précisément 73 %, l'accès aux soins en français est très important ou assez important (CNFS, 2021). Ces mêmes participants affirment qu'obtenir des soins dans leur langue leur permet d'avoir une meilleure compréhension des explications fournies et de plus efficacement s'exprimer. De plus, certains participants souhaitent maintenir les soins en français parce que c'est pour eux une façon de préserver leur identité comme francophone et de prévenir l'isolement (Larocque et al., 2023). Plusieurs auteurs participants affirment que les CFSM éprouvent de grands défis en ce qui concerne l'accès aux soins de santé dans leur langue (Bouchard, 2013; Bouchard et al., 2012; de Moissac et al., 2012, 2015; de Moissac & Bowen, 2019;

Drolet et al., 2014, 2015; Dupuis-Blanchard et al., 2013, 2014; Dupuis-Blanchard & Caissie, 2021; Kennedy & McIsaac, 2010; Savard et al., 2015; Traisnel & Forgues, 2010; van Kemenade et al., 2016) et, malgré l'intérêt des personnes chercheuses, le travail des organismes qui luttent pour l'accès aux soins de santé en français et la Loi sur les langues officielles, il demeure que les CFSM continuent d'éprouver de grandes difficultés dans l'accès aux soins de santé en français.

Recherches sur le sujet

Malgré les nombreuses recherches entourant la thématique des CFSM, aucune ne s'est penchée sur la thématique de la présente étude, à savoir comment les personnes en situation de CFSM obtiennent ou non leurs soins de santé en français. Les prochaines pages présentent donc les notions afférentes à la présente étude, faute d'écrits en lien avec la demande des soins de santé en français.

Les obstacles. Les résidents des CFSM doivent faire face à plusieurs défis lorsqu'il est question d'accéder à des soins de santé dans leur langue maternelle (Bouchard et al., 2012; Bouchard, 2013; de Moissac et al., 2012, 2015; de Moissac & Bowen, 2019; Drolet et al., 2014; Dupuis-Blanchard, 2024; Hien & Lafontant, 2013; Savard et al., 2015, 2020; van Kemenade et al., 2016; Zhao et al., 2021). Tout d'abord, la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) (2001) affirme que l'accessibilité aux services de santé dans la langue de son choix est de trois à sept fois plus élevée chez les anglophones que chez les francophones. De plus, le manque de personnel capable de fournir des services en français aux francophones semble être le plus grand obstacle (Bouchard et al., 2012; Bouchard, 2013; de Moissac et al., 2012, 2015; de Moissac & Bowen, 2019; Dupuis-Blanchard et al., 2013; Thériault & Dupuis-Blanchard, 2017). De Moissac et al. (2012) citent que le manque criant de personnel infirmier affecte déjà la qualité des soins, mais que le défi du manque de personnel infirmier francophone en communauté linguistique minoritaire est encore plus difficile à surmonter. Ces auteurs affirment qu'il devrait y avoir une augmentation approximative de 20 % à 30 % afin de combler les besoins en personnel infirmier francophone. Drolet et al. (2015) expliquent que le manque de personnel francophone accroît à la fois le temps d'attente pour le patient et la distance à parcourir pour avoir accès à des services de santé dans sa langue. Par

conséquent, les professionnels de la santé francophones ont souvent des charges de travail augmentées, car ils doivent prendre en surcharge des patients francophones ou même devenir interprètes afin d'assurer une bonne communication (Bahi & Forgues, 2015; Drolet et al., 2014). Assurément, le recrutement et la rétention de professionnels de la santé seront plus difficiles en raison des piètres conditions de travail, ce qui, en retour, rend l'accès aux soins de santé en français difficile.

Les conséquences. Quand les personnes doivent interagir avec le système de santé dans leur langue seconde, cela mène à des retombées pouvant nuire à leur santé. Plusieurs études démontrent les conséquences négatives de recevoir des soins de santé dans une langue étrangère ou une langue seconde (Bouchard, 2013; Bouchard et al., 2012; de Moissac et al., 2012, 2015; de Moissac & Bowen, 2019; Drolet et al., 2014; Dupuis-Blanchard, 2024; Hien & Lafontant, 2013; Savard et al., 2015, 2020; van Kemenade et al., 2016; Zhao et al., 2021). À titre d'exemple, de Moissac et Bowen (2019) expliquent que les barrières linguistiques mènent souvent à des évaluations de patients et à des collectes de données incomplètes. De plus, le risque qu'un professionnel de la santé pose un diagnostic incohérent augmente considérablement. De même, utiliser une langue seconde lors d'une situation d'urgence ou lorsque de la douleur est ressentie devient un défi réel pour le francophone (de Moissac & Bowen, 2019). Plusieurs patients ajoutent que le temps d'attente avant de se faire soigner est plus long, car il est souvent difficile pour eux de se faire comprendre et, ainsi, de recevoir les traitements appropriés (de Moissac & Bowen, 2019). Zhao et al. (2021) ajoutent que les patients ressentent de l'anxiété lorsqu'ils doivent utiliser une langue seconde dans un contexte de demande de soins de santé. Le stress de ne pas pouvoir s'exprimer correctement est beaucoup plus perçu chez les enfants et les personnes âgées qui doivent, à l'occasion, dépendre d'un membre de la famille ou d'un proche pour communiquer leurs besoins (Drolet et al., 2014). En effet, il est souvent question de sécurité pour le patient et pour le personnel infirmier lorsque la langue de préférence n'est pas respectée (Drolet et al., 2014). En particulier, les personnes âgées, qui ont déjà des difficultés de communication telles que de la surdité, peuvent plus facilement perdre espoir de se faire comprendre (Drolet et al., 2014).

L'offre et la demande. Pour le bien-être des CFMS, il est primordial que le professionnel de la santé soit capable d'offrir activement les services dans la langue maternelle de la personne qui consulte. Le service en français est majoritairement offert au service d'accueil, mais au-delà de l'accueil, les services en français se font beaucoup plus rares (Bahi & Forgues, 2015). Ils ajoutent que, selon les résultats de leur recherche, plusieurs anglophones sont d'avis qu'il faut choisir entre la santé du patient et la langue des services lorsque les deux ne peuvent être disponibles en même temps. (Bahi & Forgues, 2015). Selon Forgues et al. (2012), l'offre active est une façon non négociable de permettre au client de choisir la langue dans laquelle il souhaite être servi. Ils ajoutent que l'offre active de services augmente la probabilité que le patient utilise le service dans sa langue maternelle. D'un autre côté, de Moissac et Bowen (2019) mentionnent que très peu de professionnels de la santé avaient eu recours aux services d'interprètes. Souvent, ces services n'étaient même pas disponibles. Il faut ajouter que la plupart des francophones ne souhaitent pas attendre plus longtemps pour recevoir des services dans leur langue et choisissent donc plutôt de les recevoir en anglais (de Moissac & Bowen, 2019).

De plus, les francophones des CFMS semblent ne pas s'afficher comme francophones. Le CNFS (2021) ajoute que moins de la moitié des participants à un projet, soit seulement 39 %, ont demandé à recevoir des services en français. On remarque qu'une personne bilingue ne se présentera pas nécessairement en français, en raison de l'insécurité linguistique (Savard et al., 2015). Savard et al. (2015) ajoutent qu'il existe aussi une peur de ne pas recevoir des soins de qualité si ceux-ci sont livrés dans une langue minoritaire. Bouchard et al. (2012) expliquent l'importance de sensibiliser les CFMS à la demande de service dans leur langue, un aspect mal compris jusqu'à présent. Selon ces auteurs, il serait aussi important pour les anglophones de comprendre l'importance d'offrir des soins de santé en français, même si le client est bilingue.

Les personnes âgées de CFMS. Le nombre de personnes âgées au Nouveau-Brunswick ne cesse d'augmenter (Association francophone des aînées du Nouveau-Brunswick (AFANB) et al., 2019). Plus précisément, 177 160 personnes au Nouveau-Brunswick étaient âgées de plus de 65 ans lors du recensement de 2021, représentant 22,8 % de la population provinciale (Statistique Canada, 2022). Statistique Canada (2022)

ajoute que 35,3 % de ces personnes âgées déclarent le français comme langue maternelle. Dans une optique de maintien à domicile et des besoins d'une population vieillissante, l'accès aux soins et aux services pour le maintien de la santé et de l'autonomie est primordial (Dupuis-Blanchard, 2024; Simard & Bouchard, 2020). On sait que les personnes âgées sont plus à risque de développer des problèmes de santé et, donc, de nécessiter plus de soins dans les centres de santé (van Kemenade et al., 2016). Ces problèmes de santé nécessitent des suivis et des soins pour maintenir une bonne gestion de la santé (Consortium national de formation en santé, 2021). De plus, la personne âgée peut démontrer plus de difficultés à communiquer ses besoins en santé si elle éprouve déjà des difficultés neurocognitives, telles que la démence (Drolet et al., 2015). Dans ce contexte, utiliser une langue seconde augmente le stress et la vulnérabilité de la personne âgée issue de CFMS (Drolet et al., 2015; Simard & Bouchard, 2020). Un autre défi vécu par les personnes âgées francophones est l'isolement. Bouchard (2013) indique que les personnes âgées en CFMS sont isolées, qu'elles habitent en ville ou en région rurale. Cette autrice explique que ces communautés ont des besoins spécifiques qui devraient toujours être reconnus. Comme exemple, les lignes directrices canadiennes sur l'isolement chez la personne âgée mentionnent que des interventions, telles que l'accès au transport adapté, peuvent aider l'engagement social (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024). Cependant, on note un grand besoin en matière de transports adaptés pour les personnes âgées (Dupuis-Blanchard et al., 2013; Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, 2001; Kennedy & McIsaac, 2010; Thériault & Dupuis-Blanchard, 2017). Malheureusement, certaines personnes âgées ont avoué être ouvertes à l'idée de recevoir des services en anglais, car elles sont conscientes que les services bilingues sont plus difficiles à obtenir (Kennedy & McIsaac, 2010).

Des auteurs discutent de défis semblables, tout en expliquant que le manque de services représenterait le plus grand défi pour les personnes âgées francophones (Dupuis-Blanchard, 2024; Dupuis-Blanchard et al., 2013; Kennedy & McIsaac, 2010). Ces mêmes auteurs discutent du manque de personnel affecté à l'aide à domicile et de leur rétention difficile en raison de la faiblesse de leur rémunération. De plus, il existe d'importantes lacunes en ce qui concerne leur formation. La majorité des organismes reconnaissent ces défis et les besoins spécifiques des personnes âgées, mais peu ont prévu l'amélioration

de leurs services (Dupuis-Blanchard et al., 2014; Kennedy & McIsaac, 2010). Ces mêmes auteurs insistent sur l'importance qui devrait être portée au maintien à domicile. Les personnes âgées en CFMS pourraient ainsi bénéficier de beaucoup plus d'avantages avec le maintien des soins et des services à domicile qu'avec la construction de nouveaux foyers de soins, surtout si ces services peuvent être offerts en français (Dupuis-Blanchard et al., 2013).

Justification

L'étude de l'accès aux soins de santé pour les francophones en situation minoritaire n'est pas nouvelle et on constate un intérêt grandissant pour le sujet, ces dernières années. En fait, la problématique semble beaucoup plus explorée depuis dix ans. Ainsi, plusieurs recherches démontrent la difficulté que les communautés francophones en situation minoritaire éprouvent pour accéder aux services de soins dans leur langue (Bouchard, 2013; Bouchard et al., 2012; de Moissac et al., 2012, 2015; de Moissac & Bowen, 2019; Drolet et al., 2014, 2015; Dupuis-Blanchard, 2024; Dupuis-Blanchard et al., 2013, 2014; Kennedy & McIsaac, 2010; Savard et al., 2015; Traisnel & Forgues, 2010; van Kemenade et al., 2016). De plus, d'autres études démontrent les difficultés éprouvées par les personnes âgées en situation minoritaire pour avoir accès à des soins de santé (Drolet et al., 2015; Dupuis-Blanchard et al., 2014; Dupuis-Blanchard et al., 2013; Dupuis-Blanchard & Caissie, 2021; Dupuis-Blanchard & Vézina, 2015; Kennedy & McIsaac, 2010; Savard et al., 2020).

Cependant, peu d'études explorent comment les personnes âgées francophones procèdent afin d'avoir accès aux services de santé en français, surtout qu'elles sont les personnes qui ont l'interaction la plus fréquente avec le système de santé. Ainsi, aucune étude au Nouveau-Brunswick, plus particulièrement, n'a été faite pour mieux comprendre comment les personnes âgées des CFMS demandent ou réussissent à obtenir des soins de santé dans leur langue. Il semblerait en fait qu'une seule étude discute du processus utilisé pour avoir accès à des soins de santé en français, soit l'étude de Drolet et al. (2015). Cependant, cette étude est plutôt dirigée vers les proches aidants de personnes âgées ou les tuteurs légaux d'enfants. Drolet et al. (2015) mentionnent qu'obtenir des services de santé en français peut s'avérer très complexe et parsemé d'importants obstacles. Leur

étude démontre que les proches aidants et les tuteurs d'enfants réussissent malgré tout à naviguer dans le système et à accéder à des services communautaires publics ou privés en français. Certaines stratégies sont partagées par ceux-ci, telles que s'engager pleinement dans les démarches afin d'obtenir des services dans sa langue maternelle. Cela confirme l'importance de prendre les devants pour trouver des professionnels de la santé capables d'offrir les soins de santé en français plutôt que d'attendre que ces services en français leur soient offerts. Il est aussi très important de bien connaître le réseau de santé et de se créer son propre réseau en tant que patient. On ajoute même que certains tuteurs ou proches aidants de personnes âgées contournent certaines règles pour assurer un bon suivi du patient. Cependant, l'étude de Drolet et al. (2015) ne discute aucunement de comment les personnes âgées francophones en CFMS ont accès aux services de santé en français dans leur région.

But de l'étude

Le but de l'étude était de cerner le processus ou la démarche utilisés par les personnes âgées de communautés francophones en situation minoritaire au Nouveau-Brunswick quant à l'accès aux services et aux soins de santé en français dans leur région.

Question de recherche

Cette étude qualitative avait comme question de recherche la suivante : comment les personnes âgées des CFMS du Nouveau-Brunswick accèdent-elles aux soins et services de santé en français?

Chapitre II

Manuscrit

Abstract

Even though New Brunswick is the only officially bilingual province in Canada, accessing healthcare in the official language of the minority remains a significant challenge. In addition to the language issue, the province has one of the highest proportions of individuals aged 65 and over, 35 % of whom are Francophone. The purpose of this qualitative grounded theory study was to identify how older Francophones in official language minority communities (OLMC) access healthcare services in French. Interviews were conducted with older persons from three OLMCs in New Brunswick. The findings reveal the process of "Identity versus Vulnerability" with six stages. The results demonstrate that few actions are taken to receive care in French. Moreover, the constant influence of certain factors affects identifying as a Francophone and requesting services in French, keeping the older person vulnerable within the healthcare system.

Résumé

Malgré le fait que le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue, l'accès aux soins de santé dans la langue officielle de la minorité demeure un grand défi. La province est l'une de celles avec la plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, dont 35 % sont francophones. Le but de cette étude qualitative de type théorisation ancrée était d'identifier comment les personnes âgées francophones en situation minoritaire accèdent aux soins en français. Des entrevues avec des personnes

âgées provenant des trois communautés francophones minoritaires au N.-B. furent réalisées. Les résultats révèlent le processus de « L'identité contre la vulnérabilité » avec six étapes. Les résultats démontrent que peu d'actions sont prises afin de recevoir les soins de santé en français. De plus, l'influence constante de facteurs affecte l'étape où on s'identifie comme francophone, ce qui accentue la vulnérabilité de la personne âgée dans le système de santé.

Keywords : older adult, access to healthcare, French minority, OLMC

Mots-clés : personne âgée, accès aux soins de santé, minorité francophone, CFSM

Affronter les barrières liées à l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire

Dans un monde où il est important pour la population vieillissante d'avoir accès aux services et aux soins de santé nécessaires pour vieillir en santé, la question de l'accès aux soins de santé dans sa langue pose un réel problème pour les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM), soit celles où on retrouve des francophones à l'extérieur du Québec (Ahmed, 2022). Pourtant, il est clair dans la Loi sur les langues officielles du Canada que les communautés francophones et les communautés anglophones ont un statut, des droits et des privilèges égaux qui incluent le droit à des soins de santé dans la langue de leur choix (Ministère de la Justice, 2017). Malgré ce droit, au Canada (en excluant le Québec), le taux de professionnels de la santé pouvant soutenir une conversation en français se situait à 19,9 % en 2021 (Gouvernement du Canada, 2021). Cela comprend le fait de pouvoir donner des directives ou discuter de certaines inquiétudes avec la personne.

Malgré cette loi fédérale et le fait que le Nouveau-Brunswick soit la seule province officiellement bilingue, les habitants de la province continuent à éprouver de la difficulté à recevoir les soins de santé en français. On note que 45 % des gens des CFSM du centre et du sud de la province du Nouveau-Brunswick indiquent qu'il est très difficile ou même impossible d'obtenir des soins de santé en français dans leur région (Simard & Bouchard, 2020). La majorité des gens expriment pourtant qu'il est très important pour eux de recevoir des soins dans leur langue (Consortium national de formation en santé, 2021; de Moissac et al., 2012). C'est la raison pour laquelle cette étude a pour but de cerner le processus utilisé afin d'avoir accès aux soins de santé en

français tout en se posant la question suivante : comment les personnes âgées des CFSM du Nouveau-Brunswick accèdent-elles aux soins et services de santé en français ?

Contexte de l'étude

Le nombre de personnes âgées, au Nouveau-Brunswick comme ailleurs au Canada, ne cesse d'augmenter (Association francophone des âgées du Nouveau-Brunswick et al., 2019). En particulier, au Nouveau-Brunswick, on compte 22,8 % de la population provinciale âgée de 65 ans et plus, et 35,3 % de ces personnes âgées déclarent le français comme langue maternelle (Statistique Canada, 2022). De plus, les personnes âgées sont parmi celles qui côtoient le plus le système de santé (van Kemenade et al., 2016) puisqu'elles sont plus à risque de développer des problèmes de santé tels que le diabète et l'hypertension artérielle. Les personnes âgées francophones ne font pas seulement face à de nombreux enjeux, tel qu'un besoin accru d'accès aux soins primaires et la gestion de conditions médicales chroniques tout en voulant vieillir chez elles. Elles doivent également faire face au manque d'accès à des soins dans leur langue. Ainsi, naviguer dans un système de santé complexe dans une langue seconde s'avère un réel défi pour la personne âgée de CFSM.

Dans le contexte des CFSM, il est essentiel de reconnaître que la personne âgée vit une intersectionnalité entre l'âge et la langue minoritaire. Par conséquent, être minoritaire en tant que francophone et en tant que personne âgée peut déjà mener à un grand sentiment de vulnérabilité. Si on y ajoute des défis de communication ressentis par certaines personnes âgées, surtout celles avec des difficultés neurocognitives telles que la démence, le fait de devoir utiliser une langue seconde augmente considérablement le niveau de stress (Drolet et al., 2015; Simard & Bouchard, 2020).

Mais, pour quelles raisons est-il aussi difficile pour les CFSM d'avoir accès à des services et des soins de santé dans leur langue maternelle? Tout d'abord, le manque de personnel infirmier ou de personnel en santé est assurément à la base de ce manque d'accès aux soins de santé (Bouchard, 2013; Dupuis-Blanchard et al., 2013). Pour répondre aux besoins des CFSM, il devrait y avoir une augmentation approximative de 20 % à 30 % en personnel infirmier francophone (de Moissac et al., 2012). Par conséquent, l'utilisation d'une langue seconde pour communiquer ses besoins en santé a entraîné divers effets, tels que le stress ressenti par l'individu, l'automédication et un sentiment de frustration (Lacaze-Masmonteil et al., 2013). Le risque de poser un mauvais diagnostic est nettement supérieur lorsqu'il y a présence de barrières linguistiques. Malheureusement, la collecte de données à cet effet peut ne pas être précise et peut même être complètement erronée. Aussi, plusieurs patients ajoutent que le temps d'attente avant de se faire soigner est plus long, car il est souvent difficile pour eux de se faire comprendre et, ainsi, de recevoir les traitements appropriés (de Moissac & Bowen, 2019). En effet, il y aurait une diminution des conséquences négatives lorsque la personne francophone a accès à des soins de santé dans un hôpital bilingue, comparé à quand elle reçoit des soins de santé dans un hôpital anglophone (Reaume et al., 2020). Il faut aussi savoir que le stress de ne pas pouvoir s'exprimer correctement est beaucoup plus perçu chez les enfants et chez les personnes âgées qui doivent, à l'occasion, dépendre de leurs proches aidants pour communiquer leurs besoins (Drolet et al., 2014).

Devant tous ces défis, il n'est pas surprenant que la personne âgée de CFSM soit réticente à demander des services et des soins de santé en français. Le sentiment d'infériorité ressenti par les personnes âgées de CFSM aurait un impact sur la façon

dont elles autoévaluent leur santé (van Kemenade et al., 2016). Elles évalueraient leur santé comme supérieure à celle de l'autoévaluation des anglophones, mais elles démontrent une longévité inférieure à celle de ces derniers (van Kemenade et al., 2016). Par ailleurs, on observe une hésitation à consulter les services offerts en raison du manque de services en français, mais aussi en raison des multiples comportements âgistes de la part des professionnels de la santé (Dupuis-Blanchard & Caissie, 2021). De plus, il ne faut pas oublier que l'offre active des soins de santé en français, au premier contact, contribue grandement au pourcentage de gens qui demanderont leurs soins dans cette langue, car la personne se sent beaucoup plus à l'aise en sachant que la possibilité de recevoir des services en français existe (de Moissac et al., 2012).

En somme, il est clair que les personnes âgées des CFMS ont un besoin criant d'avoir accès à des services de santé dans leur langue et, comme déjà mentionné, il y a des conséquences importantes lorsque les services en français ne sont pas offerts. Ainsi, malgré ces études, il demeure que les actions prises par les personnes âgées en CFMS pour obtenir leurs soins en français ont été peu étudiées.

Méthodologie

Dans cette étude de type qualitative, la théorisation ancrée selon le paradigme constructiviste de Charmaz était l'approche méthodologique privilégiée afin de bien comprendre le processus social identifié par la question de recherche. Le devis qualitatif nous a permis d'explorer comment les personnes âgées francophones obtiennent des soins et des services de santé en français dans les CFMS. Par ailleurs, le constructivisme permet à la personne chercheuse de garder une subjectivité lors de la collecte et de l'analyse des données (Charmaz, 2014). L'étude du processus utilisé par les personnes

âînées francophones vivant en CFSM pour accéder aux soins et services de santé en français est une réalité sociale vécue par une population réelle. Selon l'approche constructiviste, chaque individu en CFSM vit une situation différente selon son expérience avec le système de santé. Chaque situation vécue par les individus permet à la personne chercheuse de faire des liens qui lui permettront de construire un processus social. Ce processus tient compte des valeurs et des connaissances de la personne chercheuse comme outil de collecte de données (Charmaz, 2014). Les méthodes choisies pour répondre à la question de recherche furent l'entrevue individuelle, l'entrevue de groupe, l'échantillonnage de convenance et l'échantillonnage théorique, l'analyse continue de données, les mémos et le journal de réflexion.

Collecte de données

À la suite de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université de Moncton, le recrutement a débuté auprès des personnes âînées francophones des CFSM au Nouveau-Brunswick. Le recrutement a été soutenu par une collaboration avec le Centre scolaire communautaire Samuel-de-Champlain de Saint John, le Centre communautaire Sainte-Anne de Fredericton et le Centre communautaire Carrefour Beausoleil de Miramichi. L'échantillonnage de convenance a débuté à l'aide d'échange de courriels et d'affiches dans les centres communautaires. Une lettre d'invitation a également été envoyée par courriel aux participants intéressés afin de décrire brièvement l'étude et de fournir les coordonnées de la personne chercheuse. L'échantillonnage théorique nous a permis de cibler des participants qui avaient des expériences plus récentes lors des dernières entrevues.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient les suivants : être francophone (utiliser le français comme langue première), avoir 65 ans ou plus et avoir utilisé des services de soins de santé dans une région majoritairement anglophone durant la dernière année au Nouveau-Brunswick. Comme critère d'exclusion, les personnes qui étaient francophones, mais qui souhaitaient recevoir et discuter de leurs soins de santé en anglais ne pouvaient pas participer à l'étude.

Un guide d'entrevues a permis de mener des entretiens semi-structurés avec les participants. Après avoir bien compris et signé le formulaire de consentement, les participants étaient invités à partager leurs expériences et leurs impressions. La majorité des entrevues ont eu lieu au domicile des participants, sauf trois d'entre elles qui ont été réalisées par vidéoconférence. Les entrevues étaient d'une durée de vingt à soixante minutes et le tout a été enregistré, avec l'accord des participants, afin de faire la transcription des entrevues par la suite. Suivant l'analyse des données, un groupe de discussion a eu lieu avec les participants de l'étude et un nouveau participant qui n'avait pas pu participer à l'entrevue individuelle. Réaliser un groupe de discussion a permis à la personne chercheuse de confirmer les résultats par la validation des répondants. Les résultats obtenus des entrevues individuelles ont alors été retournés aux participants sous forme de présentation orale lors de la séance de groupe lors duquel ils pouvaient confirmer, ou non, les résultats de la recherche (Birt et al., 2016). Le recrutement s'est fait par courriel, c'est-à-dire de la même façon que pour les entrevues individuelles. Un guide de questions semi-structurées a guidé la rencontre de groupe d'une durée d'environ 35 minutes et le tout a été enregistré avec l'accord des participants. Pour

terminer, un journal de bord et des mémos ont été utilisés par la personne chercheuse, tout au long de la collecte des données, afin d'assurer la rigueur de la recherche.

Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon les étapes de la méthodologie de la théorisation ancrée de Charmaz (2014). Premièrement, la transcription verbatim des entrevues individuelles et du groupe de discussion a été complétée par la personne chercheuse. Ensuite, selon la théorisation ancrée de Charmaz, la codification a été faite en deux phases : 1) la phase initiale qui comprend de nommer chaque mot, ligne ou segment ; et, 2) la phase sélective qui regroupe les codes les plus signifiants ou les plus fréquents, afin d'organiser, synthétiser et intégrer plusieurs données (Charmaz, 2017). Des codes tels que « Changer sa langue pour avoir des services » et « Attendre pour recevoir des soins dans sa langue » ont été regroupées pour former la catégorie « Avoir une équité quant aux soins de santé pour les personnes âgées francophones ». Pour terminer l'analyse des données, il y a eu une codification théorique d'établie. Le but de la codification théorique est de former une théorie avec les codes ciblés. La personne chercheuse a regroupé les catégories et procédé à une analyse plus concrète pour terminer avec une théorisation des données (Charmaz, 2014). Dans cette étude, le codage théorique a mené à un cycle où les catégories s'influencent entre elles, illustrant ainsi le combat entre l'identité et la vulnérabilité de la personne âgée de CFMSM quant à l'accès à des soins et des services de santé en français. Par exemple, la catégorie « Faire face aux barrières linguistiques dans les soins de santé » a comme effet pour la personne âgée de devoir « développer des stratégies de communication en santé pour minorité

linguistique », qui est une autre catégorie. Les catégories se regroupent pour former ce cycle, qui comprend six étapes.

Résultats

Profil des participants

Treize entrevues ont été réalisées auprès des personnes âgées en CFMSM, spécifiquement à Saint John, à Fredericton et à Miramichi, au Nouveau-Brunswick. Huit femmes, deux hommes et trois couples hétérosexuels ont participé aux entrevues. Les couples n'ont pas été dissociés en raison d'un partage d'opinion similaire. Ainsi, ils sont indiqués comme étant un seul participant et non deux. Les participants étaient âgés de 68 et 90 ans. Tous parlaient le français comme langue première. Tous sont des Canadiens caucasiens. Trois personnes habitaient seules, les dix autres habitaient avec un conjoint, une conjointe ou leur enfant. Cinquante-six pour cent ($n = 9$) des participants n'avaient aucune ou seulement une seule condition médicale chronique, tandis que 44 % ($n = 7$) avaient de deux à quatre conditions médicales. La majorité des participants avaient recours aux services de santé une fois ou moins d'une fois par mois. La région de chaque participant n'a pas été associée aux pseudonymes, afin de respecter la confidentialité et de limiter la possibilité de reconnaître un participant (tableau 1).

En ce qui concerne le groupe de discussion, huit participants se sont joints à la discussion. Tous les participants, sauf un, étaient des personnes âgées ayant contribué aux entrevues individuelles. Un participant demeurait dans la région de Fredericton, un couple et une participante demeuraient dans la région de Saint John et deux couples dans la région de Miramichi. Un des participants, qui respectait les critères d'inclusion,

n'avait pas collaboré aux entrevues individuelles, mais souhaitait tout de même participer à la discussion de groupe.

Contexte du processus : l'intégration de l'aînée francophone de CFMS

Pour comprendre la situation des participants aînés francophones en situation minoritaire, il faut savoir que ces personnes aînées habitent des régions majoritairement anglophones au Nouveau-Brunswick depuis plusieurs années. La plupart ont vécu plus de quarante ans dans ces régions de la province, principalement en raison d'occasion de travail dans le passé. Par conséquent, ils s'y sont établis et leurs familles y ont vu le jour. Aujourd'hui, leur cercle d'amis, leur famille, leurs souvenirs font partie de ces régions anglophones. Un participant explique :

Parce que... à mon âge-là, on a passé des expériences. J'ai déménagé de nouveau à Saint-Jean en 75. Je suis revenu à Saint-Jean. Quand j'ai revenu à Saint-Jean, en 75, là, les services en français, y n'avait pas. (Gaëtan, 73 ans)

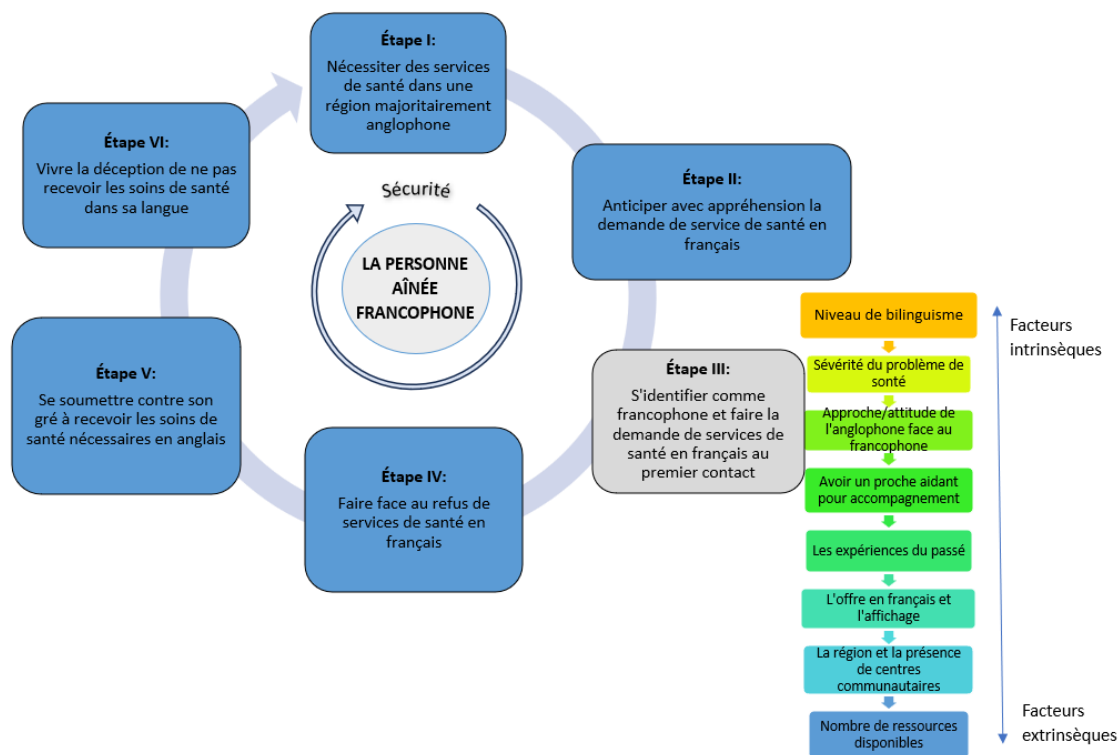
Même si les participants à l'étude demeurent dans des CFMS avec des ressources francophones telles que les associations de personnes aînées francophones, il reste qu'à l'extérieur de ces espaces, l'anglais est la langue de la majorité. Avec le temps et les expériences vécues, les personnes aînées de CFMS développent des approches qui forment un processus social, afin d'avoir accès à des soins et à des services de santé en français. Ce processus s'intitule « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes aînées francophones en situation minoritaire ». Les étapes du processus, ainsi que tous les facteurs qui l'influencent, seront expliquées dans la prochaine section.

L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire

Le processus « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire » est représenté par un cycle où l'on retrouve six étapes qui se succèdent (figure 1). Le titre du processus explique les actions que la personne âgée en situation minoritaire doit prendre afin de recevoir des soins de santé en français dans une région majoritairement anglophone. Devoir mettre sa langue de côté pour recevoir des soins vient ébranler l'identité francophone et rend la personne plus vulnérable qu'elle ne l'est déjà face au système de santé.

Par ailleurs, ce processus cyclique démontre que la personne âgée devra inévitablement avoir accès à des soins ou à des services de santé à multiples reprises, avec le temps, ce qui la ramène chaque fois à l'étape I du processus. Pour rajouter à ceci, plusieurs facteurs, extrinsèques et intrinsèques, influencent le processus pour certaines personnes, tout particulièrement à l'étape III. Ils seront expliqués lors de la description de l'étape III.

Figure 1- L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire



Les étapes du processus de « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire »

Les six étapes du processus sont les suivantes : I) Nécessiter des services de santé dans une région majoritairement anglophone; II) Anticiper avec appréhension la demande de services de santé en français; III) S'identifier comme francophone et faire la demande de services de santé en français au premier contact; IV) Faire face au refus du service de santé en français; V) Se soumettre contre son gré à recevoir les soins de santé nécessaires en anglais; VI) : Vivre la déception de ne pas recevoir les soins de santé dans sa langue. Ces étapes sont discutées ci-bas.

Étape I : nécessiter des services de santé dans une région majoritairement anglophone

La première étape du processus est inévitable, car c'est le début du processus. Cette étape représente le moment où la personne aînée francophone nécessite des soins ou des services de santé dans une région majoritairement anglophone. Recevoir des services de santé représente un éventail de possibilités, passant des soins médicaux dans un centre hospitalier à des services dans une clinique externe de soins. Cela peut aussi représenter les services ambulanciers, les services de pharmacie ou les services d'aide à domicile par des infirmières immatriculées. Carole et Pierre mentionnent avoir eu recours au système de santé à plusieurs reprises : « ... J'ai tellement été dans le système. Dans les derniers trois ans ou cinq ans que... Mais y'a une fois, j'ai été hospitalisé pour huit jours. À cause de ma chimio. » Une participante ajoute que son conjoint a dû nécessiter plus de soins dernièrement, ce qui l'a amenée à avoir accès aux services de santé plus fréquemment :

Même quand le stroke à (*nom du conjoint*) a arrivé, comme plus au début, c'était plus critique. Quand ça allait moins bien, au début, y s'avait cassé le fémur, pis là, y'avait fait un stroke. Ça fait que, dans ce temps-là, y'avait peut-être plus de soins et c'est dans ces moments-là que tu veux avoir le plus d'informations. (Josée, 78 ans)

Cette première étape laisse la personne aînée de CFMS dans un état de vulnérabilité. La personne qui doit avoir accès au système de santé n'est pas en contrôle du fait qu'elle doit consulter. Que ce soit pour des traitements d'urgence ou de routine, elle devra demander de l'aide, ce qui entraîne un sentiment d'insécurité. Après avoir

déterminé qu'il est nécessaire d'avoir des soins ou de consulter, la personne aînée ressent de l'inquiétude avant de faire la demande de services de santé en français.

Étape II : Anticiper avec appréhension la demande de services de santé en français

À l'étape II, les participants avouent ressentir une impuissance, même avant le contact avec le système de santé, car ils sont souvent persuadés que les soins de santé ne seront pas offerts en français. Plusieurs perdent espoir de recevoir ces soins dans leur langue. Un couple ajoute :

Ils demandent pas le service en français, parce qu'ils s'attendent pas à l'avoir en français. Si le service en français... si j'arrivais à une prise de sang, pis je saurais que je pourrais avoir tout le service en français comme j'suis censé l'avoir, je le demanderais toute suite. Mais quand y disent, hello-bonjour, pis après ça je lui dis bonjour et après, je ressens que... bon... je retourne en anglais. (Carole et Pierre, 68 et 70 ans)

Certains participants ressentaient de l'anxiété avant de devoir accéder à des soins de santé. Clara déclare : « Quand j'étais toute seule, pis j'allais là, j'oubliais la moitié des choses... Oui, j'étais beaucoup nerveuse. C'est pour ça que ma fille a commencé à venir avec moi. » L'anticipation vécue par ces personnes aînées est un réel problème et génère des sentiments négatifs face aux soins et services en santé. Malgré les sentiments négatifs ressentis, la personne aînée doit avoir recours aux services de santé et se présenter en tant que personne francophone.

Étape III : s'identifier comme francophone et faire la demande de services de santé en français au premier contact

L'étape III est une étape très importante dans le processus et pour les personnes âgées des CFMS. Cette étape leur permet d'exposer leur identité francophone au premier contact avec le système de santé. Tous les participants mentionnent attribuer une grande importance à recevoir les soins de santé dans leur langue. C'est ainsi que Pierrette verbalise : « Ah oui, oui. Pour vieillir en santé, faut que tu vieillisses dans ta langue. » Lors de cette étape, la personne se présente au système de santé comme francophone. Elle dit son nom en français ou fait la demande des services dans sa langue. Un couple ajoute :

Je dis mon nom en français, pas en anglais... En anglais, c'est une insulte, ce l'est. Y'a pas de raison pour ça... C'est dans la culture, ça fait longtemps que c'est de même. Alors la première chose, je dis « mon nom c'est David ». Là, de là, on voit toute suite si qui sont français ou pas. Si qui disent mon nom en anglais (David avec accent anglais), tu dis « Non. Mon nom, c'est David. »
(Anne et David, 85 et 84 ans)

Ainsi, l'étape III est grandement influencée par différents facteurs. Ces facteurs vont influencer la personne à continuer à faire la demande ou non de services en français à la suite du premier contact. Ces facteurs sont expliqués ci-bas.

Niveau de bilinguisme. Les participants affirment que, lorsqu'ils sont bilingues et qu'ils se sentent à l'aise de discuter en anglais, ils seront moins portés à demander les services de santé en français. Cependant, il est aussi important de mentionner que les participants démontraient des insécurités face au dialecte médical. Un homme partage :

Oui, j'parlerais français, oui. Si qu'a parle anglais, j'va parler anglais, oui... Nous autres, on est aux deux. Moi, j'aime parler ma culture... Quand c'est anglais, on comprend toute aussi. Peut-être bien que ça fait une différence aussi. (Denis, 68 ans)

Sévérité du problème. Les participants sont tous d'accord pour dire que, selon le degré de sévérité du problème de santé, la demande de soins de santé en français devient secondaire. La priorité reste la prise en charge du problème de santé. Un couple explique :

Quand j'arrive à l'urgence, y m'ont demandé. Mais si j'voulais quelqu'un en français, fallait qui aille la chercher dans l'autre département, pis un brouhaha. Pis en tout cas... y'ont dit, ça dérange tu si on te parle anglais? Bin, quand tu feel mal, là, ...tu acceptes... (Jeannette et Ronald, 70 et 71 ans)

Approche / attitude de l'anglophone face au francophone. Lors de la demande de services de santé en français, l'attitude du professionnel de la santé exercera une influence sur la personne âgée francophone, dans le sens où, si la personne se sent inférieure, à la suite de sa demande, elle cessera de faire la demande de services de santé en français à l'avenir. Pour appuyer ceci, un couple partage :

Y'en a d'eux autres,... les anglophones qui sont bilingues, qui devraient faire un effort pour renforcer leur langue avec le temps. Pis y le font pas... le moins de raisons qu'ils ont pour l'employer. Y'ont besoin d'la pratique, de la linguistique. Ça, c'est un des problèmes que je vois. Euh... j'm'ai fait dire, l'autre jour, par un docteur, parce que j'parlais français, « oh, you're one of those! » Ça, c'était un dur coup, ça. (Anne et David, 85 et 84 ans)

Avoir un proche aidant pour accompagnement. Avoir un proche aidant avec la personne âgée francophone peut certainement influencer la demande de soins de santé en français puisqu'elle dépend complètement des compétences bilingues du proche aidant pour la traduction. Cela diminue certainement le stress de certains, mais la traduction n'est pas toujours exacte. Il peut être difficile de traduire une émotion ou un ton de voix. De son côté, une participante avoue que la présence d'un proche aidant lui est très bénéfique. Elle cite :

Moi, j'suis assis. Docteur, écoute ma fille. Si qui a des mots que ma fille... j'va le dire à ma fille... si qu'a l'a oublié quelque chose, que j'peux rajouter. J'va rajouter en français à ma fille, pis a va traduire. Ça va vraiment bien, là. Ça va comme ça. J'suis bien. J'ai pas d'inquiétude. (Clara, 90 ans)

Les expériences du passé. Plusieurs participants avouent que les expériences du passé influencent leur confiance à faire la demande de services en français. Moins les personnes ont reçu des soins en français par le passé, moins elles vont avoir confiance de pouvoir en recevoir une prochaine fois. Par exemple, une participante nous explique qu'elle a dû retourner trois fois au centre hospitalier pour se préparer à une chirurgie en raison de problèmes de communication dans sa langue, telle que de la transcription d'informations erronées ou le temps prolongé pour la collecte de données avec un traducteur, la chirurgie devant alors être annulée. Elle nous explique :

Et elle demandait la question au traducteur, qui me disait ça en français. Moi, je répondais ça, ah, ah, ah! Va-et-vient et va-et-vient pendant j'sais pas comment de temps. Là, l'infirmière en chef, la même qui était enragée après moi, là, elle ouvre la porte, pis elle dit: « t'as manqué ton opération. » (Anita, 68 ans)

L'offre en français et l'affichage. Ce facteur, qu'on décrit comme l'offre active, permet au francophone de reconnaître le bilinguisme dans les établissements désignés. Cependant, on note que l'offre de services en français se limite souvent à l'accueil et qu'il disparaît ensuite. L'offre n'est pas continue dans les différents services de santé. Julie souhaite des changements pour améliorer l'offre active : « On veut peut-être changer ça pour quelque chose d'autre. Dire peut-être Hello-Bonjour, mais français-anglais. Parce que là, qu'est-ce qui se passe, on dit Hello-Bonjour, pis on continue en anglais. » De plus, l'offre peut se faire à partir d'affiche, telle que des nominettes ou des écriteaux apposés aux murs des établissements. Une autre participante ajoute que les affiches sont là, mais qu'elles ne servent à rien.

Mais là, y'ont des affiches. Anglais ou français. J'avais une de mes tantes qui était là. Et puis elle dit ça, pis elle, c'était une Française, j'crois qu'elle vient de Québec. Elle dit « c'est écrit anglais ou français, mais... Tu y demandes si qui parle français, ah I don't speak French ». (Josée, 78 ans)

La région et la présence de centre communautaire. Pour certaines régions, il semble y avoir plus de services francophones, ce qui affecte la demande de services de santé en français. Lorsqu'il y a une communauté francophone regroupée, les centres communautaires semblaient offrir du soutien aux personnes âgées dans leur communauté. Un participant ajoute que ce n'était pas toujours le cas des années passées.

Bin là, là, y sont aperçu que wow... là, asteure, on bâti l'école, pis le centre communautaire, parce qui avait une école à Saint-Jean, mais c'était p'tit. Y'avait pas de centre, y'avait rien, y'avait juste une école. Quand y'ont commencé à bâtir, pis là, y sont aperçu que faut faire quelque chose, parce que là, y n'a beaucoup des Français. (Gaëtan, 73 ans)

Dans une autre région, le manque de soutien et de regroupements provenant de la communauté francophone apporte un sentiment de retrait et d'infériorité chez la personne aînée. Un couple explique :

Là, notre église est fermée. Notre groupe francophone, on est éparpillé partout. On est géré par une communauté anglaise, qui même quand une personne se dit bilingue, qui l'est pas. Ça, c'est la sensibilité nécessaire pour ces groupes-là pour s'épanouir. Et c'est ça qui nous arrive, là. (Anne et David, 85 et 84 ans)

Nombre de ressources disponibles. Même si la demande de services de santé en français est faite, quand les ressources francophones ne sont pas présentes, la fréquence de demandes de soins de santé dans sa langue diminue. La présence insuffisante de personnel de la santé francophone est directement liée à l'absence de demandes de soins de santé dans sa langue. Louise mentionne : « À mon avis, y sont presque non existants (le personnel infirmier francophone). Si tu vas à l'hôpital, les services que tu reçois, c'est presque toujours en anglais. Il n'y a personne qui offre des services en français. » Julie ajoute que, malgré l'offre, si la ressource n'est pas disponible, on est impuissant : « Chez mon médecin de famille aussi, j peux m'inscrire en français ou en anglais, mais mon médecin ne parle pas le français. »

Ceci étant dit, l'étape III du processus de « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes aînées francophones en situation minoritaire » est influençable par ces facteurs qui font en sorte qu'avec le temps, la personne aînée s'abstient intentionnellement de s'identifier comme francophone et de faire la demande de services de santé en français. Pour terminer et appuyer ceci, Jeannette et Ronald ajoutent : « Mais c'est rendu un point, on est rendu

assez tanné. Ça fait cinquante ans qu'on est icitte, là, assez tanné de demander dernièrement, que... si qu'a tourne en anglais, j'va continuer en anglais, tu sais qu'est-ce que j'veux dire. » Donc, après avoir fait la demande de services de santé en français, la personne aînée francophone reçoit une réponse et passe ainsi à l'étape IV.

Étape IV : faire face au refus du service de santé en français

L'étape IV du processus fait référence à la personne aînée qui voit sa demande de service de santé en français refusée en raison d'un manque de personnel francophone. Également, la personne se fait souvent dire que le personnel ne parle pas français, mais ne reçoit aucune suggestion de solutions de rechange pour régler le problème. Une participante explique :

Y'avait un des patients qui... qu'a été au « desk » et puis euh, y'avais un problème de, j'sais pas comment qu'on dirait ça... y'était un peu perdu, là. Pis là, y'a demandé quelque chose, pis là... « I don't understand French ». J'ai trouvé que c'était un peu froid. (Josée, 78 ans)

Certains participants, de leur côté, vont attendre pour recevoir des soins de santé en français. Cette participante explique que, même si la demande de soins de santé en français est refusée, elle continue de demander et d'attendre pour avoir quelqu'un qui parle français. Anita ajoute : « Parce que moi, j'l'ai exigé (les services en français). Même si j'ai besoin d'attendre, même si y me fassent des gros yeux, j'attends. Pis, ça me fait pas de différence, pi j'va m'asseoir, là. » Dans ce cas, le service de santé en français peut être offert après une attente ou ne pas être offert du tout, en raison du manque de

ressources professionnelles francophones. La personne aînée se voit alors passer à l'étape V.

Étape V : se soumettre contre son gré à recevoir les soins nécessaires en anglais

Se soumettre aux services de santé en anglais, c'est devoir accepter que les soins offerts ne soient pas offerts dans la langue de choix, contre son gré. À cette étape, on doit accepter de recevoir des soins de santé en anglais, même si on accorde une importance à recevoir nos soins de santé en français. Un participant mentionne accepter les soins de son cardiologue en anglais, car il reconnaît que celui-ci ne parle pas le français. Pour lui, recevoir les soins passe avant la langue. Denis explique : « Parce que, moi, j'fais des stress tests à l'hôpital, là... pour le cœur. Pis j'comprends bien l'an... le spécialiste est très bon euh... on s'entend très bien. Mais c'est un Anglais. » L'étape V, c'est aussi se rendre compte qu'il faudra trouver des façons de comprendre et de se faire comprendre. Anne et David expriment : « J'va te dire une chose. « Yoye » n'est pas suffisant. » Pour appuyer, un autre couple ajoute :

On lui posait constamment... les infirmières qui la soignait, les médecins tant qu'à ça, constamment les questions en anglais. Y'a fallu j'leur dise « même si vous posez la question dix fois en anglais, elle va pas plus comprendre ». Jamais qu'ils ont dit... « on va essayer de vous accommoder, on va aller chercher quelqu'un qui peut parler français ». (...) Probablement parce qu'ils se fiaient à moi pour faire la traduction. Une traduction médicale, c'est pas toujours... c'est spécialisé, ça! (Carole et Pierre, 68 et 70 ans)

Après avoir reçu les soins en anglais, la personne aînée francophone réalise qu'elle doit mettre son identité de côté pour recevoir les soins de santé nécessaires. Elle va maintenant vivre la dernière étape du processus, soit l'étape VI.

Étapes VI : vivre la déception de ne pas recevoir les soins de santé dans sa langue

À la dernière étape du processus, la personne aînée de CFMS n'est pas satisfaite des soins de santé reçus, car ceux-ci n'ont pas été offerts dans sa langue de choix. Même si l'information reçue est souvent assez bien comprise par la personne aînée, il faut se rappeler que ces gens souhaitent tout de même recevoir des soins de santé en français. Ce couple affirme qu'il est important de reconnaître l'importance de recevoir les soins de santé dans sa langue maternelle lorsqu'on le demande.

Faut tu te sens... quand toute chose vient égale, quand t'es poussé sous le stress, t'as tendance à retourner à ta langue maternelle. Même si t'es pas aussi compétent qu'une personne qui a fait la douzième année, t'a encore tendance à retourner vers le cri maternel, le cri, la langue maternelle. Faut reconnaître ça. C'est l'essentiel. (Anne et David, 85 et 84 ans)

C'est à cette étape que la personne aînée reconnaît les stratégies ou les solutions qui pourraient aider au problème. Une participante explique :

Ça, c'est une des choses de Nouvelle-Écosse qu'ils font très bien. Ils assurent des chaises en français à Sherbrooke, ils ramènent les gradués dans leur communauté. Ils leur offrent des gros « signing bonus » et, aussi, ils donnent beaucoup d'attention à leurs élèves quand ils sont à Sherbrooke. Comme, à tous

les Noëls, ils font à souper, ils leur montrent le centre, ils parlent avec les médecins familiaux, qu'est-ce qu'est les possibilités ici. (Louise, 72 ans)

Jeannette et Ronald ajoutent : « Si y'aurais une clinique, un médecin, une infirmière, une infirmière praticienne... dans le même bureau. Au moins, on saurait qu'on aurait le service en français. Mais ça existe pas. Mais avoir ça serait tout un cadeau! » Plusieurs suggestions sont verbalisées par les participants lors de cette étape, telles que le fait d'avoir plusieurs traducteurs sur place, avoir une technologie qui traduit pour les gens, améliorer la documentation bilingue, offrir plus de formation au personnel, et bien d'autres. C'est en ressentant le poids d'être une communauté linguistique en minorité que les personnes âgées cherchent à améliorer l'accès aux soins en français.

Pour terminer, lorsque la personne âgée aura à nouveau besoin de consulter les services de santé, elle recommencera le cycle à l'étape I.

Résultats du groupe de discussion

Suivant l'analyse des données provenant des entrevues individuelles, un groupe de discussion a eu lieu avec les participants de l'étude, ainsi qu'avec un nouveau participant. Après avoir présenté le processus de « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire », tous les participants étaient d'accord pour s'entendre que le processus représente bien leur réalité en tant que personnes âgées de CFSM qui doivent avoir accès aux soins de santé dans leur région. Tous étaient en accord avec les facteurs qui influencent l'étape III : s'identifier comme francophone et faire la demande de soins de santé en français. Une participante affirme recevoir des services en français dans le système de santé assez régulièrement, mais confirme qu'elle n'est jamais certaine de

recevoir le service de santé en français et que le processus représente bien l'expérience vécue. Aucun participant ne souhaitait ajouter un élément au processus. Le participant n'ayant pas participé aux entrevues individuelles, mais présent pour le groupe de discussion, explique être d'accord avec les résultats présentés et que ceux-ci représentent bien son expérience.

Le groupe de discussion s'est terminé avec un débat sur la raison pour laquelle les résidences pour personnes âgées ne sont pas obligatoirement bilingues. La discussion impliquait le sujet de la Loi sur les langues officielles au Nouveau-Brunswick et les résidences pour personnes âgées qui sont privées et non gouvernementales. Les participants se disent tous inquiets du manque de services en français dans les résidences pour personnes âgées. Les participants souhaitent tous voir des améliorations dans un avenir rapproché.

Discussion

Il est clair que l'expérience d'accès aux services et aux soins de santé pour les personnes âgées de CFMS assujettit la personne à une grande vulnérabilité par le fait même d'être francophone. Le fait que le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue et que le Canada est muni d'une Loi sur les langues officielles met encore davantage en relief le manque d'accès aux services et aux soins de santé en français. Pour les personnes âgées de CFMS, ce manque atteint grandement leur identité francophone et le désir de demander leurs soins de santé en français.

La théorie développée dans le cadre de cette étude, « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire », est unique en soi, mais pourrait potentiellement

contribuer au Cadre de l'analyse de l'accès et de l'intégration des services sociaux et de santé pour les communautés de langues officielles en situation minoritaire. Ce cadre, développé par le Groupe de recherche sur la formation et les pratiques en santé et services sociaux en contexte francophone minoritaire (GReFoPS) de l'Université d'Ottawa, explique que les services de santé inclus dans le processus du soin sont définis par des structures politiques, réglementaires et organisationnelles. De plus, l'interaction entre le professionnel de la santé et le client sera positive si, d'une part, le prestataire de services est bien préparé, proactif, formé à l'offre active de services dans les deux langues officielles, capable d'offrir lui-même le service dans la langue officielle minoritaire ou d'orienter la personne vers une ressource appropriée. Ainsi, la théorie de L'identité contre la vulnérabilité vient expliquer le processus utilisé par le client qui interagit avec le professionnel de la santé.

De toute évidence, le processus décrit par les participants indique que très peu d'actions sont prises afin de recevoir les soins de santé en français. En effet, se présenter en français et faire la demande du service en français, l'étape III du processus, sont les seules actions que les personnes âgées réalisent pour tenter d'avoir accès aux soins dans leur langue. Même lorsque l'étape III disparaît du cycle, en raison de l'influence constante des facteurs intrinsèques et extrinsèques, la personne âgée continue de traverser les autres étapes, et ce, en demeurant vulnérable dans le système de santé. En effet, l'étude de Dupuis-Blanchard et Caissie (2021) mentionne que certains aînés francophones en CFSM hésitaient à consulter les services de santé offerts en raison du manque de service en français, mais aussi en raison des multiples comportements âgistes de la part des professionnels de la santé. De plus, il y a une réticence par la personne

ânée de CFSM à s'afficher comme francophone en raison d'une peur de ne pas recevoir des soins de santé d'aussi bonne qualité que les gens qui reçoivent des soins de santé en anglais dans une région majoritairement anglophone (Forgues, Bahi, & Michaud, 2012; Savard et al., 2020).

Non seulement les résultats de cette étude indiquent le peu d'actions entreprises par les participants, mais elle met également en lumière de nombreux autres facteurs qui influencent la demande de soins de santé en français. Selon la présente étude, certains participants affirmaient que leur habileté en bilinguisme diminuait grandement leur crainte de devoir recevoir des soins en anglais, car ils étaient à l'aise de communiquer dans une langue seconde, malgré le désir d'être servis en français. D'un autre côté, les personnes âgées, notamment celles des provinces maritimes et qui sont également francophones, ont souvent un niveau d'éducation plus faible, ce qui les rend moins aptes à comprendre le jargon spécialisé utilisé dans les systèmes de santé (Simard & Bouchard, 2020).

Il est tout de même intéressant de constater que quelques aînées francophones ont affirmé recevoir occasionnellement des soins de santé en français dans un milieu majoritairement anglophone. Ils éprouvaient alors une satisfaction des soins reçus. Lorsque cela se produisait, les participants faisaient l'expérience du processus, mais évitaient temporairement certaines étapes, telles que les étapes IV) faire face au refus du service de santé en français, V) se soumettre contre son gré à recevoir les soins de santé nécessaires en anglais et VI) vivre la déception de ne pas recevoir les soins de santé dans sa langue. Lorsqu'il était nécessaire d'avoir accès aux soins de santé à nouveau ou d'interagir avec un nouveau service lors d'une même visite, ces personnes âgées

recommençaient le processus à l'étape I. Toutefois, recevoir des soins de santé en français n'est jamais une certitude. Ainsi, aucun participant n'a affirmé recevoir les soins de santé en français à chaque visite, tout professionnel de la santé confondu. Ils sont cependant tous en accord que l'offre de soins de santé en français est souvent offerte à l'accueil pour ensuite disparaître, contrairement à la vision de Société Santé en français, qui insiste sur le fait qu'il faut renforcer la disponibilité des services de santé en français de qualité selon les besoins des francophones, à travers le continuum des soins (Société Santé en français, 2017).

Les études antérieures nous ont permis de reconnaître une des conséquences sur la personne aînée de CFMS lorsqu'elle n'a pas accès aux soins de santé dans sa langue, soit la collecte de données erronées (de Moissac & Bowen, 2019). Ces études antérieures nous aident aussi à faire la lumière sur les causes liées au manque de demande de soins de santé en français. Par exemple, Drolet et al. (2015) ont expliqué que le manque de professionnels de la santé accroît le temps d'attente pour les gens de la minorité linguistique. Malgré les études antérieures sur le sujet de l'accès aux services de santé en français en CFMS, la présente étude contribue au corpus de connaissances en ciblant les étapes que la personne aînée de CFMS entreprend quand elle doit interagir avec le système de santé dans une région majoritairement anglophone. De plus, la présente étude nous permet de faire la lumière sur la réalité vécue par les personnes aînées des CFMS dans la province du Nouveau-Brunswick.

Pour terminer, un thème commun relie chaque étape du cycle, soit la sécurité des personnes aînées. La sécurité des personnes aînées francophones dans les systèmes de santé représente la garantie que ces individus reçoivent des soins de santé adéquats,

respectueux et efficaces dans leur langue maternelle. Le CNFS ajoute que la communication en français, pour les personnes âgées de CFSM, est un préalable à la sécurité (CNFS, 2014). La sécurité des personnes âgées dans le système de santé, c'est aussi de s'assurer que cette population puisse communiquer efficacement avec le personnel médical, comprendre les informations importantes qui leur sont fournies et participer activement à leurs propres décisions de soins de santé. Larocque et al. (2023) sont d'accord sur le fait que, lorsque la personne âgée et le professionnel de la santé parlent la même langue, la sécurité et la satisfaction augmentent. D'un autre côté, en l'absence d'un sentiment de sécurité, les participants mentionnent le besoin de déménager dans une région francophone dans l'avenir, en raison du manque de soins à domicile dans leur langue ou en raison du manque de résidences pour personnes âgées en français dans leur région. Déménager dans une autre région éloignera ces gens de leur famille et de leurs amis, ce qui risque d'engendrer l'isolement de la personne âgée et, de ce fait, mettent la sécurité de la personne âgée en jeu. Pour appuyer ceci, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2024) explique clairement que la première ligne directrice, pour faire face à l'isolement de la personne âgée, est la prévention de l'isolement, ce qui comprend un réseau de soutien solide.

Limites et recherche future

Une limite possible de cette étude est l'utilisation de l'échantillonnage de convenance pour le recrutement des participants. Puisque des personnes clés ont aidé au recrutement, il se peut qu'elles aient demandé à des gens qui aiment discuter du sujet des minorités francophones de participer à l'étude, ce qui ferait en sorte que les résultats soient plus congruents qu'ils auraient pu être. De plus, une autre limite de l'étude serait

l'homogénéité de la population en ce qui concerne leur ethnicité. Tous les participants sont des personnes d'ethnicité caucasienne. Il aurait été intéressant d'explorer la personne aînée vivant une triple minorité, ce qui inclut l'ethnicité, l'âge et la langue parlée.

En ce qui concerne la recherche future, le processus de la demande des soins de santé en français pour les personnes aînées de CFMS nous confirme l'influence de plusieurs facteurs pour faire la demande des services de santé en français. Il serait intéressant d'explorer davantage ces facteurs pour mieux cerner leur influence sur la demande initiale et la demande en continu des soins de santé en français. De plus, certains participants ont offert des solutions qui pourraient aider, dont des outils de traduction. Des études futures seraient nécessaires afin d'analyser l'efficacité de ces technologies d'assistance linguistique. Des études sur les façons de développer et d'optimiser des partenariats entre les centres de santé et les communautés francophones afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé par les personnes aînées seraient un atout à la recherche dans le domaine. Pour terminer, il serait intéressant d'appliquer le processus identifié à d'autres populations vulnérables dans la province du Nouveau-Brunswick, telles que les personnes immigrantes francophones ou les enfants francophones. Il serait aussi important d'appliquer la théorie à d'autres provinces canadiennes, afin de déterminer si elle se maintient et se transfère.

Conclusion

En conclusion, cette étude a réussi à décrire le processus que la personne aînée de CFMS au Nouveau-Brunswick utilise afin de recevoir des soins de santé dans sa langue. Ce processus, formé de six étapes distinctes, nous permet de mieux comprendre

ce qui ébranle la sécurité linguistique de cette population. Bien que des progrès aient été réalisés dans certaines régions, par exemple la création de centres communautaires, il reste beaucoup à faire pour assurer que toutes les personnes âgées francophones jouissent d'un accès équitable et compétent aux soins de santé, tout ceci dans l'espoir de construire un système de santé plus inclusif.

Liste des références

- Ahmed, A. (2022). *Projets réalisés «par et pour» les communautés de langue officielle en situation minoritaire*. Gouvernement du Canada. <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/blogue-blog/par-et-pour-by-and-for-fra>
- Association francophone des aînées du Nouveau-Brunswick, Chaire de recherche CNFS de l'université de Moncton sur le vieillissement des populations, & Front commun pour la justice sociale de Nouveau-Brunswick. (2019). *Les aînées et la pauvreté au Nouveau-Brunswick*. http://afanb.org/sites/default/files/documents-pdf/sommaire_adm_aines_en_situation_de_pauvrete_au_nb_-_fr.pdf
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking : A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802-1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Bouchard, L. (2013). La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services de santé en français en situation linguistique minoritaire. *Canadian Journal of Public Health*, 104(S1), S60-4.
- Bouchard, L., Beaulieu, M., & Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : Une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38-65. <https://doi.org/10.7202/1013173ar>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2e éd.). Sage Publication, Inc.
- Charmaz, K. (2017). The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/1077800416657105>
- Consortium national de la formation en santé. (2014). La formation à l'offre active de services de santé et de services sociaux en français—La valeur ajoutée du

Consortium national de formation en santé (CNFS). *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), 154.

<https://doi.org/10.7202/1027589ar>

Consortium national de formation en santé. (2021). *Accès aux services en français dans la langue officielle de leur choix par les minorités francophones hors Québec*.

[https://cnfs.net/wp-content/uploads/2021/06/DPM-](https://cnfs.net/wp-content/uploads/2021/06/DPM-Acc%C3%A8s_services_en_sant%C3%A9_langue_officielle_minorit%C3%A9s_francophones_hors_Qu%C3%A9bec_Rapport_3mai2021.pdf)

[Acc%C3%A8s_services_en_sant%C3%A9_langue_officielle_minorit%C3%A9s_francophones_hors_Qu%C3%A9bec_Rapport_3mai2021.pdf](https://cnfs.net/wp-content/uploads/2021/06/DPM-Acc%C3%A8s_services_en_sant%C3%A9_langue_officielle_minorit%C3%A9s_francophones_hors_Qu%C3%A9bec_Rapport_3mai2021.pdf)

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). Lignes

directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. *Toronto, Canada*.

de Moissac, D., & Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>

de Moissac, D., de Rocquigny, J., Giasson, F., Tremblay, C.-L., Aubin, N., Charron, M., & Allaire, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba : Perceptions des professionnels. *Reflets*, 18(2), 66-100. <https://doi.org/10.7202/1013174ar>

Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S., & Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : Des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Revue canadienne de service social*, 32(1-2), 5-26. <https://doi.org/10.7202/1034141ar>

Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., Lauzon, S., & Dubouloz, C.-J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual

- setting : Challenges for bilingual professionals. *Qualitative Health Research*, 24(3), 295-305. <https://doi.org/10.1177/1049732314523503>
- Dupuis-Blanchard, S., & Caissie, J. (2021). Naviguer le maintien à domicile en communautés de langue officielle en situation minoritaire rurales : Enjeux et pistes de solutions. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 27(2), 38. <https://doi.org/10.7202/1093098ar>
- Dupuis-Blanchard, S., Simard, M., Gould, O. N., & Villalon, L. (2013). La perception des aînés francophones en situation minoritaire face aux défis et aux enjeux liés au maintien à domicile en milieu urbain néo-brunswickois. *Journal Canadien de Santé Publique*, 104(S1), S71-4.
- Forgues, É., Bahi, B., & Michaud, J. (2012). L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire. *Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques*. <http://www.deslibris.ca/ID/231261>
- Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L., & Vaillancourt, C. (2013). Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse. *Canadian Journal of Public Health*, 104(S6), S65-S70. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3515>
- Larocque, S., Lavoie, A. M., & Benoit, M. (2023). L'expérience du relogement en centre d'hébergement de personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire. *Revue de la Diversité de la Recherche en Santé*.
- Ministère de la Justice. (2017). *Lois codifiées Règlements codifiés*. <https://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/page-3.html#h-375089>
- Reaume, M., Batista, R., Talarico, R., Rhodes, E., Guerin, E., Carson, S., Prud'homme, D., & Tanuseputro, P. (2020). The impact of hospital language on the rate of in-

hospital harm. A retrospective cohort study of home care recipients in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*.

Savard, J., Bigney, K., Kubina, L.-A., Savard, S., & Drolet, M. (2020). Structural facilitators and barriers to access to and continuity of french-language healthcare and social services in Ontario's Champlain Region. *Healthcare Policy*, 16(1), 78-92.

Savard, J., Savard, S., Drolet, M., de Moissac, D., Kubina, L.-A., van Kemenade, S., Benoit, J., & Couturier, Y. (2020). Framework for the Analysis of Health and Social Services Access and Integration for Official Language Minority Communities. *Minorités Linguistiques et Société*

Simard, M., & Bouchard, L. (2020). Inégalités sociales et enjeux liés à la santé des aînés francophones en situation minoritaire : Le cas de l'Atlantique et de l'Acadie des Maritimes. *Revue Organisations & territoires*, 29(3), 101-115.
<https://doi.org/10.1522/revueot.v29n3.1206>

Société Santé en Français. (2017). *L'offre active. Des services de santé en français dans les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire au Canada*. Société Santé en Français.

Statistique Canada. (2022). *Tableau de profil, Profil du recensement, Recensement de la population de 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

van Kemenade, S., Bouchard, L., & Bergeron, C. (2016). Enjeux de santé des aînés francophones vivant en situation minoritaire : Une analyse différenciée selon les sexes1. *Reflets*, 21(2), 112-130. <https://doi.org/10.7202/1035435ar>

CHAPITRE III

Conclusion

Le but de cette étude était d'explorer le processus utilisé par les personnes âgées de CFMSM afin d'avoir accès à des soins de santé dans une région majoritairement anglophone du Nouveau-Brunswick. Ainsi, l'étude a permis de répondre à la question de recherche qui était la suivante : comment les personnes âgées des CFMSM du Nouveau-Brunswick accèdent-elles aux soins et services de santé en français? Les entrevues ont mené à des résultats qui ont permis de faire la lumière sur les différentes actions posées par la personne en minorité linguistique. On sait maintenant que les personnes âgées se présentent et demandent les soins en français, mais ne réalisent pas ensuite d'autres actions supplémentaires. On reconnaît aussi que la demande de soins est affectée par des facteurs intrinsèques et extrinsèques, ce qui influence l'exposition de l'identité francophone. De plus, il a été intéressant d'explorer les étapes qui suivent le refus de la demande de soins de santé en français. Le sentiment de vulnérabilité est fort lors du processus. De ce fait, les six étapes décrites dans le processus contribuent à déterminer le degré de sécurité de la personne âgée. La sécurité de la personne âgée, comme thème commun dans le processus, relie et influence sa vulnérabilité ainsi que son identité. Ainsi, la personne âgée qui se sent en sécurité optimisera son bien-être ce qui réduira son sentiment de vulnérabilité tout en lui permettant d'afficher son identité francophone.

Il faut ajouter que les six étapes du processus de « L'identité contre la vulnérabilité » sont I) nécessiter des services de santé dans une région majoritairement anglophone; II) anticiper avec appréhension la demande de service de santé en français; III) s'identifier comme francophone et faire la demande de services de santé en français au premier contact; IV) faire face au refus du service de santé en français; V) se soumettre contre son gré à recevoir les soins de santé nécessaires en anglais; VI) vivre la déception de ne pas recevoir les soins dans sa langue. Ces six étapes forment une suite logique du processus d'accès aux services et aux soins de santé pour la personne âgée de CFMSM. Le cycle se maintient, même lorsque l'identité francophone n'est pas affirmée. De plus, le cycle recommence chaque fois que la personne doit avoir accès aux services de santé dans

sa région, d'où l'importance de bien reconnaître le processus pour nos communautés francophones en situation minoritaire.

La théorisation ancrée fut privilégiée pour cette recherche en raison de l'émergence de théorie qu'elle apporte. Créer une théorie, représentée par un schéma, nous a permis de mieux comprendre et de visualiser les étapes que la personne âgée traverse. De ce fait, le choix de la méthodologie pour cette recherche est une force, tout particulièrement en raison du manque d'études antérieures sur le sujet. Il faut ajouter que les quatre critères de rigueur selon Proulx (2019), soit la transférabilité, la fiabilité, la conformabilité et la crédibilité, ont été respectés pour assurer la qualité de l'étude.

Pour terminer, la contribution de cette recherche s'avère importante. Elle permettra de fournir des pistes de solutions afin d'apporter des améliorations et d'ouvrir la porte à d'autres recherches potentielles pour les personnes âgées, ainsi que pour les communautés francophones en situation minoritaire. Les âgées francophones sont une partie intégrante et grandissante de notre province du Nouveau-Brunswick. Il est absolument primordial de leur offrir un environnement sécuritaire et inclusif.

Liste des références

- Ahmed, A. (2022). Projets réalisés « par et pour » les communautés de langue officielle en situation minoritaire. Gouvernement du Canada. <https://www.noslangues-ourlangues.gc.ca/fr/blogue-blog/par-et-pour-by-and-for-fra>
- Association francophone des aînées du Nouveau-Brunswick, Chaire de recherche CNFS de l'université de Moncton sur le vieillissement des populations, & Front commun pour la justice sociale de Nouveau-Brunswick. (2019). *Les aînées et la pauvreté au Nouveau-Brunswick*. http://afanb.org/sites/default/files/documents-pdf/sommaire_adm_aines_en_situation_de_pauvrete_au_nb_-_fr.pdf
- Bahi, B., & Forgues, É. (2015). Facteurs favorisant l'offre de services de santé en français : Études de cas en milieu hospitalier anglophone. *Minorités linguistiques et société*, 6, 157-182. <https://doi.org/10.7202/1033194ar>
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking : A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802-1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Bouchard, L. (2013). La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services de santé en français en situation linguistique minoritaire. *Canadian Journal of Public Health*, 104(S1), S60-4.
- Bouchard, L., Beaulieu, M., & Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : Une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38-65. <https://doi.org/10.7202/1013173ar>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2e éd.). Sage Publication, Inc.
- Charmaz, K. (2017). The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 34-45. <https://doi.org/10.1177/1077800416657105>
- Consortium national de la formation en santé. (2014). La formation à l'offre active de services de santé et de services sociaux en français—La valeur ajoutée du Consortium national de formation en santé (CNFS). *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), 154. <https://doi.org/10.7202/1027589ar>
- Consortium national de formation en santé. (2021). *Accès aux services en français dans la langue officielle de leur choix par les minorités francophones hors Québec*.

https://cnfs.net/wp-content/uploads/2021/06/DPM-Acc%C3%A8s_services_en_sant%C3%A9_langue_officielle_minorit%C3%A9s_francophones_hors_Qu%C3%A9bec_Rapport_3mai2021.pdf

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. *Toronto, Canada*.

de Moissac, D., & Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>

de Moissac, D., de Rocquigny, J., Giasson, F., Tremblay, C.-L., Aubin, N., Charron, M., & Allaire, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba : Perceptions des professionnels. *Reflets*, 18(2), 66-100. <https://doi.org/10.7202/1013174ar>

de Moissac, D., Giasson, F., & 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. <https://doi.org/10.7202/1033189ar>

Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S., & Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : Des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Revue canadienne de service social*, 32(1-2), 5-26. <https://doi.org/10.7202/1034141ar>

Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., Lauzon, S., & Dubouloz, C.-J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting : Challenges for bilingual professionals. *Qualitative Health Research*, 24(3), 295-305. <https://doi.org/10.1177/1049732314523503>

Dupuis-Blanchard, S. (2024). Soins et services pour le maintien à domicile des personnes âgées des communautés francophones en situation minoritaire. *Minorités linguistiques et société*.

Dupuis-Blanchard, S., & Caissie, J. (2021). Naviguer le maintien à domicile en communautés de langue officielle en situation minoritaire rurales : Enjeux et pistes de solutions. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 27(2), 38. <https://doi.org/10.7202/1093098ar>

- Dupuis-Blanchard, S., Simard, M., Gould, O. N., & Villalon, L. (2013). La perception des aînés francophones en situation minoritaire face aux défis et aux enjeux liés au maintien à domicile en milieu urbain néo-brunswickois. *Journal Canadien de Santé Publique*, 104(S1), S71-4.
- Dupuis-Blanchard, S., & Vézina, S. (2015). La recherche au profit d'un meilleur accès aux services de santé en français. *Minorités linguistiques et société*, 6, 3. <https://doi.org/10.7202/1033187ar>
- Dupuis-Blanchard, S., Villalon, L., & Alimezelli, H. T. (2014). Vieillir en santé en situation minoritaire linguistique au Canada : Enjeux, défis et mobilisation collective. *Global Health Promotion*, 21(1_suppl), 70-75. <https://doi.org/10.1177/1757975913512161>
- Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. <https://fcfa.ca/wp-content/uploads/2018/03/Pour-un-meilleur-acces-a-des-services-de-sante-en-fran%C3%A7ais.pdf>
- Forgues, É., Bahi, B., & Michaud, J. (2012). L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire. *Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques*. <http://www.deslibris.ca/ID/231261>
- Gouvernement Canada (2021). *Profil du recensement*, Recensement de la population de 2021, produit n° 98-316-X2021001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 15 novembre 2023. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Hien, A., & Lafontant, J. (2013). Iniquités de santé en milieu minoritaire : Diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Canadian Journal of Public Health*, 104(S1), S75-8.
- Kennedy, E., & McIsaac, C. (2010). Pour une communauté francophone en bonne santé : Une étude de cas dans une communauté francophone en situation minoritaire. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 297-309. <https://doi.org/10.7202/039851ar>
- Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L., & Vaillancourt, C. (2013). Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse. *Canadian Journal of Public Health*, 104(S6), S65-S70. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3515>

- Larocque, S., Lavoie, A. M., & Benoit, M. (2023). L'expérience du relogement en centre d'hébergement de personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire. *Revue de la Diversité de la Recherche en Santé*.
- Ministère de la Justice. (2017). *Lois codifiées Règlements codifiés*. <https://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/page-3.html#h-375089>
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Reaume, M., Batista, R., Talarico, R., Rhodes, E., Guerin, E., Carson, S., Prud'homme, D., & Tanuseputro, P. (2020). The impact of hospital language on the rate of in-hospital harm. A retrospective cohort study of home care recipients in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*.
- Savard, J., Bigney, K., Kubina, L.-A., Savard, S., & Drolet, M. (2020). Structural facilitators and barriers to access to and continuity of french-language healthcare and social services in Ontario's Champlain Region. *Healthcare Policy*, 16(1), 78-92.
- Savard, J., Casimiro, L., Bouchard, P., Benoît, J., Drolet, M., & Dubouloz, C.-J. (2015). Conception d'outils de mesure de l'offre active de services sociaux et de santé en français en contexte minoritaire. *Minorités linguistiques et société*, 6, 131-156. <https://doi.org/10.7202/1033193ar>
- Simard, M., & Bouchard, L. (2020). Inégalités sociales et enjeux liés à la santé des aînés francophones en situation minoritaire : Le cas de l'Atlantique et de l'Acadie des Maritimes. *Revue Organisations & territoires*, 29(3), 101-115. <https://doi.org/10.1522/revueot.v29n3.1206>
- Société Santé en Français. (2017). *L'offre active. Des services de santé en français dans les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire au Canada*. Société Santé en Français.
- Statistique Canada. (2022). *Tableau de profil, Profil du recensement, Recensement de la population de 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

- Thériault, D., & Dupuis-Blanchard, S. (2017). Maintien à domicile : Capacité d'offre de services communautaires actuels et futurs au Nouveau-Brunswick. *Service social*, 63(2), 143-159. <https://doi.org/10.7202/1046505ar>
- Traisnel, C., & Forgues, É. (2010). La santé et les minorités linguistiques : L'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique*, 28, 17-46. <https://doi.org/10.7202/044981ar>
- van Kemenade, S., Bouchard, L., & Bergeron, C. (2016). Enjeux de santé des aînés francophones vivant en situation minoritaire : Une analyse différenciée selon les sexes1. *Reflets*, 21(2), 112-130. <https://doi.org/10.7202/1035435ar>
- Zhao, Y., Segalowitz, N., Voloshyn, A., Chamoux, E., & Ryder, A. G. (2021). Language barriers to healthcare for linguistic minorities : The case of second language-specific health communication anxiety. *Health Communication*, 36(3), 334-346. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1692488>

ANNEXE A

COURRIEL COLLABORATION

ANNEXE A : COURRIEL DE COLLABORATION



Suzanne Dupuis-Blanchard

À : Michel Côté

Cc : Valérie McIntyre

Bonjour Michel,

J'espère que tu vas bien.

Je voulais faire un suivi sur ce que nous avons discuté il y a quelques mois au sujet d'une **collaboration avec votre Centre scolaire communautaire et le club Arc-en-Ciel pour nous aider avec le recrutement de participants**. L'infirmière **Valérie McIntyre** (en copie), étudiante dans le programme de Maîtrise en science infirmière à l'Université de Moncton, pourra commencer son étude bientôt et **on voulait reconfirmer votre intérêt et soutien au recrutement**.

Le nom de l'étude est le **Processus d'accès aux services et aux soins en français: l'expérience des personnes âgées de communautés francophones en situation minoritaire (CFSM)**. Dans ce projet, elle veut parler en entrevue avec des personnes de 65 ans ou plus qui demeurent en CFSM. Elle fera premièrement des entrevues individuellement et par la suite un groupe de discussion.

Nous prévoyons **votre rôle** de manière à pouvoir nous aider à **recruter des participants** par le biais de vos bulletins, babillards, liste de courriels, et autres. Il se peut aussi qu'on vous demande de **nous introduire responsable des CSC de Fredericton et/ou Miramichi**. Bien sûr, nous vous fournirons le matériel (texte, affiches) pour le recrutement.

En espérant que vous êtes toujours intéressé, **pourrais-je vous demander une confirmation de collaboration**.

Le projet passera au comité d'éthique à la recherche bientôt, et nous devons confirmer la collaboration avec votre CSC. Vous pouvez tout simplement faire un retour de courriel et indiquer votre collaboration dans l'étude.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous joindre et me joindre individuellement.

Merci à l'avance,
Suzanne Dupuis-Blanchard



Michel Côté

À : Suzanne Dupuis-Blanchard

Cc :

Attention: courriel externe

Bonjour Suzanne,

Oui nous sommes toujours intéressé de collaborer avec cette étude qui nous amènera certainement de l'information importante face aux services, ou manque de services, en français auprès de nos aînés.

Merci

Michel Côté
Directeur Général
ARCF de Saint-Jean inc.

Bonjour Valérie.

Je crois que la meilleure façon est une rencontre virtuelle en compagnie de notre responsable des communications afin d'établir le processus le plus efficace. Quel est votre cible, nombre de répondants pour **Miramichi**? J'ai de la disponibilité demain entre 9h et 12h, sinon, mardi entre 2 et 4h ...

Line Thibodeau
Directrice générale
General Manager

 Logo

T
L
V
C
E
J
E
A

Le mar. 3 oct. 2023, à 12 h 52, Valérie McIntyre <valerie.mcintyre@umoncton.ca> a écrit :

Bonjour Mme Thibodeau

Plusieurs mois se sont écoulés depuis que vous avez accepté d'offrir votre collaboration pour mon étude sur *l'accès des soins de santé chez les aînées vivant en situation minoritaire francophone*. Je suis enfin prête à passer à l'action avec votre communauté aînée.

Depuis quelques temps, je fais des entrevues avec des aînées de la région de St-Jean et nous avons obtenues de belles discussions très intéressantes. J'aimerais pouvoir faire de même avec les aînées de la région de **Miramichi**.

Ceci étant dit, je cherche des personnes aînées (65 ans et plus), francophones, qui souhaitent recevoir des soins de santé en français dans leur région.

Je me demande qu'elle est la meilleure façon de procéder.

On peut se rencontrer virtuellement si vous le voulez, je pourrai vous expliquer mon projet avec plus de détails.

Si non, j'ai une lettre d'invitation qui peut être envoyée par courriel aux participants potentiels et une affiche qui pourrait être affichée au centre. (Selon mon expérience à St-Jean, cette technique n'a pas trop fonctionné).

D'un autre côté, ce qui a bien fonctionné c'est d'avoir une personne en qui les gens ont confiance qui vont demander aux aînées de me contacter pour discuter avec moi des soins de santé francophones de **Miramichi**. C'est ce qui a le mieux fonctionné, car ils ont confiance en cette personne.

Qu'en pensez-vous?

J'attends de vos nouvelles

Bonne journée 😊

Valérie McIntyre

Elle/She/Her

IA, M.Sc.Inf (c), Chargée d'enseignement en science infirmière

École de Science Infirmières

Valerie.mcintyre@umoncton.ca

MD

Monique Drapeau-Miles

À : Valérie McIntyre

Attention: courriel externe

Bonsoir Valérie et Édouard,

Je suis disponible le 20 octobre pour discuter le sujet de la thèse et le rôle de l'AAACAME et la SERF. Que diriez-vous d'une rencontre virtuelle à 10 heures le 20 octobre?

À la prochaine,

Monique

Sent from my iPad

On Oct 10, 2023, at 3:40 PM, Valérie McIntyre <valerie.mcintyre@umoncton.ca> wrote:

Merci de votre réponse!

Je suis disponible le 16 oct en avant midi, le 20 oct toute la journée, le 23 oct en avant-midi ou autres journées par après si les dates ci-dessus ne conviennent pas. Suite à la réponse du courriel par mme Drapeau-Miles, nous pourrons établir une date de rencontre.

Bonne journée

Valérie McIntyre

Elle/She/Her

IA, M.Sc.Inf (c), Chargée d'enseignement en science infirmière

École de Science Infirmières

Valerie.mcintyre@umoncton.ca

ANNEXE B

AFFICHE

ANNEXE B : AFFICHE

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE FRANCOPHONE ÂGÉE
DE PLUS DE 65 ANS? AVEZ-VOUS EU ACCÈS À DES
SOINS DE SANTÉ DANS LA DERNIÈRE ANNÉE?

HABITEZ-VOUS DANS UNE COMMUNAUTÉ
FRANCOPHONE DE SAINT-JEAN?

J'ai besoin de vous!

Je suis une infirmière immatriculée inscrite au programme
de Maîtrise en science infirmière à l'Université de
Moncton et je fais une recherche sur l'accès aux soins de
santé en français chez les personnes âgées francophones
en situation minoritaire.

**Si vous voulez participer à cette étude, s.v.p contactez-
moi :**

**Valérie McIntyre : (xxx) xxx-xxxx/
valerie.mcintyre@umoncton.ca**

ANNEXE C

LETTRE D'INVITATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS POTENTIELS POUR
ENTREVUE INDIVIDUELLE

ANNEXE C - LETTRE D'INVITATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS POTENTIELS POUR ENTREVUE INDIVIDUELLE

Étude: Accès des soins de santé pour les aînées francophones vivant en situation minoritaire.

Vous êtes invités à participer à mon projet de recherche. Je suis Valérie McIntyre, une infirmière immatriculée et chargée d'enseignement clinique à l'Université de Moncton et étudiante au programme de Maîtrise en science infirmière à cette même université. Ce projet de recherche se déroule dans le cadre de mes études à la maîtrise et est sous la supervision de la professeure Suzanne Dupuis-Blanchard, Ph. D., de l'École de science infirmière.

Le but de cette étude est d'explorer le processus d'accès aux services et aux soins de santé en français pour les personnes aînées de communauté francophone habitant en situation minoritaire au Nouveau-Brunswick. Ainsi, je suis à la recherche de personnes de 65 ans ou plus, qui se servent du français comme langue primaire à la maison, qui habitent dans les régions de Saint-Jean, Fredericton ou Miramichi et qui ont utilisé des services de santé dans la dernière année. Il est à noter que si vous êtes confortable de recevoir et de discuter de vos soins de santé en anglais, vous ne pourrez pas participer à l'étude.

Afin de m'aider, vous serez invité à passer une entrevue individuelle. Le tout sera enregistré sur bande sonore et sera d'une durée d'environ une heure. Je vous poserai des questions ouvertes concernant vos expériences avec les soins de santé en tant que minorité francophone. L'entrevue sera une discussion, donc toutes les réponses seront bonnes et le tout restera confidentiel. L'endroit et le temps de l'entrevue seront décidés entre nous. Pour terminer, sachez que votre participation à l'étude n'aura aucun impact sur les soins ou les activités offertes par le centre communautaire.

Si ce projet vous intéresse, vous êtes invités à communiquer avec Valérie McIntyre par téléphone au (xxx) xxx-xxxx ou en m'envoyant un courriel au valerie.mcintyre@umoncton.ca

En démontrant votre intérêt, vous vous engagez seulement à recevoir plus d'information afin de pouvoir potentiellement participer à l'étude.

Merci à l'avance,
Valérie McIntyre

ANNEXE D

LETTRE D'INVITATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS POTENTIELS POUR
ENTREVUE DE GROUPE

ANNEXE D - LETTRE D'INVITATION DESTINÉE AUX PARTICIPANTS POTENTIELS POUR ENTREVUE DE GROUPE

Étude: Accès des soins de santé pour les aînées francophones vivant en situation minoritaire.

Vous êtes invités à participer à mon projet de recherche. Je suis Valérie McIntyre, une infirmière immatriculée et chargée d'enseignement clinique à l'Université de Moncton et étudiante au programme de Maîtrise en science infirmière à cette même université. Ce projet de recherche se déroule dans le cadre de mes études à la maîtrise et est sous la supervision de la professeure Suzanne Dupuis-Blanchard, Ph. D., de l'École de science infirmière.

Le but de cette étude est d'explorer le processus d'accès aux services et aux soins de santé en français pour les personnes aînées de communauté francophone habitant en situation minoritaire au Nouveau-Brunswick. Ainsi, je suis à la recherche de personnes de 65 ans ou plus, qui se servent du français comme langue primaire à la maison, qui habitent dans les régions de Saint-Jean, Fredericton ou Miramichi et qui ont utilisé des services de santé dans la dernière année. Il est à noter que si vous êtes confortable de recevoir et de discuter de vos soins de santé en anglais, vous ne pourrez pas participer à l'étude.

Afin de m'aider, vous serez invité à passer une entrevue en groupe. Le tout sera enregistré sur bande sonore et sera d'une durée d'environ une heure. Je poserai des questions ouvertes concernant vos expériences avec les soins de santé en tant que minorité francophone. L'entrevue de groupe sera une discussion, donc toute réponse est bonne. L'endroit et le temps de l'entrevue seront décidés entre nous. Je ne peux pas assurer la confidentialité des informations partagées en raison de la nature de discussion en groupe, mais un rappel sera fait au début de la rencontre de ne pas partager ce qui est discuté à l'extérieur de la rencontre. Pour terminer, sachez que votre participation à l'étude n'aura aucun impact sur les soins ou les activités offertes par le centre communautaire.

Si ce projet vous intéresse, vous êtes invités à communiquer avec Valérie McIntyre par téléphone au (xxx) xxx-xxxx ou par courriel : valerie.mcintyre@umoncton.ca En démontrant votre intérêt, vous vous engagez seulement à recevoir plus d'information afin de pouvoir potentiellement participer à l'étude.

Merci à l'avance,
Valérie McIntyre

ANNEXE E

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

ANNEXE E - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement – entrevue individuelle

Le titre de l'étude

Processus d'accès aux services et aux soins en français: l'expérience des personnes âgées de communauté francophone en situation minoritaire au Nouveau-Brunswick

La chercheure

Valérie McIntyre, infirmière immatriculée et chargée d'enseignement clinique à l'École de science infirmière au campus de Moncton de l'Université de Moncton, sous la supervision de la professeure Suzanne Dupuis-Blanchard, Ph.D.

Le but de l'étude

Le but de l'étude est pour l'étudiante chercheure de pouvoir explorer et mieux comprendre le processus utilisé par les âgées francophones vivant en situation minoritaire au Nouveau-Brunswick lorsqu'ils ont accès à des services et des soins de santé dans leur région. Vous êtes invités à participer, car vous remplissez les critères requis pour me fournir l'information nécessaire à mon étude. Je cherche à savoir qu'elles sont vos expériences avec des soins de santé dans une autre langue que le français. Je cherche aussi à savoir quel est le processus que vous utilisez lorsque vous souhaitez avoir des soins en français. Quelles sont les ressources disponibles que vous utilisez?

La procédure

Vous serez invité en entrevue individuelle avec l'étudiante chercheure, Valérie McIntyre. Cette entrevue sera d'une durée d'environ une heure et sera enregistrée sur bande sonore. Des questions ouvertes vous seront posées afin de discuter des soins de santé de votre région. Il n'y a aucune mauvaise réponse. Il est possible que l'étudiante chercheure vous contacte à nouveau suite à l'entrevue pour clarification si elle a bien compris certaines expériences verbalisées.

Les bénéfices ou les risques potentiels et les inconvénients de la participation

Vous ne recevrez pas de bienfait direct à participer à cette étude, cependant l'expérience partagée liée à l'accès des soins de santé de votre région permettra de développer les connaissances envers ce sujet. Il y a un besoin en recherche dans ce domaine et votre participation peut aider les communautés francophones futures. Votre participation à cette étude n'entraîne aucun risque, mais peut imposer des inconvénients, tels que des sentiments d'impuissance en tant que minorité ou une détresse émotionnelle. L'étudiante chercheure sera à l'écoute et pourra cesser l'entrevue si vous le souhaitez.

La confidentialité des informations recueillies

Toutes les informations recueillies sont tenues confidentielles et l'anonymat le plus complet est assuré. La copie originale du formulaire de consentement signé sera conservée sous clé dans une enveloppe séparée des questionnaires. Les données recueillies seront mises sous clé pour une durée minimale de cinq ans. En aucun cas, le nom des participants ne sera divulgué à qui que ce soit. Les résultats de l'étude vous seront partagés lors d'une présentation de l'étudiante chercheure. Vous serez contactés via courriel avec la date et heure de la présentation.

Liberté de participer et le droit de retrait

Il est attendu que vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette recherche. Votre participation est volontaire et vous êtes libre de vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à vous justifier et sans que cela compromette l'étude.

Les personnes-ressources

Durant la durée de l'étude, vous pouvez communiquer avec Valérie McIntyre, étudiante chercheuse, au numéro : (xxx) xxx-xxxx pour obtenir des informations additionnelles concernant cette étude. Également, une participante ou un participant ayant des préoccupations de nature éthique concernant ce projet ou souhaitant formuler une plainte peut contacter la Faculté des études supérieures et de la recherche de l'Université de Moncton (Université de Moncton, Pavillon Léopold-Taillon, Moncton, E1A 3E9 ; téléphone : (506) 858-4310 ; courrier électronique : fesr@umoncton.ca).

Le consentement

Après avoir lu le formulaire de consentement et après avoir eu la possibilité de poser des questions additionnelles sur l'implication de ma participation à ce projet, j'accepte de participer à cette étude. Je consens à remplir le formulaire de données sociodémographiques. Je comprends que les informations recueillies sont tenues confidentielles et que l'anonymat le plus complet est assuré. Je sais que je suis libre de répondre ou non aux questions et de me retirer de cette étude à tout moment si je le désire.

Signature de la participante

Date

Nom de la participante (en lettres moulées)

Je certifie avoir expliqué à la personne signataire le déroulement de l'étude et sa participation à cette recherche. Je certifie avoir répondu aux questions posées concernant le projet et avoir clairement indiqué à cette personne qu'elle est libre de se retirer de cette étude si elle le désire. Une copie de ce consentement signé lui sera remise.

Signature de la chercheuse

Date

Formulaire de consentement – Discussion de groupe

Le titre de l'étude

Processus d'accès aux services et aux soins en français: l'expérience des personnes âgées de communauté francophone en situation minoritaire au Nouveau-Brunswick

La chercheuse

Valérie McIntyre, infirmière immatriculée et chargée d'enseignement clinique à l'École de science infirmière au campus de Moncton de l'Université de Moncton, sous la supervision de la professeure Suzanne Dupuis-Blanchard, Ph.D.

Le but de l'étude

Le but de l'étude est pour l'étudiante chercheuse de pouvoir explorer et mieux comprendre le processus utilisé par les âgées francophones vivant en situation minoritaire au Nouveau-Brunswick lorsqu'ils ont accès à des services et des soins de santé dans leur région. Vous êtes invités à participer, car vous remplissez les critères requis pour me fournir l'information nécessaire à mon étude. Je cherche à savoir qu'elles sont vos expériences avec des soins de santé dans une autre langue que le français. Je cherche aussi à savoir quel est le processus que vous utilisez lorsque vous souhaitez avoir des soins en français. Quelles sont les ressources disponibles que vous utilisez?

La procédure

Vous serez invité en discussion de groupe avec l'étudiante chercheuse, Valérie McIntyre, et une dizaine d'autres personnes âgées. Cette entrevue sera d'une durée d'environ une heure et sera enregistrée sur bande sonore. Des questions ouvertes vous seront posées afin de discuter des soins de santé de votre région. Il n'y a aucune mauvaise réponse.

Les bénéfices ou les risques potentiels et les inconvénients de la participation

Vous ne recevrez pas de bienfait direct à participer à cette étude, cependant l'expérience partagée liée à l'accès des soins de santé de votre région permettra de développer les connaissances envers ce sujet. Il y a un besoin en recherche dans ce domaine et votre participation peut aider les communautés francophones futures. Votre participation à cette étude n'entraîne aucun risque, mais peut imposer des inconvénients, tels que des sentiments d'impuissance en tant que minorité ou une détresse émotionnelle. L'étudiante chercheuse sera à l'écoute et pourra cesser l'entrevue si vous le souhaitez.

La confidentialité des informations recueillies

Puisque la discussion de groupe permet aux autres personnes de connaître les informations partagées, la tenue confidentielle des informations et l'anonymat ne peuvent pas être assurés. Par contre, un rappel de ne pas partager les informations de la discussion à l'extérieur du groupe. La copie originale du formulaire de consentement signé sera conservée sous clé dans une enveloppe séparée des questionnaires. Les données recueillies seront mises sous clé pour une durée minimale de cinq ans. En aucun cas, le nom des participants ne sera divulgué à qui que ce soit.

Liberté de participer et le droit de retrait

Il est attendu que vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette recherche. Votre participation est volontaire et vous êtes libre de vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à vous justifier et sans que cela compromette l'étude.

Les personnes-ressources

Durant la durée de l'étude, vous pouvez communiquer avec Valérie McIntyre, étudiante chercheuse, au numéro : (xxx) xxx-xxxx pour obtenir des informations additionnelles concernant cette étude. Également, une participante ou un participant ayant des préoccupations de nature éthique concernant ce projet ou souhaitant formuler une plainte peut contacter la Faculté des études supérieures et de la recherche de l'Université de Moncton (Université de Moncton, Pavillon Léopold-Taillon, Moncton, E1A 3E9 ; téléphone : (506) 858-4310 ; courrier électronique : fesr@umoncton.ca).

Le consentement

Après avoir lu le formulaire de consentement et après avoir eu la possibilité de poser des questions additionnelles sur l'implication de ma participation à ce projet, j'accepte de participer à cette discussion en groupe. Je consens à remplir le formulaire de données sociodémographiques. Je comprends que les informations recueillies ne peuvent pas être tenues confidentielles et que l'anonymat ne peut être assuré. Je sais que je suis libre de répondre ou non aux questions et de me retirer de cette étude à tout moment si je le désire.

Signature de la participante

Date

Nom de la participante (en lettres moulées)

Je certifie avoir expliqué à la personne signataire le déroulement de l'étude et sa participation à cette recherche. Je certifie avoir répondu aux questions posées concernant le projet et avoir clairement indiqué à cette personne qu'elle est libre de se retirer de cette étude si elle le désire. Une copie de ce consentement signé lui sera remise.

Signature de la chercheuse

Date

ANNEXE F

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

ANNEXE F- FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Date de la rencontre: _____

Code de participation : _____

Âge : _____

Femme _____ Homme _____ Autres _____ ne souhaite pas répondre _____

Dans quelle région habitez-vous présentement? : _____

Est-ce que vous habitez seul ou avec quelqu'un? : _____

est-ce que vous parlez une deuxième langue à la maison? : _____

Êtes-vous à l'aise de recevoir et de discuter de vos soins de santé en anglais? :

Quelle est votre ethnicité? : _____

Est-ce que vous avez une ou plusieurs conditions médicales chroniques? Si oui, laquelle

(lesquelles)? : _____

À quelle fréquence avez-vous accès aux soins de santé (ceci comprend tous les services

de santé)? Moins d'une fois par mois _____ une à deux fois par mois _____ trois à quatre

fois par mois _____ Plus de cinq fois par mois _____

ANNEXE G

GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-STRUCTURÉE

ANNEXE G : GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-STRUCTURÉE

1. Parlez-moi de votre expérience à recevoir des services ou des soins de santé en français dans cette région?
 - a. Est-ce la même expérience partout? Par exemple, au médecin, à une clinique médicale, la pharmacie ou encore la physiothérapie ou les services/soins à domicile? Parlez-moi en.
2. Quelle importance accordez-vous à recevoir des soins de santé en français? Pourquoi?
3. Parlez-moi d'une expérience où vous n'avez pas pu recevoir des soins de santé dans votre langue.
 - a. Quels sont les sentiments ressentis lorsque vous ne pouvez pas recevoir des soins de santé dans votre langue? Pourquoi vous pensez ressentir cela?
4. Quels sont les sentiments ressentis avant d'avoir accès à des soins de santé dans votre région? Par exemple, est-ce que vous êtes anxieux, car vous craignez ne pas avoir le service ou les soins en français? Quels autres sentiments?
5. Quelles sont les solutions ou les étapes que vous faites pour avoir des soins de santé en français lorsque ceux-ci ne sont pas offerts dans votre langue?
6. Quelles sont les choses que vous faites pour avoir accès à des soins de santé en français qui fonctionne? Qui ne fonctionne pas?
7. Comment vous sentez vous lorsque vous demandez des soins de santé en français en tant que personne aînée?

8. Quelle est votre expérience avec les soins de santé lorsque vous apportez un proche ou un ami avec vous?
9. Qu'est-ce que vous souhaitez pour les soins de santé francophone dans le futur?
10. Si un.e ami.e vous demanderait des conseils pour recevoir des services ou des soins en français, vous lui conseillerez comment? Que lui diriez-vous?
11. Avez-vous d'autres éléments que vous aimeriez partager avec moi au sujet des soins ou des services en français?

ANNEXE H

GUIDE D'ENTREVUE DE GROUPE

ANNEXE H : GUIDE D'ENTREVUE DE GROUPE

La discussion de groupe débutera avec une brève présentation des résultats préliminaires provenant des entrevues individuelles. Par la suite, des exemples de questions qui pourront être posées sont :

1. Comment les résultats des entrevues individuelles collent avec votre expérience?
2. Quels éléments sont en commun avec votre expérience?
3. Quels éléments des résultats sont différents de votre expérience?

ANNEXE I

FIGURE 1

