

RAPPORT DE RECHERCHE POUR LE CNFS

Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : une étude qualitative exploratoire



Louise Bouchard, PhD Sociologie
Institut de recherche sur la santé des populations et
Institut de recherche de l'hôpital Montfort, Université d'Ottawa

Marie-Hélène Chomienne, MD, MSc Médecine familiale
Institut de recherche de l'hôpital Montfort, Université d'Ottawa

Monique Benoit, PhD Sociologie
Faculté des sciences sociales, Université Laurentienne

Françoise Boudreau, PhD Sociologie
Collège universitaire Glendon, Université York

Manon Lemonde, IA PhD Sciences infirmières
University of Ontario Institute of Technology (UOIT)

Suzanne Dufour, IA MSc,
consultante de projet en services de santé

Collaboration :

Martin Desmeules, MA Histoire
Elina Haynes, MA Travail social

Ontario, 2010

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce au financement du Consortium national de formation en santé – CNFS – volet national et du Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation linguistique minoritaire (RISF).

Cette étude collaborative multiculturelle a été réalisée par une équipe de chercheuses qui chacune sur leur site a dirigé et effectué le travail de terrain. Les travaux de recherche antérieurs de Françoise Boudreau sur les soins en santé mentale en contexte linguistique minoritaire ont servi de base à la présente étude. Ont également contribué à l'étude :

Isabelle Gagnon-Arpin, MSc Épidémiologie, analyse des données, Université d'Ottawa.

Martine MacKay, étudiante en médecine, analyse des données, Université d'Ottawa.

Nicholas Dubé, étudiant en médecine, interviewer, Université d'Ottawa.

Dominique Potvin, PhD, interviewer, Université de Hearst.

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier chaleureusement les personnes qui ont accepté de bien vouloir répondre à nos questions dans le cadre de cette étude autant qu'à ceux et celles qui nous ont référé des amis ou des membres de leur famille. Merci également au personnel hospitalier qui a facilité la collecte des informations au sein de leur établissement. Finalement, merci au CNFS et au RISF pour leur appui financier.

Table des matières

Remerciements	ii
Liste des acronymes et sigles	v
Sommaire	1
Recommandations	2
1. Introduction	3
2. Problématique	4
3. Méthodologie	6
3.1 Échantillon de l'étude	7
3.2 Stratégies de recrutement	7
4. Portrait des répondants	9
4.1 Données sociographiques	9
4.2 Données linguistiques	9
4.3 Données sur les maladies chroniques	9
5. Résumé des résultats	10
6. Interprétation des résultats	17
6.1 L'enjeu de la maladie chronique	17
6.2 L'enjeu du vieillissement	17
6.3 L'enjeu linguistique	18
6.4 L'enjeu de littératie	19
6.5 L'enjeu socio-économique	19
6.6 L'enjeu émotif	20
7. Conclusion	21
8. Recommandations	22

Annexe 1 – Tableau 1 : Caractéristiques sociographiques des participants	24
Annexe 2 – Tableau 2 : Capacités linguistiques des participants	25
Annexe 3 – Tableau 3 : Maladies chroniques des participants	26
Annexe 4 – Témoignages : Ottawa – Champlain	27
Annexe 5 – Témoignages : Sudbury	32
Annexe 6 – Témoignages : Hearst	37
Annexe 7 – Témoignages : Oshawa – Toronto	45
Bibliographie	54

Liste des acronymes et sigles

CLOSM	Communauté de langue officielle en situation minoritaire
CNFS	Consortium national de formation en santé
EMNO	École de médecine du Nord de l'Ontario
ESCC	Enquête de santé dans les collectivités canadiennes
EVMLO	Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle
IOM	<i>Institute of Medicine</i> (Washington D.C.)
RISF	Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation minoritaire
UOIT	<i>University of Ontario Institute of Technology</i>

Sommaire

L'objectif principal de la présente étude est d'explorer l'impact perçu des barrières linguistiques vécues par des personnes âgées francophones vivant dans trois régions différentes de l'Ontario et souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques, sur la qualité des soins.

Des résultats obtenus suite aux entrevues semi-dirigées auprès de 25 personnes âgées (13 hommes et 12 femmes) souffrant de maladies chroniques, six enjeux ont ressorti quant à la perception des soins en situation minoritaire :

- ⇒ l'enjeu de la maladie chronique;
- ⇒ l'enjeu du vieillissement;
- ⇒ l'enjeu linguistique;
- ⇒ l'enjeu de littératie;
- ⇒ l'enjeu socio-économique;
- ⇒ l'enjeu émotif.

Pour les enjeux de la maladie chronique, du vieillissement, socio-économique et émotif, notre étude n'a pas cerné de différences marquées entre le vécu des personnes âgées souffrant de maladies chroniques d'expression française et ce que la littérature nous révèle de l'expérience des personnes âgées en général aux prises avec les mêmes problèmes de santé. Ces enjeux, s'ils peuvent influencer sur la perception de la qualité des soins reçus, sont, chez les francophones, davantage corollaires aux enjeux linguistique et de littératie.

Notre étude nous a permis de cerner des impacts particuliers sur la perception de la qualité des soins reçus par la population âgée francophone en rapport aux enjeux linguistique et de littératie.

L'accès aux professionnels de la santé s'exprimant en français est bel et bien limité et ce particulièrement en région rurale où sont concentrés certaines populations francophones. Cet accès difficile a un impact sur la qualité des échanges et la confiance d'une majorité de répondants. Que ce soit pour le stress ou la peur occasionnés par une rencontre se déroulant en anglais (enjeu émotif) ou pour les inquiétudes liées aux frais (de transport, de logement) plus importants pour obtenir un service dans sa langue (enjeu socio-économique), l'enjeu linguistique représente un facteur limitatif central. Pour certains de nos répondants, le fait d'être servi en français n'est pas un impératif puisqu'ils affirment avoir appris la terminologie médicale en anglais. Ces derniers affirment par ailleurs que l'impératif d'une relation de confiance avec le médecin ou le professionnel prime sur celui d'être servi en français.

Le faible niveau de littératie et l'analphabétisme, plus marqués pour la population canadienne francophone hors Québec que pour la population canadienne en général, ont aussi leur impact sur la qualité des soins reçus. Ces lacunes affectent leur compréhension et leur communication avec les professionnels de la santé, et possiblement la relation de confiance avec ces derniers. De fait, les limitations de littératie affectent tout particulièrement les personnes âgées francophones : à l'insécurité face au langage spécialisé de la médecine s'ajoute l'insécurité liée à la non concordance linguistique.

Recommandations

Malgré le caractère exploratoire de notre étude, nous pouvons avancer quelques recommandations qui pourraient améliorer la navigation des personnes âgées francophones dans le système de santé et la qualité des soins.

- 1) **L'offre active de services en français.** Plus de personnes âgées francophones oseraient parler leur langue si on s'adressait à elles en français et si la documentation ou l'affichage dans les institutions démontraient l'égalité de statut des deux langues officielles.
- 2) **La formation et le financement de «facilitateurs»** pouvant offrir des services d'accompagnement et de traduction culturellement adaptés et faciliter l'orientation des personnes âgées francophones souffrant de maladies chroniques dans leurs rencontres avec les professionnels de la santé et leur cheminement dans le système de santé.
- 3) **La création, l'évaluation et l'adaptation d'outils de communication, écrits ou sur Internet,** dans un langage adapté – pensons, entre autres, à de la documentation qui cible différentes maladies chroniques dont souffrent les populations âgées.
- 4) **La poursuite de l'effort de rapprochement des populations** en créant véritablement des services de proximité incluant (surtout pour les personnes âgées) des services à domicile coordonnés, intégrés, souples et linguistiquement adaptés.
- 5) **La formation des intervenants aux droits linguistiques** et aux différents contextes culturels et expérientiels des francophones minoritaires.
- 6) **Un dictionnaire, lexique en ligne ou papier,** d'usage facile, qui contiendrait des termes médicaux de maladies courantes chez les personnes âgées, en anglais et en français, avec une définition du genre : «les mots utilisés par votre médecin et ce qu'ils veulent dire».

1. Introduction

La recherche des dernières années a permis de mettre en évidence un différentiel de santé perçue et de ses déterminants entre la minorité linguistique (de langue officielle) et la majorité (Bouchard *et al*, 2009; Picard 2005, 1999). La littérature scientifique montre aussi que les barrières linguistiques peuvent entraver la bonne communication entre les professionnels de la santé et les malades, et en conséquence la qualité des soins, la prise en charge efficiente des malades, la satisfaction à l'égard des services et, ultimement, la santé des personnes (Bowen, 2001). Peu d'études, cependant, ont exploré les perceptions des personnes âgées souffrant de maladies chroniques vivant dans des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) et l'impact des barrières linguistiques sur leur état de santé¹.

L'objectif principal de la présente étude est d'explorer l'impact perçue des barrières linguistiques vécues par des personnes âgées francophones vivant dans trois régions différentes de l'Ontario et souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques, sur la qualité des soins.

Plus spécifiquement, nous avons cherché à savoir :

- ⇒ s'il arrive aux personnes âgées d'éprouver des difficultés de communication avec les professionnels de la santé ou si elles font face à des difficultés d'accès aux services de santé parce qu'elles parlent français;
- ⇒ si les personnes âgées francophones, qui ont des maladies chroniques, ont le sentiment de recevoir des services de qualité et d'être bien soignées.

Le but de cette étude exploratoire est donc de rendre compte des perceptions qu'ont les personnes âgées francophones souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques sur l'importance et l'impact pour elles de recevoir leurs services dans leur langue, dans le contexte de leur situation linguistique minoritaire.

¹ L'impact de la barrière linguistique pour des francophones minoritaires confrontés à des problèmes de santé mentale a été documenté par Françoise Boudreau (1996, 1999) et l'impact de la barrière linguistique pour des femmes francophones a été documenté par Bouchard & Cardinal (1999). Bien que l'état de santé des personnes âgées francophones de l'Ontario ait été bien documenté dans le même numéro spécial de la revue *Reflets* (Dossier : «La santé des francophones de l'Ontario», vol. 5, no 2) par Jocelyne McKellar (1999), on ne peut trouver dans le numéro spécial de *Reflets* ou dans la littérature de portrait de la perception des personnes âgées francophones des services de santé qui leur sont offerts. La présente étude a pour but de combler ce vide.

2. Problématique

Selon le *Recensement 2006* de Statistique Canada, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus dépasse, pour la première fois de l'histoire du pays, le seuil des quatre millions de personnes et atteint un niveau inégalé de 13,7% de la population totale. Après le groupe des 55 à 64 ans, la population des personnes très âgées (80 ans ou plus) est celle qui a le plus augmenté (accroissement de 25%) depuis 2001. Le nombre de personnes de 80 ans ou plus a dépassé le seuil du million d'individus et le nombre de centenaires au Canada a augmenté de plus de 22% depuis 2001, comptant 4 635 personnes. La province de l'Ontario a vu la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus s'élever de 12,9% à 13,6% de 2001 à 2006. Concernant la population francophone minoritaire (à l'exception du Québec), les données indiquent que la proportion de personnes âgées (19,5%) est plus élevée que celle des anglophones (17,7%) pour l'ensemble du Canada et de manière comparable en Ontario (Statistique Canada, 2006). Cette évolution ne peut qu'avoir des répercussions importantes sur la demande en soins et services de santé.

Cependant, les données sur les personnes âgées quant à leur expérience des systèmes de soins sont limitées et insuffisamment documentées. Selon le *Recensement 2006*, les personnes âgées (65 ans et plus) consultent plus souvent un médecin de famille au cours d'une année que le reste de la population. Parmi eux, le nombre de consultations augmente avec l'âge; de quatre, cinq puis six pour les tranches d'âge de 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. Parallèlement, le nombre de consultations s'accroît en présence de co-morbidité. Pour les personnes âgées présentant cinq problèmes de maladies chroniques ou plus, le nombre moyen de consultations par année était de plus de sept (7,6) comparativement à deux consultations par année pour la population en général. Selon la même source, les personnes âgées comptent pour plus de la moitié (52%) du nombre total des jours d'hospitalisation. Par ailleurs, près de 60% des personnes âgées ont déclaré avoir consommé plus de trois médicaments par jour au cours du mois précédent.

Pour ce qui est de la situation linguistique minoritaire, Sarah Bowen, dans un rapport pour le compte de Santé Canada, a documenté l'impact de la barrière linguistique et culturelle sur la santé et constate qu'à l'intérieur d'une minorité linguistique, cet impact est plus marqué pour les personnes âgées (Bowen, 2001). Les nombreux écrits aux États-Unis sur les personnes âgées en situation minoritaire (ethnique ou raciale) rapportent les mêmes constats.² Une étude secondaire (Bourbonnais, 2007) de l'*Enquête de santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) effectuée sur la population des personnes âgées francophones de l'Ontario (65 ans et plus) indique que cette population est plus défavorisée au niveau socioéconomique (42%, vs 27% de la population anglophone, se situant dans la plus faible tranche de revenu) et académique (36%, vs 24% des anglophones ayant moins d'un diplôme d'études secondaires). Quant à la perception de la santé, 32% des francophones se perçoivent en mauvaise santé contre 27% des anglophones. La consommation de tabac est légèrement plus élevée chez les francophones (11% vs 8%), de même qu'ils sont plus nombreux à déclarer une moindre fréquence de consommation de fruits et légumes (62% vs 50%). Bien qu'ils déclarent dans une même proportion avoir un médecin de famille, parmi ceux qui n'en ont pas, 42% des francophones contre 22% des anglophones disent ne pas avoir essayé d'en avoir un. 70% des répondants francophones déclarent parler anglais avec leur médecin, alors que seulement 28% parlent le français; contrairement à 91% des anglophones

² Voir notamment *Institute of Medicine* (IOM, 2003).

qui parlent leur langue avec le médecin. 65% des francophones considèrent l'accessibilité aux services de santé bonne et excellente (contre 71% des anglophones) et la qualité de ces services comme bonne et excellente (65% des francophones vs 73% des anglophones); l'accessibilité des services communautaires bonne et excellente (65% des francophones vs 73% des anglophones); la qualité des services communautaires bonne et excellente (77% des francophones vs 83% des anglophones). Ces résultats indiquent qu'il y a lieu de chercher à savoir pourquoi les personnes âgées francophones sont moins satisfaites à l'égard des services. À propos des questions de santé, les observations et expériences des usagers, des professionnels et des observateurs convergent : même pour les personnes bilingues, devoir parler la langue seconde est une source de difficultés, plus encore pour les personnes âgées qui de surcroît présenteraient certains troubles physiques (de l'ouïe, de la vue, de mobilité, etc.) et cognitifs.

En fait, «alors que les personnes âgées représentent à peine 13% de la population canadienne, le tiers des hospitalisations en établissement de soins de courte durée et près de la moitié du nombre total de jours d'hospitalisation leur sont imputables.» (Rotermann, 2006). Il nous faut donc mieux comprendre la situation des personnes âgées et leurs besoins en termes de services de santé en vue d'assurer les plus hautes normes de qualité, d'accessibilité et d'équité auxquels le système de santé est tenu. Pour proposer des stratégies appropriées à la population des personnes âgées francophones vivant en situation linguistique minoritaire, il faut comprendre leurs déterminants de santé à l'intérieur du cadre des barrières linguistiques.

3. Méthodologie

Afin d'explorer la situation des personnes âgées vivant en contexte linguistique minoritaire et ayant une ou plusieurs maladies chroniques quant à leur expérience de communication avec les professionnels de la santé, une série d'entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès d'un échantillon de personnes vivant dans trois différentes régions de l'Ontario : le Nord de l'Ontario, soit Sudbury (six personnes) et Hearst (six), la région d'Ottawa-Champlain (six) et celle d'Oshawa-Toronto (sept).

Étant donné les limites de ces échantillons, soulignons la nature exploratoire de cette étude qui n'a aucune prétention de représentativité des populations sondées. Le but de la démarche est plutôt de brosser un portrait d'ensemble propre à illustrer les grandes lignes des réalités vécues par les personnes âgées vivant en contexte minoritaire linguistique quant à leurs relations aux services de santé reçus dans la province. À terme, l'intérêt d'une telle démarche est d'identifier des pistes de réflexions et d'actions dans le but de mieux connaître leur réalité spécifique et d'améliorer leurs services de santé.

Pour ce faire, nous voulions connaître plus précisément :

- ⇒ s'il arrive aux personnes âgées d'éprouver des difficultés de communication avec les professionnels de la santé ou si elles font face à des difficultés d'accès aux services de santé parce qu'elles sont francophones d'origine;
- ⇒ si les personnes âgées francophones, qui ont des problèmes de santé, ont le sentiment de recevoir des services de qualité et d'être bien soignées.

L'équipe de recherche a conçu son propre guide d'entrevues, unique pour l'ensemble des régions ontariennes, profitant de l'expérience de Françoise Boudreau qui, dans le cadre d'une recherche auprès de francophones ontariens ayant des problèmes de santé mentale (Boudreau, 1996), a pu «pré-tester» un bon nombre des questions reprises dans notre questionnaire.

Le questionnaire est ainsi composé de sept sections et d'une quarantaine de questions semi-ouvertes portant sur :

- la situation sociographique et les capacités linguistiques;
- les maladies chroniques;
- les services et la langue de communication;
- l'accessibilité aux services en français;
- l'importance accordée aux services en français;
- les visites à l'hôpital;
- le soutien social.

L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de l'Université d'Ottawa, de l'Université Laurentienne, de l'UOIT et de l'Université York.

3.1 Échantillon de l'étude

L'échantillon a été constitué selon des critères spécifiques : les personnes interrogées devaient être âgées de 65 ans et plus, être de langue maternelle française et souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies cardiaques et/ou respiratoires, dépression, cancer, etc.) depuis au moins trois ans.

Nous avons également tenté de constituer un échantillon équilibré selon le sexe des participants. Ainsi, autant d'hommes que de femmes ont été questionnés. Par contre, il importe de mentionner ici que la population interviewée ne représente pas la diversité culturelle que l'on retrouve de plus en plus présente au niveau de la francophonie ontarienne, surtout celle des grandes villes. Ainsi, la nature de notre échantillon est très marquée par les stratégies et les lieux de recrutement tels que décrits ci-dessous.

Puisque notre échantillon par région est très limité, les données recueillies et analyses proposées le sont pour la province dans son ensemble et ce, de nature exploratoire. Une analyse régionale, quoique pertinente, aurait nécessité d'une part de plus grands échantillons et d'autre part une analyse plus poussée des caractéristiques de la francophonie dans ces régions (âge, niveau d'éducation, niveau de revenus, pays d'origine, statut migratoire, etc.), des services de santé disponibles et de la situation des personnes âgées francophones dans de tels contextes.

3.2 Stratégies de recrutement

Globalement, trois stratégies de recrutement ont été privilégiées, à savoir :

⇒ *Recrutement à partir de cliniques de médecine familiale / organismes associatifs*

Avec la participation de médecins, l'équipe de recherche a présenté l'étude exploratoire, recueilli les noms des sujets volontaires et les a invités à participer à une entrevue enregistrée, à l'heure et au lieu de leur convenance (Ottawa-Champlain, Sudbury). Le club *Jeunesse d'Hier* a également contribué à la sélection de participants (Oshawa-Toronto).

⇒ *Méthode boule de neige.*

Afin de diversifier les expériences vécues, nous avons demandé à chaque participant de recruter une personne parmi leur entourage. Le participant a informé lui-même cette personne et lui a remis une fiche d'information sur le projet avec les numéros de téléphone pour contacter l'équipe de recherche (Ottawa-Champlain, Sudbury, Hearst).

⇒ *Recrutement à partir des soins à domicile.*

L'équipe de recherche a sollicité la participation d'infirmières de soins à domicile qui ont transmis aux patients l'information sur le projet, en leur demandant d'appeler l'équipe de recherche s'ils étaient intéressés (Hearst).

Dans les faits, chaque équipe régionale de recherche a privilégié l'une ou l'autre de ces stratégies. Voici en résumé comment chacune d'elles a procédé :

Recrutement à Ottawa-Champlain

Dans la région d'Ottawa-Champlain, six personnes ont été recrutées dans une période d'une semaine (du 5 au 9 avril 2010); trois femmes et trois hommes. L'ensemble des participants de la région ont été interviewés à leur domicile entre le 13 et le 21 avril 2010. Les participants ont été recrutés par la voie de références données par quatre médecins de famille (quatre participants) et par une retraitée connue par l'équipe de recherche (deux participants).

Recrutement à Sudbury & Hearst

Le recrutement effectué dans la région du Grand Sudbury s'est fait à l'aide de professeurs-médecins de l'*École de médecine du Nord de l'Ontario* (EMNO) et du *Centre de santé communautaire de Sudbury*. Au total, six personnes, dont trois femmes et trois hommes, ont été interviewées à Sudbury entre le 27 avril et le 4 mai 2010.

Depuis ce premier recrutement à Sudbury, deux participants nous ont été suggérés pour la collecte de Hearst et ont été interrogés à leur domicile tandis qu'une infirmière du *Manoir des Pionniers* nous a aidé à recruter des participants au *Manoir* même. Au total, six personnes, dont trois femmes et trois hommes, ont été interrogées à Hearst entre le 20 et le 25 mai 2010.

Recrutement à Oshawa-Toronto

Le recrutement dans la région d'Oshawa-Toronto s'est effectué par l'entremise de la présidente du club *Jeunesse d'Hier*, situé dans les locaux de l'*Amicale*. Cette dernière a sollicité la participation volontaire des membres. Du 18 au 29 mars 2010, sept membres ont cordialement accepté l'invitation de participer à une entrevue enregistrée et se sont déplacés, dans les locaux de l'*Amicale*, pour rencontrer l'équipe à l'heure qui leur avait été indiquée.

4. Portrait des répondants

Les résultats de l'étude exploratoire sont axés sur les témoignages de personnes âgées souffrant de maladies chroniques et de leur expérience avec le système de soins de santé. Au total nous avons interviewés 25 personnes âgées francophones, ce qui constitue un trop faible échantillon pour prétendre à quelque représentativité que ce soit, surtout en ce qui aurait trait à leur diagnostic médical ou à la région dans laquelle ils résident en Ontario. Il s'agit plutôt de brosser un tableau des expériences vécues dans le but d'en faire ressortir les grands traits, autant de pistes de réflexions croyons-nous pour de futures études et pour des actions propres à améliorer les services de santé auprès de ces clientèles spécifiques.

4.1 Données sociographiques

Les participants vivent dans différentes régions où la population francophone est fortement minoritaire et dispersée (Oshawa-Toronto), ou plus faiblement minoritaire mais éloignée (Hearst et Sudbury), ou encore mieux desservie en raison du contexte métropolitain (Ottawa-Champlain). Les deux sexes sont représentés de manière égale dans nos échantillons, avec un total de douze femmes et de treize hommes. La moyenne d'âge des répondants est de 76 ans, l'étendue moyenne de 73-79 ans et l'étendue totale de 60-97 ans. La majorité des participants de la région d'Ottawa-Champlain, de Oshawa-Toronto et de Sudbury vivent en famille, tandis qu'à Hearst la moitié des répondants vivent seuls, notamment au sein de résidences pour personnes âgées.

La majorité des répondants est originaire de l'Ontario, à l'exception de la région d'Oshawa-Toronto où cinq répondants sur sept sont nés au Québec. Le **tableau 1** (Annexe 1) présente les données sociographiques des participants.

4.2 Données linguistiques

Dans l'ensemble de nos échantillons, les participants utilisent le français dans leur vie quotidienne et déclarent être à l'aise dans cette langue. Le bilinguisme est ressorti de manière plus prononcée à Ottawa-Champlain et à Oshawa-Toronto : les personnes âgées de ces deux régions peuvent pour la plupart s'exprimer dans les deux langues. Deux et un répondants respectivement ont rapporté avoir le français et l'anglais comme langues d'origine. Les personnes âgées de Sudbury et de Hearst ont déclaré n'avoir que le français comme langue de communication. Le **tableau 2** (Annexe 2) présente les données linguistiques des participants.

4.3 Données sur les maladies chroniques

Tous les répondants rapportent être affectés par au moins une maladie chronique et dix-sept participants sur vingt-cinq par trois maladies chroniques ou plus. En général, ces maladies sont présentes depuis 15 à 20 années. Les maladies cardiaques, le diabète et le cancer sont les plus prévalentes. En ce qui concerne les maladies que les personnes âgées jugent les plus inconfortables, le diabète ainsi que les maladies cardiaques et respiratoires ont été le plus souvent identifiées. Le **tableau 3** (Annexe 3) présente les données recueillies quant aux maladies chroniques des participants.

5. Résumé des résultats

Les résultats de l'étude exploratoire sont présentés à l'échelle de la province puisque nous ne pouvions nous permettre de mettre l'accent sur les différences régionales perçues avec des échantillons régionaux limités à moins de dix personnes. Ainsi, ce sont surtout les similitudes et récurrences des témoignages recueillis dans l'ensemble de la province qui ont attiré notre attention.

Au terme des entrevues réalisées, trois grands thèmes sont ressortis :

- ⇒ les impacts de la ou des maladie(s) chronique(s);
- ⇒ les services de santé et la langue de communication;
- ⇒ l'accessibilité aux services de santé en français.

Ces trois grands thèmes, pour rendre compte plus clairement de nos résultats, ont été eux-mêmes subdivisés en différentes parties couvrant l'essentiel des propos recueillis. Les résultats sont présentés en y intégrant les témoignages les plus significatifs.

5.1 Impacts de la maladie chronique

5.1.1 *Sur la famille*

Les impacts sur la famille peuvent être distingués en deux catégories : les impacts psychologiques (stress, inquiétudes, préoccupations financières, chocs) et les impacts physiques (diète spéciale, entretien ménager, administration des médicaments, logement).

La maladie chronique a un impact notable sur les familles de certains participants. De manière générale, les commentaires émis par ces derniers insistent sur les inquiétudes occasionnées par leur maladie chez les membres de leur famille. Cela est d'autant plus net chez un participant vivant seul qui considère être une source de stress pour sa famille. Aussi, certains témoignages nous ont révélé que la famille pouvait être un soutien pour pallier aux problèmes de communication vécus par les répondants. Pour deux répondants, la présence d'un médecin francophone est importante pour éviter aux proches d'avoir à les accompagner pour faire office de traducteur.

5.1.2 *Sur les finances*

Vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques a également ses conséquences sur les finances de certains participants interviewés, quoique inégalement, notamment selon la maladie. Les personnes âgées confrontées à une maladie chronique constatent que tous les médicaments ne sont pas couverts par l'assurance universelle et le nombre de personnes ayant l'assurance supplémentaire est limité.

Un participant ayant besoin de médicaments non couverts par l'aide gouvernementale nous a ainsi rapporté qu'il a dû faire faillite et un autre a souligné l'impact important de l'achat de médicaments et des frais postaux afférents (cas de diabète). Trois participants ont également évalué vivre avec la moitié de leurs revenus habituels en raison de leur maladie. Au total, sept répondants ont souligné l'impact négatif de la maladie sur leur équilibre budgétaire.

Les personnes qui font état d'un impact de la maladie chronique sur leur famille font également mention d'un impact sur leurs finances.

5.1.3 *Sur l'équilibre émotionnel*

De manière générale, les maladies chroniques semblent occasionner des inquiétudes et des craintes aux malades; elles amènent des changements irréversibles dans la vie, plus de risques pour la santé et les finances, et l'avenir avec la maladie chronique est angoissant pour les malades.

Bien qu'une grande majorité des répondants (dix-neuf sur vingt-cinq) se sont dits optimistes face à leur avenir, leurs sentiments sont toutefois nuancés lorsqu'on les questionne sur leurs sources d'inquiétudes.

«un jour à la fois»

La peur de l'invalidité et de la perte d'autonomie, de l'aggravation de la maladie, des opérations à prévoir et ultimement de la mort habitent certains d'entre eux.

«c'est toujours inquiétant parce qu'on ne sait pas si le cancer va reprendre»

En général, l'état d'incertitude vécu par certains des répondants face à leur(s) maladie(s) chronique(s) est un facteur de stress quant à leur avenir.

«c'est un peu inquiétant car tu ne sais pas ce qui peut t'arriver d'une journée à l'autre»

Par ailleurs, certains participants nous ont souligné craindre d'être un poids pour leurs proches et nous ont dit que le fait d'avoir à s'éloigner de leur résidence, pour obtenir des soins, représentait un obstacle pour eux. Finalement, les réponses obtenues nous amènent également à souligner une certaine résignation chez quelques répondants face à leur état.

«si je meurs, ça finit là, je suis rendu là»

5.2 Services de santé et langue de communication

5.2.1 Médecin de famille francophone

Pour un peu plus de la moitié des répondants (treize sur vingt-cinq), il est important de pouvoir avoir un médecin de famille francophone; une majorité (dix-sept sur vingt-cinq) a accès à un médecin francophone.

«ça serait le fun s'il [le médecin] parlait français»

Plusieurs ont eu à faire leurs propres démarches pour obtenir un médecin s'exprimant dans leur langue, démarches infructueuses dans certains cas.

«ça fait plaisir quand on parle français mais ce n'est pas toujours possible»

Pour d'autres répondants, le fait d'avoir un médecin francophone n'est pas de première importance. Dans certains cas, ces derniers se sont habitués au langage médical en anglais. Ils insistent par ailleurs que la qualité de la relation patient – médecin importe davantage.

«on comprend les mots; ça fait 30 – 40 ans avec le même médecin»

5.2.2 Références vers les spécialistes francophones

Près des deux tiers des répondants ont affirmé ne pas être dirigés vers des médecins spécialistes francophones; pour la majorité d'entre eux, cela s'explique simplement par le fait qu'il y a très peu de spécialistes francophones.

«ce serait une bonne idée s'il y avait des docteurs bilingues»

Encore ici, pour certains (deux) répondants, la langue d'expression n'est pas de première importance puisqu'ils ont acquis le langage médical en langue anglaise.

«moi pour les maladies, j'ai appris ça en anglais»

5.2.3 Autres professionnels de santé

Les participants de toutes les régions, à l'exception d'Oshawa-Toronto, ont constaté que les intervenants font un effort dans la majorité des cas pour offrir les services en français, soit par l'entremise d'interprètes ou par d'autres professionnels (collègues) qui parlent français. Les participants ont constaté aussi qu'il faut toujours demander d'être servis en français; les services sont offerts automatiquement en français seulement dans les cliniques francophones ou seulement si les intervenants connaissent déjà les malades pour les avoir eus comme patients. Dans les autres établissements il faut demander d'être servis en français.

À la lumière des témoignages recueillis, l'accès à un professionnel de santé francophone apparaît quelque peu limité. Si dans les cliniques francophones il ne semble pas y avoir de problèmes, c'est plus difficile dans le système de santé en général. Chez plusieurs répondants, on ressent une gêne à demander d'être servis en français. Certains ne demandent pas parce qu'ils croient que le service n'est pas disponible en français ou encore parce qu'ils ont appris à se débrouiller en anglais.

«si je vois que quelqu'un parle en français, je vais leur parler en français»

Trois répondants ont reconnu qu'un effort est fait pour leur assurer certains soins en français.

«[parmi] les gardes-malades, il y a plusieurs personnes qui parlent le français»

5.3 Accessibilité aux services de santé en français

5.3.1 Accessibilité aux services

Pour une majorité des répondants (dix-huit sur vingt-cinq), il est important de pouvoir obtenir des services de santé en français. Il s'avère plus difficile, pour certains participants, d'obtenir des services en français dans les hôpitaux. Bien souvent, ces derniers n'osent pas demander et attendent plutôt qu'on leur offre le service.

«je n'ai pas demandé parce que je pense bien que je n'aurais pas pu en avoir»

Un répondant a affirmé préférer être servi en anglais, par habitude.

«il a fallu que je me débrouille en anglais, puis j'ai tout appris ces termes là en anglais»

Pour quelques répondants, l'importance de pouvoir être servi en français est ainsi relative.

«ça aurait été important si je n'avais pas compris [en anglais]»

5.3.2 Confiance

De manière générale, bien qu'il soit important pour les répondants de pouvoir être servi en français, le fait d'avoir un intervenant non-francophone n'affecte pas leur confiance envers les services de santé. Une minorité de répondants (six sur vingt-cinq) a affirmé avoir moins confiance lorsqu'on lui prodigue des soins en anglais; pour la majorité, leur confiance est davantage tributaire de l'attitude et du professionnalisme du personnel soignant. Par contre, plusieurs témoignages ont exprimé des réticences dans la relation avec le personnel lorsqu'ils doivent s'exprimer en anglais.

«quand tu ne comprends pas, ça crée des craintes, des inquiétudes»

5.3.3 Capacités d'expression

Dix répondants (sur vingt-cinq) ont affirmé ressentir des limitations à leurs capacités d'expression lorsqu'on s'adresse à eux en anglais. Parmi eux, un participant nous a mentionné que pour surmonter ces limites, il se faisait accompagner par un membre de sa famille.

«parfois c'est choquant. Tu voudrais t'expliquer plus et puis tu ne peux pas, alors tu passes par-dessus»

«des fois tu n'es pas sûr de t'avoir [sic] exprimé comme il le faut, surtout en termes médical [sic]»

«[en français,] c'est plus facile de s'exprimer et de dire au médecin quel problème on a»

«en anglais, je ne suis pas capable de dire tout ce que j'ai à dire»

Parmi les participants ne se disant pas affectés dans leurs capacités d'expression par un personnel de santé s'exprimant en anglais, l'un d'eux a souligné que l'écoute du professionnel était davantage centrale pour établir une bonne communication.

«[s'il y a] une bonne écoute, ça ne dérange pas»

5.3.4 Temps alloué au patient

Quelques répondants (neuf sur vingt-cinq) ont affirmé croire que le fait d'être francophone affectait le temps alloué par le personnel médical pour leur expliquer leurs maux ou encore la posologie et les effets secondaires de leur médication.

«il [le médecin] ne voulait pas prendre le temps de m'expliquer et de s'assurer que je pouvais tout comprendre»

Parmi les autres répondants, certains ont émis des doutes quant à cette relation possible entre le fait de s'exprimer en français et le caractère expéditif de certaines rencontres avec le personnel médical. Pour eux, que ce soit en français ou en anglais, les intervenants parlent trop vite pour être compris, ne permettent pas les questions et paraissent toujours trop pressés.

«on dirait qu'il fait tout trop vite, comme s'il voulait se débarrasser de toi au plus vite»

Pour d'autres, la relation entre le caractère expéditif des rencontres et le fait qu'ils s'expriment en français ne fait pas de doute; ils se perçoivent ainsi moins bien servis.

«surtout si c'est une personne qui aime moins les francophones»

5.3.5 *Qualité des soins*

De manière générale, les répondants ne considèrent pas que leur langue d'expression affecte la qualité des soins qu'ils reçoivent. À ce propos, certains ont exprimé que la qualité de la relation avec le médecin et le professionnalisme du personnel soignant primaient davantage quant à la qualité des soins reçus.

«quand tu sens que ceux qui nous donnent les soins nous aiment»

«on a de bons services»

Certains répondants ont toutefois exprimé un bémol sur cette question en liant la qualité des soins au temps alloué aux patients; pour eux, de bonnes explications doivent faire partie des soins de qualité.

5.3.6 *Explications du médecin*

La majorité des répondants (vingt-et-un sur vingt-cinq) ne croient pas que le fait qu'ils s'expriment en français fait en sorte qu'ils reçoivent moins d'explications du médecin.

Certains autres répondants considèrent manquer d'informations et se questionnent si cela s'explique par le fait qu'ils parlent français.

«il [le médecin] a peut-être l'impression que tu ne comprends pas alors il va s'expliquer moins ou il va en dire juste un peu; il ne dira pas tout.»

«des fois, les effets secondaires, ils vont peut-être passer par-dessus. Ça peut arriver parce que je parle en français»

Certains répondants ont également souligné les distinctions entre les professionnels : selon eux, le médecin de famille et le pharmacien expliquent plus et donnent plus d'informations que les spécialistes.

5.3.7 *Inquiétudes quant à l'avenir de leurs soins*

Les inquiétudes exprimées par les répondants ont surtout trait à l'accès aux soins et au maintien de la qualité des soins offerts. Elles ont également trait aux coûts des médicaments et à la possible aggravation de la ou des maladie(s).

Plusieurs participants ont également exprimé des craintes quant à la possibilité d'avoir à se trouver un nouveau médecin, et de surcroît un nouveau médecin francophone.

5.3.8 Moment où c'est important de pouvoir être servi en français

Quelques répondants nous ont souligné que la possibilité de pouvoir s'exprimer en français était importante pour eux dans certaines situations particulières, par exemple lorsqu'ils doivent rencontrer un spécialiste ou encore être traité d'urgence à l'hôpital.

«j'ai été chanceux la journée que je suis allé à l'urgence; on m'a servi en français souvent»

«quand t'es ben faible»

De manière générale, le fait de pouvoir être servi en français s'avère important pour les questions de santé.

«c'est important de bien comprendre lorsqu'il est question de mes maladies»

5.3.9 Besoins de services en français

Tous les participants ont pu identifier, à des degrés divers, des besoins de services de santé en français. Les plus couramment cités sont ceux relatifs aux services en cliniques et dans les hôpitaux, aux services à domicile, aux services en région éloignée ou encore aux services en résidence. De nombreux participants ont émis le souhait qu'on développe des services de santé véritablement bilingues.

«les professionnels de la santé devraient tous parler français et anglais, point final»

6. Interprétation des résultats

À la lumière des témoignages recueillis, différents enjeux nous sont apparus intéressants quant à la compréhension de la réalité des personnes âgées francophones atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), à savoir :

- ⇒ l'enjeu de la maladie chronique;
- ⇒ l'enjeu du vieillissement;
- ⇒ l'enjeu linguistique;
- ⇒ l'enjeu de littératie;
- ⇒ l'enjeu socio-économique;
- ⇒ l'enjeu émotif.

6.1 L'enjeu de la maladie chronique

D'entrée de jeu, la présence d'une ou de plusieurs maladie(s) chronique(s) chez nos participants crée un impact particulier dans leur abord des services de santé. Les personnes âgées interrogées cadrent ainsi avec le tableau démographique canadien dans son ensemble : par rapport à la population en général, elles consultent plus régulièrement le médecin de famille, ont recours plus souvent aux spécialistes de la santé et sont sous médication.

La perte d'autonomie face à la maladie chronique chez les personnes âgées cause des obstacles à la vie normale (la maladie leur empêche de faire des affaires, marcher, voyager, avoir de l'énergie). Au niveau psychologique, le plus gros obstacle est d'être loin de la famille et de déménager dans une résidence pour personnes âgées. Il faut noter que certaines personnes âgées ont rapporté faire face à certaines phobies (ex. se faire piquer) à cause de leur maladie chronique.

Sur ce plan, notre étude exploratoire ne nous permet pas de statuer sur une différence notable entre la réalité vécue par les personnes âgées souffrant de maladies chroniques de langue française et celle vécue par la population en général.

6.2 L'enjeu du vieillissement

L'impact démographique du vieillissement chez la population canadienne est un fait avéré. Le vieillissement, pour les personnes francophones comme pour le reste de la population, implique potentiellement une perte de mobilité, de la vue et de l'ouïe et de possibles troubles cognitifs qui ont un impact sur leurs soins de santé, d'autant plus chez les personnes âgées francophones qui ne peuvent accéder à des soins dans leur langue à proximité de leur domicile.

Nous savons que la population francophone vit davantage en région rurale et éloignée et que ceci a un impact certain sur l'accès aux services de santé, de surcroît dans la langue minoritaire. Nous ne pouvons cependant confirmer cet impact pour les participants de l'étude qui vivent principalement près des moyens et grands centres.

Parmi nos répondants, certains ont exposé leur satisfaction, leur contentement d'être «rendus là où ils sont rendus».

6.3 L'enjeu linguistique

Un enjeu central relevé par cette étude exploratoire est celui de la langue d'expression et de l'accès aux services de santé en français. Les différents témoignages reçus nous amènent à souligner ici une différence notable entre les services de santé en français et les services de santé en général.

De fait, on peut conclure, à la lumière des réponses reçues, que l'accès aux professionnels de la santé, aux médecins de famille, et plus particulièrement aux spécialistes s'exprimant en français est bel et bien limité³. Les soins prodigués sont perçus de bonne qualité, mais certains répondants ont également souligné quelques réticences, voir même un inconfort quant à la communication dans une langue seconde. Que ce soit pour obtenir et communiquer des informations sur leur(s) maladie(s), sur leur médication (posologie) ou encore sur les soins à venir, la majorité des personnes âgées francophones interrogées ressentent une limitation lorsque les rencontres avec les professionnels de santé se déroulent en anglais⁴.

Pour d'autres répondants, le fait de pouvoir être servi en français n'est pas nécessairement quelque chose à rechercher ou à exiger. Ces répondants ont appris les termes médicaux en anglais et cela rend difficile le passage de l'anglais au français lors de conversations concernant leur état de santé. Pour d'autres, la relation de confiance établie depuis plusieurs années avec leur médecin anglophone est plus importante que le service en français. Ce peut également être une question de «stratégie» : on préfère que l'intervenant, même francophone, écrive son rapport en anglais pour être compris des autres intervenants qui eux ne parlent pas français. L'intégration des services francophones au sein des services anglophones apparaît sous cet angle plus central comme impératif.

³ Notre constat appuie ici celui de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle (EVMLO) qui a souligné que 31% des adultes de langue française de l'Ontario de leur échantillon ont déclaré utiliser principalement le français avec leur médecin de famille et 20% ont déclaré utiliser principalement le français lors de la fréquentation d'un «autre endroit» que le bureau d'un médecin de famille pour recevoir des soins de santé (Corbeil, *et. al.*, 2006, p. 45). La même enquête souligne les difficultés perçues par les Ontariens francophones adultes pour l'accès à des services en français : plus de 40% décrivent l'accès «Très difficile, difficile ou impossible», près de 20% le décrivent «Ni facile ni difficile» et moins de 40% le décrivent «Très facile ou facile» (Corbeil, *et. al.*, 2006, graphique 4.4, p. 51).

⁴ Cette constatation fait écho aux études sur les barrières linguistiques en santé vécues par les populations noires et hispanophones aux États-Unis : ils ressentent que l'on prend moins de temps avec eux, que l'on prend moins de temps à leur expliquer les prescriptions, les recommandations, les effets secondaires, etc. Voir *Institute of Medicine* (2003).

6.4 L'enjeu de littératie⁵

À l'instar de la population canadienne âgée dans son ensemble, notre échantillon révèle un niveau d'éducation moindre que pour la population en général. Plus marqué pour la population canadienne francophone hors Québec, le faible niveau de littératie a des conséquences sur l'accès aux services de santé.

Notre enquête nous a ainsi permis d'identifier un malaise, chez certains répondants, de recevoir des soins dans leur propre langue puisqu'ils se sont habitués à les recevoir dans leur langue seconde, l'anglais. Les limites d'instruction de la population âgée francophone accélèrent ainsi le processus d'assimilation de ces populations, trop contraintes à se débrouiller dans une autre langue.

De manière générale, les lacunes quant à l'éducation des personnes âgées francophones atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) affectent leur compréhension et leur communication avec les professionnels de la santé, compromettant possiblement la qualité des soins reçus et de là, leur état de santé. Bien que le langage spécialisé de la médecine peut insécuriser le ou la malade, ce problème est exacerbé si la communication est de plus rendue difficile par la non concordance linguistique entre le professionnel et la personne âgée.

6.5 L'enjeu socio-économique

La population âgée francophone hors Québec est moins bien nantie que la population âgée canadienne dans son ensemble (Statistique Canada, 2006). Au terme de nos entretiens, nous avons pu relever quelques inquiétudes financières chez nos répondants, inquiétudes croyons-nous partagées par le reste de la population canadienne âgée faisant face à des problèmes chroniques de santé⁶.

On peut noter ici que le manque de ressources du système de santé, notamment en ce qui a trait aux frais de transport ou encore aux services de traduction, amène des dépenses indues pour les personnes âgées francophones et leur entourage (certains répondants nous ont souligné se faire accompagner par des membres de leur famille non seulement pour faire office de traducteur, mais également «pour poser les bonnes questions» concernant la ou les maladie(s); ils s'assurent presque toujours d'avoir leur fille, leur femme ou leur mari avec eux pour aller aux rendez-vous avec les médecins, pour ne rien manquer, même quand la rencontre se déroule en français).

⁵ La littératie a d'abord fait référence à la capacité de lire, de comprendre et d'utiliser l'information. Cependant, la signification du terme s'est élargie pour englober une gamme de connaissances, de compétences et d'habiletés qui ont trait à la lecture, aux mathématiques, aux sciences et plus encore.

⁶ Le Rapport sur les résultats de santé du Conseil canadien de la santé (2007) fait le constat suivant : «Comme la plupart des personnes âgées souffrent de maladies chroniques, le fardeau social et économique que constituent ces maladies s'alourdira avec le vieillissement de la population» (p. 16). On y souligne aussi l'impact financier de la maladie chronique chez les malades eux-mêmes par cette citation : «Il faut être aisé pour être diabétique. Le diabète est un club d'élite et le prix de l'adhésion est élevé... Inutile pour les travailleurs à faible revenu de poser leur candidature» (*Consultation publique du Conseil canadien de la santé sur le renouvellement des soins de santé et les maladies chroniques, printemps 2007*).

6.6 L'enjeu émotif

Plusieurs répondants nous ont souligné être davantage à l'aise pour poser leurs questions, exprimer leurs maux et les inquiétudes en opérant dans leur propre langue. De fait, l'impossibilité d'obtenir des soins en français, et ce plus particulièrement dans des moments d'inconfort, de détresse et d'urgence, est un facteur de stress et d'inquiétudes supplémentaires chez les personnes âgées francophones interrogées.

7. Conclusion

Les personnes âgées constituent une population plus affligée par la maladie chronique et en conséquence ont de plus importants besoins de soins, que ce soit en termes d'hospitalisations, de consultations médicales et de prescriptions de médicaments. Dans ce contexte, il est opportun de s'assurer qu'elles aient accès à des soins de qualité, aptes à répondre adéquatement à leurs besoins, compréhensibles, cohérents et sécuritaires (IOM, 2001). La qualité des soins ne peut être définie sans tenir compte des attributs propres à cette population. En ce sens, un système de santé approprié pour une population vieillissante doit être plus axé vers des soins à domicile, de bonnes habitudes de vie (alimentation, activité physique), la prévention et la réadaptation que sur des technologies de pointe.

Les personnes âgées souffrant de maladies chroniques sont tout particulièrement vulnérables. Elles forment le groupe ayant le plus de co-morbidités et faisant le plus grand usage des services de santé; leur nombre et leur proportion s'accroissent (*Recensement 2006*, Statistique Canada, disponible [en ligne] : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>). Dans le contexte ontarien, il nous est apparu opportun de savoir si le fait d'appartenir à une minorité linguistique (de langue officielle) est un élément qui influe sur la qualité des soins et comment les personnes âgées percevaient cette situation.

Les résultats colligés révèlent effectivement que la bonne communication et la confiance envers les professionnels de la santé est un enjeu central pour les personnes âgées. Si, de manière générale, les personnes âgées affirment être plus à l'aise de s'exprimer en français quand il s'agit de santé et préférer que l'on s'adresse à elles en français, il s'avère que la question proprement linguistique revêt une réalité plus complexe. En effet, les personnes âgées sont plus susceptibles de voir leur communication entravée par divers aspects de nature psychosociale :

- 1) le niveau spécialisé du langage médical;
- 2) l'insécurité de ne pas apparaître à la hauteur face aux difficultés de compréhension de ce discours;
- 3) le sentiment d'être pressé par le peu de temps alloué à la rencontre médecin-patient;
- 4) la difficulté de comprendre et de s'exprimer en anglais;
- 5) la difficulté d'exprimer l'émotion, la douleur dans une langue seconde.

À ces aspects s'ajoute l'effet de l'assimilation où, pour obtenir des services, l'usage de l'anglais devenait une nécessité. Quelques-unes des personnes âgées rencontrées ont exprimé cette réalité en affirmant qu'elles n'ont appris que les termes anglais associés à leur maladie.

Toutes ces lacunes de communication nous apparaissent inter-reliées et révélatrices d'un triple problème de littératie impliquant : 1) les compétences proprement linguistiques en français et en anglais; 2) le niveau d'éducation et 3) la compréhension du discours spécialisé du domaine médical.

8. Recommandations

Malgré le caractère exploratoire de notre étude, nous pouvons avancer quelques recommandations qui pourraient améliorer la navigation des personnes âgées francophones dans le système de santé et la qualité des soins.

- 1) **L'offre active de services en français.** Plus de personnes âgées francophones oseraient parler leur langue si on s'adressait à elles en français et si la documentation ou l'affichage dans les institutions démontraient l'égalité de statut des deux langues officielles.
- 2) **La formation et le financement de «facilitateurs»** pouvant offrir des services d'accompagnement et de traduction culturellement adaptés et faciliter l'orientation des personnes âgées francophones souffrant de maladies chroniques dans leurs rencontres avec les professionnels de la santé et leur cheminement dans le système de santé.
- 3) **La création, l'évaluation et l'adaptation d'outils de communication, écrits ou sur Internet,** dans un langage adapté – pensons, entre autres, à de la documentation qui cible différentes maladies chroniques dont souffrent les populations âgées.
- 4) **La poursuite de l'effort de rapprochement des populations** en créant véritablement des services de proximité incluant (surtout pour les personnes âgées) des services à domicile coordonnés, intégrés, souples et linguistiquement adaptés.
- 5) **La formation des intervenants aux droits linguistiques** et aux différents contextes culturels et expérientiels des francophones minoritaires.
- 6) **Un dictionnaire, lexique en ligne ou papier,** d'usage facile, qui contiendrait des termes médicaux de maladies courantes chez les personnes âgées, en anglais et en français, avec une définition du genre : «les mots utilisés par votre médecin et ce qu'ils veulent dire».

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau 1 – Caractéristiques sociographiques des participants

	Ottawa	Sudbury	Hearst	Oshawa	Total
	n = 6	n = 6	n = 6	n = 7	N = 25
Sexe					
Homme	4	3	3	3	13
Femme	2	3	3	4	12
Âge moyen	79	76	77	73	76
Type de ménage					
Vit seul	0	3	2	1	6
Vit en famille	6	3	4	6	19
Type d'habitation					
Propriétaire	2	2	2	4	10
Locataire	3	4	1	3	11
Résidence	1	0	3	0	4
A suffisamment de moyens pour vivre					
Oui	3	6	6	4	19
Moyen	0	0	0	2	2
Non	2	0	0	0	2
Inconnu	1	0	0	1	2
Province d'origine					
Ontario	4	4	4	1	13
Québec	2	2	2	5	11

ANNEXE 2 : Tableau 2 – Capacités linguistiques des participants

	Ottawa	Sudbury	Hearst	Toronto	Total
	n = 6	n = 6	n = 6	n = 7	N = 25
Langue de l'entrevue					
Français	6	6	6	7	25
Anglais	0	0	0	0	0
Qualité du français					
Bonne	6	6	6	7	25
Mauvaise	0	0	0	0	0
Première langue parlée					
Français	4	6	6	6	22
Anglais	0	0	0	0	0
Français et anglais	2	0	0	1	3
Langue la plus utilisée tous les jours					
Français	6	5	6	6	23
Anglais	0	0	0	0	0
Français et anglais	0	1	0	1	2

ANNEXE 3 : Tableau 3 – Maladies chroniques des participants

	Ottawa	Sudbury	Hearst	Oshawa	Total
	n = 6	n = 6	n = 6	n = 7	N = 25
Nombre moyen de maladies chroniques	3	4	3	3	3
Nombre de maladies					
Au moins 1	6	6	6	7	25
2 maladies	1	0	2	2	5
3 maladies ou +	3	6	4	4	17
Nombre moyen d'année de la présence de la maladie	20 ans	19 ans	13 ans	15 ans	17 ans
Nombre de répondants qui souffrent de/d'					
Hypertension	2	0	2	2	6
Diabète	4	2	1	4	11
Maladie cardiaque	2	3	3	4	12
Maladie respiratoire	2	3	1	1	7
Arthrite	3	3	1	2	9
Cancer	2	5	3	1	11
Dépression	0	1	0	1	2
Autres maladies	2	6	6	3	17
Maladies étant déclarées les plus incommodes					
Hypertension	0	0	0	0	0
Diabète	3	0	1	3	7
Maladie cardiaque	0	2	1	3	6
Maladie respiratoire	1	2	0	1	4
Arthrite	1	1	1	0	3
Cancer	1	0	0	0	1
Dépression	0	0	0	0	0
Autres maladies	0	0	3	0	3

ANNEXE 4 : Témoignages : Ottawa – Champlain

Ottawa – Champlain						
Thèmes	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4	ID 5	ID 6
Impacts divers d'une maladie chronique						
Impacts d'une maladie chronique sur la famille	Non car sa femme devait aussi surveiller ses choix alimentaires : «Je dirais pas parce que y'a juste moi et ma femme et puis ma femme aussi il faut qu'elle fasse attention un peu tu sais.»	Oui, surtout à cause des finances. Ils n'avaient pas beaucoup de divertissements ni de vêtements.	Oui, elle demeure avec sa fille.	Ça les affecte toujours un peu. «Mes enfants doivent voir leur père arrangé comme ça.»	Son mari s'inquiète.	Oui quand il avait le cancer, ils étaient inquiets. Mais pas pour son arthrite.
Impacts d'une maladie chronique sur les finances	Non.	«Tout coûte cher [...] Le gouvernement provincial m'aide un peu [...] Mais ça coûte encore cher. J'ai été obligé de faire faillite dans les dernières années.»	«Ça coûte cher pour acheter les sacs, des fournitures. Mais le gouvernement m'en donne un peu mais il n'a pas assez.»	Non.	Pas tellement, il a des assurances.	Non mais pour «certains médicaments le gouvernement ne veut pas payer.»
Inquiétudes en raison de la maladie	Pas vraiment : «J'ai fait une belle vie. J'ai jamais été malade.»	Oui. «On ne sait jamais qu'est-ce qui va arriver» (son argent, sa santé).	Elle est anxieuse car elle ne sait pas si elle aura besoin d'une autre opération.	Le fait qu'il va mourir à cause de sa maladie.	«[...] à mesure que je me renseignais sur la maladie, j'ai trouvé qu'il fallait faire attention à plusieurs choses.»	«J'ai peur de devenir complètement invalide.»

<p>Comment envisagent-ils le futur</p>	<p>Aucun ennui. Seulement certains sacrifices pour son alimentation. «Bien c'est euh [...] c'est de faire plus de sacrifices là.»</p>	<p>Vision incertaine du futur. Le rend nerveux.</p>	<p>Optimiste. «Je vis une journée à la fois.»</p>	<p>«J'ai pas grand futur.» «Du jour au lendemain.»</p>	<p>Optimiste car elle se fait opérer. «Je vais avoir plus d'énergie après et moins de complications pour la santé.»</p>	<p>«Je ne me fais pas de soucis, un jour à la fois.» Il veut rester le plus longtemps possible dans sa maison.</p>
<p>Le plus gros obstacle ou le plus gros ennui que la maladie chronique occasionne</p>	<p>De ne pas pouvoir manger ce qu'il aime.</p>	<p>La perte de vision : «Parce que quand tu perds ta vision, y'a plus grand chose que tu peux faire.» La mobilité : «[...] même les restaurants c'est pas équipé pour des chaise roulantes.» Le diabète : «Il faut que je me teste régulièrement le bout du doigt [...] pour savoir comment haut est qui est mon sucre. Plus que j'vas, plus que j'ai de la difficulté [...]»</p>	<p>Ne pas savoir quand se produit le besoin d'aller à la selle : «Bien c'est que quand je me n'attends pas des fois mes intestins marchent puis ça déborde puis des fois ça va bien, puis des fois ça va pas, ça va pas bien.»</p>	<p>«Bien ça m'empêche de faire beaucoup d'affaires que shu pas capable de faire.»</p>	<p>«Oui, [...] c'est le manque d'énergie que [...] c'est un gros bobo ça euh. Bien je sais que la glande thyroïde aussi euh [...] fait ça euh la glande thyroïde puis le diabète c'est deux qui enlève l'énergie.»</p>	<p>«[...] quand on n'a pas notre santé [...] tu as du mal puis tu ne fais pas les choses que normalement tu vas faire.»</p>

Services de santé et langue de communication						
Médecin de famille						
Ont cherché un médecin de famille qui parlait français	Non. «Je trouvais pas de médecin. Et puis euh finalement y'a une clinique qui est ouvert sur Donald et puis sa parle tout français là.»	Oui. «Dans le temps que mon épouse vivait, elle ne parlait pas anglais.»	Oui.	Non, c'était par hasard.	«Ah oui, oui certain.»	Oui. «J'irai pas voir un médecin qui parle juste anglais parce que ça n'a pas de sens.»
Le fait que le MD de famille est francophone compte beaucoup	Oui. «Ça fait que je me comprends mieux en français sur le côté de la maladie.»	Non.	«Oui ça compte beaucoup, je n'irai pas le voir.»	Non.	Oui.	Oui.
Doivent demander des soins en français	Oui. «Je me présente toujours en français.»	«Habituellement. Souvent il faut le demander parce que les gens, on dirait qu'ils sont gênés de parler français.»	Oui, tout le temps.	Non, ça ne fait pas de différence.	Oui, toujours. «Si on m'adresse en anglais, bien là je vais leur demander si y'a quelqu'un qui parle en français.»	Oui, mais pas souvent car il va toujours à des endroits francophones. «Il doit y avoir une amélioration parce que surtout l'Hôpital Civic est plus anglo que franco.»
MD dirige vers des spécialistes francophones	Oui. «Je crois qu'elle essaie.»	«Oui pour certaines affaires.»	Oui.	Pas de spécialiste.	Oui.	Oui. «Je pense qu'il va essayer [...] dans la mesure du possible.»

Médecins spécialistes et autres professionnels						
Intervenants font un effort pour offrir services en français	Oui. Ce sont des cliniques francophones.	«À 75% oui [...] ça dépend vraiment de l'endroit.»	«Oui quand ils voient qu'on est français, oui.»	Il préfère en anglais.	«Je dirais qu'il font l'effort.»	«Je pense qu'ils essaient de respecter ça.» «Je sais pas à Ottawa, ça fait trop longtemps.»
Accessibilité aux services en français						
Offres de services en français	Ils parlent toujours en français.	Souvent.	«Ils savent que je parle français ça fait qu'ils se forcent.»	Peut-être à certains endroits.	«La plupart du temps, oui.» «Surtout au Civic je trouve il faut demander les services en français.»	«À l'hôpital non [...] sur téléphone on vous le demande.» Chez son médecin, ils savent qu'il est francophone.
Importance de recevoir des services en français	Très important. «Plus à l'aise, on se comprend mieux.»	Absolument important. «On comprend mieux dans notre langue maternelle.»	Absolument important. «On se comprend mieux quand on parle notre langue.»	Pas important.	Absolument important. «Plus facile de s'exprimer et de dire au médecin quels problèmes on a.»	Absolument important. «Quand une personne est malade, il est très important qu'elle comprenne.»
Un intervenant non franco affecte la confiance	Oui. «S'ils ne me parlent pas en français, je vais à un autre qui parle français.»	Non. «S'il me parle puis je vois qu'il connaît son affaire, je vais continuer.»	Non.	Non.	Oui.	Oui.
Un intervenant non franco affecte les capacités de bien exprimer tout ce qui est ressenti	Oui.	Non. «Si il a une bonne oreille pour écouter, ça me dérange pas.»	Non.	«Non, ma fille est toujours avec moi.»	Oui.	Oui. «ça sert à rien de parler, il comprend rien.»

Un intervenant non franco passe moins de temps avec eux	Oui. «S'il ne me comprend pas, certain qu'il passe moins de temps.»	Non. «ça dépend du médecin même.»	Non.	Non.	«Je dirais que oui.»	Oui. «Oui, parce que eux autres même ont un problème de communication.»
Les intervenants non franco se préoccupent de votre santé comme vous le voudriez	Non. «Y'ont pas fait l'effort.»	«Si sont pas consciencieux, qu'ils soient de n'importe quelle langue, ils ne s'occupent pas de toi.»	Oui.	Oui.	«Pas tout à fait. Ils vont plus vite ou sont moins intéressés.»	«En général, oui.»
Les intervenants n'expliquent pas autant (les prescriptions)	Oui. «Je lis beaucoup sur les bouteilles.»	Non.	Non.	Non.	Oui.	Non.
Inquiétudes pour l'avenir de leurs soins à long terme	Les attentes. Le service est trop vite donc «je n'ai plus confiance aux docteurs tellement.»	«Oui à cause du gouvernement. Ils font beaucoup de coupures.» «Les médecins n'ont pas le temps de parler à leurs patients.»	Non.	Pas vraiment. Il parle de longs temps d'attente.	Les médicaments ne sont pas tous couverts par les assurances. Ne sait pas si on va toujours avoir des services en français.	Les coûts des médicaments.
Moments où parler en français pour vous est plus important que d'autres	«Toujours, surtout quand on parle de mes maladies et de ma santé.»	«Oui, quand je veux m'exprimer clairement.» (tout le temps)	«Quand tu as mal ou quand tu as besoin d'aide. Il faut se comprendre dans notre langue.»	Non.	«Pour la santé je trouve que c'est absolument nécessaire. Je trouve que c'est important partout.»	«Toujours important car je ne parle pas l'anglais.»
Besoin de plus de services francophones dans leur région?	Oui.	Oui, hôpitaux et cliniques. On devrait exiger le bilinguisme.	«Oui, mais on est bien servi pareil.»	Non.	Sa région est très francophone. Il devrait continuer à avoir des services en français partout.	Sa région est très francophone.

ANNEXE 5 : Témoignages : Sudbury

SUDBURY						
Thèmes	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4	ID 5	ID 6
Impacts divers d'une maladie chronique						
Impact d'une maladie chronique sur la famille	ND	ND	ND	ND	Aucun.	«Pour ma famille, mes enfants ont bien compris ma maladie. Ils sont actifs aussi et ils font attention à quoi ils mangent.»
Impacts d'une maladie chronique sur les finances	ND	ND	ND	ND	Aucun.	Non. «La maladie n'a pas eu d'impact sur mon travail; la retraite était planifiée.»
Inquiétudes en raison de la maladie	Oui. «Je ne veux pas m'arrêter que je ne peux pas marcher ou que je ne veux pas être pris dans un lit là.»	Oui. «La vessie se complique avec le rectum.»	Aucune. « <i>So far so good.</i> »	Non.	Oui. «Ça vient pire un peu en vieillissant.»	Oui. «J'ai des inquiétudes pour ce qui vient après comme ça peut affecter le cœur, l'articulation, etc.»
Comment envisagent-ils le futur	ND	ND	Pas d'inquiétudes. « <i>Go with the flow.</i> »	Pas d'inquiétudes.	«Faut que je fasse bien attention pis prudent.»	«J'essaye d'avoir une belle vision. Je suis en bonnes mains avec les médecins et j'essaye de m'éduquer alors avec tous cela j'espère que ça va bien aller.»

Le plus gros obstacle ou le plus gros ennui que la maladie chronique occasionne	ND	ND	Ne plus pouvoir voyager.	La marche.	«Je dois toujours surveiller mon état de santé.»	Alimentation.
Services de santé et langue de communication						
Médecin de famille						
Ont cherché un médecin de famille qui parlait français	«Oui, j'aimais avoir quelqu'un français.»	Oui.	«Non, c'est arrivé de même.» C'était le médecin de sa femme.	Oui.	Non.	Non. «Non parce que les médecins sont difficiles à trouver pour commencer puis ça fait trente ans qu'on est avec.»
Le fait que le MD de famille est francophone compte beaucoup	Oui. «Ben des fois comme des grands mots des fois c'est ça, c'est plus difficile et plus compliqué.»	«Si ça aurait été un médecin en anglais et je m'aurais bien adonné avec, ça aurait été la même chose.»	Non. «Français, anglais c'est la même chose.»	Non. «Ça me fait plaisir quand quelqu'un me parle français, mais ce n'est pas toujours possible.»	Non. «Ça toujours adonné que c'était des anglais [...] Je n'ai pas de problème avec ça.»	Non.
Doivent demander des soins en français	Pas de réponse.	«Toujours, toute suite et partout. C'est important pour moi de pouvoir m'adresser en français.»	«Non. Je ne demande pas parce que je comprend puis ça ne me dérange pas.»	«Tout de suite je parle en français. Puis à l'hôpital ils m'ont répondu en français.»	«Non, mais si je vois que quelqu'un parle en français je vais leur parler en français.»	«Souvent. Je demande toujours au moins mais il n'y en a pas toujours.»
MD dirige vers des spécialistes francophones	Oui.	Oui.	«Non. Je ne pense pas que c'est possible pour ceux que j'ai.»	«Il essaye, mais n'y en a pas beaucoup dans le coin de Sudbury.»	«Non, n'y a jamais été question de ça.» «Ça serait une bonne idée s'il y avait des docteurs bilingues.»	«Non parce qu'il y a en a pas.»

Médecins spécialistes et autres professionnels						
Intervenants font un effort pour offrir services en français	«Oui, ah oui. [...] Mais des fois la personne même qui parle l'anglais, elle va parler le français ou ils vont faire un gros effort pour le parler [...] Je me sens confortable.»	«Pas vraiment, il faut demander.»	Non, elle n'en a pas besoin.	«Dans les gardes malades, il y a plusieurs personnes qui parlent français.»	Non.	Oui.
Accessibilité aux services en français						
Offres de services en français	Oui.	Non.	«Chez le médecin c'est automatique. À l'hôpital, ils ne demandent jamais.»	«Non. Je ne me souviens pas.»	«Non, je ne m'en rappelle pas que [...]»	Souvent.
Importance de recevoir des services en français	Important «[...] de se comprendre bien là.»	«J'aime mieux être servie dans ma langue, c'est moins gênant.»	Peu important.	Important. «On peut se comprendre. Il y a une bonne communication.»	«Bien, ça <i>feel</i> bien d'avoir quelqu'un qui te parle en français. C'est peu important pour moi d'être servi en français.»	Important. «C'est ma langue.»
Un intervenant non franco affecte la confiance	Non.	Non. «Dans ce cas-là, je donne plus d'effort à me faire comprendre par exemple, j'utilise mes mains.»	Non.	Non.	Non.	«Non. Comme mon médecin, il est anglophone mais je lui fais tellement confiance.»

Un intervenant non franco affecte les capacités de bien exprimer tout ce qui est ressenti	ND	Non.	Non.	Non.	Non.	Oui, souvent.
Un intervenant non franco passe moins de temps avec eux	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.
Les intervenants non franco se préoccupent de votre santé comme vous le voudriez	ND	Oui.	Oui.	Oui.	Oui.	Oui.
Les intervenants n'expliquent pas autant (les prescriptions)	ND	Non.	Non.	Non.	Non.	Non.
Inquiétudes pour l'avenir de leurs soins à long terme	«Oui [...] que si je n'ai pas l'argent pour des choses là, des médicaments ou des soins ou des opérations [...] être soigné là [...] que ça va coûter trop cher pour la catégorie que je suis [...] que j'aurais un peu de problème.»	Un peu : «[...] j'ai peur de perdre la carte [...] J'aimerais autant que possible que je sois capable de faire mes affaires par moi-même.»	«Non, <i>so far so good.</i> »	Oui. «Avec l'âge, on est moins lucide, on est plus tannant. On demande plus, et on veut l'avoir hier et pas aujourd'hui [...] Les gens qui vont prendre soin de moi, ça va les enrager.»	«Non, pas vraiment, pas pour toute suite, dans une couple d'années peut-être.»	«Oui, j'ai peur que mon médecin parte parce que je sais que les médecins sont difficiles à trouver.»

Moments où parler en français pour vous est plus important que d'autres	Oui.	Oui.	Non.	Non. «Ben, j'ai été chanceux la journée que je suis allé à l'urgence. On m'a servi en français souvent.»	«Non, mais ça fait du bien quand qu'ils parlent ta langue.»	«Oui. Dans le passé, il y a eu de la confusion pour avoir une chambre à l'hôpital pour mon mari. Si il y aurait eu quelqu'un de francophone, on aurait pu s'entendre mieux.»
Besoin de plus de services francophones dans leur région?	«Oui, après l'entrée à l'hôpital, surtout quand t'es ben faible là [...] Oui, plus de spécialistes qui parlent le français.»	Oui. «Visites à la maison mais ils sont beaucoup trop occupés et peut être une infirmière praticienne.»	«Dans les petits villages comme Verner puis Lavigne. Ces petits villages-là parce qu'il y en a qui ne parlent pas <i>français</i> .»	Non.	«Les hôpitals [sic] et les cliniques seraient de bonnes places pour plus de services en français. Un médecin qui parle français dans les cliniques. Ça fait du bien.»	«Tous les services au YMCA.»

ANNEXE 6 : Témoignages : Hearst

Thèmes	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4	ID 5	ID 6
Impacts divers d'une maladie chronique						
Impacts d'une maladie chronique (d'avoir un membre de famille affecté) sur la famille	Aucun.	Aucun.	Non.	«Ben c'est de l'inquiétude, surtout pour les enfants ils sont plus inquiets que moi parce que moi c'est pas si pire.»	«Oui, il y a eu un peu d'impacts sur ma famille. Ce n'est pas toujours plaisant pour ma femme, ça lui fait plus de lavage.» (incontinence) «Oui il y a eu un impact sur ma famille. C'est dur d'en parler.» (cancer)	Son diabète et sa maladie cardiaque n'avait pas d'impact. «L'impact sur ma famille a été que j'étais toujours fatigué.» (problème de sommeil)
Impacts d'une maladie chronique sur les finances	Aucun.	«J'ai arrêté de travailler, donc moins d'argent. J'avais seulement la pension vieillesse.»	Non.	Non.	«Oui ça l'affecte mes finances, je suis sur le <i>long term</i> , j'ai maintenant un salaire qui fait la moitié de celui que j'avais avant.» (incontinence)	«Oui ça a un impact sur mes finances parce que ça coûte beaucoup plus cher de médicaments, me les faire poster aussi, mais nous nous sommes inscrit sur un système d'aide financier [sic].» (diabète)

<p>Inquiétudes en raison de la maladie</p>	<p>«Oui, car on s'inquiète de comment ça va virer.»</p>	<p>«Ce n'est pas pareil, tu te fais opérer le genou et tu ne peux pas faire autant d'ouvrage qu'avant. Je ne peux plus travailler à genoux comme avant, ça fait drôle.» (arthrite)</p>	<p>«Je prend mes médicaments et je me dis que je ne peux pas changer ça.»</p>	<p>«Pas tellement, si je meurs, si je passe ça finit là je suis rendu là.»</p>	<p>«Oui, jusqu'à temps qu'on trouve vraiment une solution. Là, je suis censé rencontrer un autre spécialiste à Ottawa, pour me faire poser une valve pour me contrôler moi-même.» (incontinence) «Oui, c'est toujours inquiétant parce qu'on ne sait jamais si le cancer va reprendre.»</p>	<p>Pas d'inquiétudes pour le diabète.</p> <p>«J'y pense des fois tu sais parfois tu as des petits mals [sic].» (maladie cardiaque)</p>
<p>Comment envisagent-ils le futur</p>	<p>«Non je ne me m'inquiète pas.» (cancer) «Je crois beaucoup en Dieu, mes problèmes c'est lui qui les gère. C'est Lui qui a ma vie.» (cataractes)</p>	<p>«J'envisage d'être mieux après mon opération.» (hernie)</p>	<p>«Ben je l'envisage, ici on a des bons soins et je suis contente d'être au foyer, je suis bien. On ne sait pas l'avenir et je vais prendre ça comme ça va arriver.»</p>	<p>«Je ne suis pas inquiète mes enfants ont de grands cœurs, ils prennent soin de moi, je suis pas inquiète pour l'avenir.»</p>	<p>«Si la valve marche réellement une fois qu'ils vont m'avoir opéré, je figure que je vais redevenir presque normal.» «J'essaie de garder le moral bon.»</p>	<p>«Il va falloir que je prenne ça plus <i>molo</i> tu sais, je veux dire ne pas m'énerver pour rien.» (maladie cardiaque)</p>

<p>Le plus gros obstacle ou le plus gros ennui que la maladie chronique occasionne</p>	<p>«D'être loin de la famille, car à ce moment-là j'habitais à Hearst, et j'ai dû rester à Kingston pour quatre mois.» (cancer) «Faut toujours que je traîne un mouchoir avec moi, parce que mes yeux coulent.» (cataractes)</p>	<p>«J'avais besoin de prendre des <i>Tylenols</i> parfois, ça faisait mal. Marcher ça faisait mal, mais quand j'étais tranquille, assis, ça ne faisait pas mal. Je ne faisais pas beaucoup d'activités. Quand je devais marcher ou faire un peu d'ouvrage, je n'étais pas capable.» (arthrite)</p>	<p>«Je ne peux pas aller où je veux je peux plus faire mes commissions aller au café, on peut plus.» (arthrite)</p>	<p>Déménager dans une résidence.</p>	<p>«Ça m'empêche de faire bien des loisirs et de sortir, car on ne se rend pas toujours compte si on est trempé ou pas, c'est ça qui est plus déplaisant.» «Le côté familial, et aussi le fait d'arrêter de travailler, ce n'est pas facile.» (cancer)</p>	<p>«Moi ça l'a été de me piquer parce que j'avais peur des piqûres dans le temps mais là je suis rendu habitué.» (diabète)</p>
<p>Services de santé et langue de communication</p>						
<p>Médecin de famille</p>						
<p>Ont cherché un médecin de famille qui parlait français</p>	<p>«Non ça l'a donné [sic] comme ça. Mais j'aurais toujours préféré prendre le français.»</p>	<p>«Non, c'était un médecin qui était ici. J'ai tout le temps eu un médecin de famille qui parlait français.»</p>	<p>«Oui, à Hearst quand on est revenu du Québec, il y a plusieurs docteurs qui parlent [sic] français donc ça allait de soit.»</p>	<p>«Non j'ai toujours eu un docteur de famille en français, ça adonnait juste de même.»</p>	<p>«Oui, parce que l'anglais on ne comprend pas toujours. Et c'est encore plus compliqué de comprendre l'anglais quand on parle de médecine. C'est pour ça que je tiens à avoir un médecin francophone.»</p>	<p>«Oui pour ma femme parce qu'elle ne parle pas anglais.»</p>

Le fait que le MD de famille est francophone compte beaucoup	«Oui, car en anglais je ne suis pas capable de dire tout de que j'ai à dire. Avec le français c'est plus facile, tout est compréhensible.»	Oui.	Oui. «Je peux me débrouiller pour dire ce qu'est mon problème, mais si je suis à l'urgence et mon médecin ne parle pas du tout français c'est dur.»	Non.	Oui. «J'aurais toujours besoin de quelqu'un avec moi pour interpréter.»	«Ah oui, ah oui, ah oui pour moi oui et encore pire pour ma femme.»
MD dirige vers des spécialistes francophones	«Non, il n'y avait pas de médecin francophone à Kingston, je suis allée là-bas, car ma sœur travaillait là.»	«Oui, il essaye lui [...] mais il n'y en a pas trop. Je lui ai dit que j'aimerais mieux avoir un spécialiste qui parle français, je comprend plus.»	«Ici je crée ben que puisque je me débrouille en anglais ça pas été une question. Le médecin ne fait rien de spécial pour trouver des soins en français.»	«Non, pas particulièrement.»	Oui.	Non.
Médecins spécialistes et autres professionnels						
Doivent demander des soins en français	«Jamais, j'ai tout le temps eu du français. Tout le temps.»	«Oh oui, à Timmins, je dois le demander, à Hearst aussi.»	«Oui j'ai déjà demandé ça, mais pas souvent.»	«Non pas ici tout est en français pas besoin de demander.»	«Oui, mais ça n'arrive pas souvent. Je le demande seulement si je vois que je ne suis pas capable de comprendre ce qu'ils sont en train de me dire.»	«Oui ça l'arrive souvent.»

Intervenants font un effort pour offrir services en français	«Non, les gens ne font pas d'effort puisqu'ils vont me parler en français naturellement.»	«À Hearst oui, il n'y a pas de problèmes. À Sudbury l'autre jour, j'ai demandé à quelqu'un de m'expliquer en français, mais elle n'était pas capable.»	«Ils se sont améliorés, maintenant s'ils voient qu'on a de la difficulté ils vont voir s'ils peuvent trouver un francophone pour venir nous aider. Moi je dirais que oui.»	«Oui quand on est pas capable de s'expliquer ils vont aller chercher quelqu'un qui parle français.»	«C'est très rare qu'ils vont faire des efforts. C'est peut-être arrivé une fois ou deux, mais c'est rare.»	«Des fois si tu demandes pour quelqu'un en français ils vont essayer de trouver quelqu'un, mais non pas tout le temps.»
Accessibilité aux services en français						
Offres de services en français	«Les gens me parlent toujours en français, ils connaissent mon nom, et ils me parlent en français.»	«Je dois toujours le demander, les gens vont me parler en anglais et moi je dois le demander.»	«Non, on ne me le demande pas souvent.»	«Non les gens ne m'ont pas demandé ça, on prenait ce qu'il y avait.»	Non, jamais.	«Oui ça l'arrive souvent hors de Hearst, mais des fois il ne me le demande pas, ici ils ne demandent pas, car on se présente en français. Environ 4 fois sur 10 ils vont me le demander [hors de Hearst].»
Importance de recevoir des services en français	«Oui, notre langue on y tient. C'est vraiment quelque chose qui nous appartient, notre père, notre mère, notre langue mère ça ne se perd pas.»	Très important. «Parce qu'il y a des affaires que parfois tu ne comprends pas.»	Important. «On se sent plus à l'aise et plus en sûreté d'expliquer nos problèmes de santé dans notre langue.»	Important. «C'est important pour moi de bien comprendre lorsqu'il est question de mes maladies, si je comprend pas à quoi bon.»	«Oui, c'est très important. Je tiens à ma langue, et c'est très important d'être capable de comprendre ce qu'ils nous expliquent.»	«Oui très très important. Parce qu'on comprend mieux, c'est ma langue, c'est plus facile. Et parce que quand tu ne comprends pas, ça crée des craintes, des inquiétudes.»

Un intervenant non franco affecte la confiance	«Non, j'avais autant confiance. Ma sœur était toujours là pour m'aider, elle m'a suivi durant mes quatre mois à Kingston.»	Non.	Non.	Non.	Oui.	«Un peu parce que des fois tu n'es pas sûr de t'avoir [sic] exprimé comme il le faut, surtout en termes médicaux [sic]»
Un intervenant non franco affecte les capacités de bien exprimer tout ce qui est ressenti	«Oui, une fois ça m'a [sic] arrivé [...] Elle a passé moins de temps avec moi, elle était gênée. Je ne l'avais pas aimé.»	«Oui, et parfois c'est choquant. Tu voudrais t'expliquer plus, et puis tu ne peux pas, alors tu passes par-dessus.»	Non.	«Des fois oui, parce que je ne peux pas m'expliquer, il y a certaines affaires que ça va mieux en français.»	Oui.	Non.
Un intervenant non franco passe moins de temps avec eux	«Oui, elle était gênée.»	«Ça se peut, mais je ne suis pas capable d'évaluer ça.»	Non.	Non.	Oui.	«Il a peut être l'impression que tu ne comprends pas alors il va s'expliquer moins peut-être ou il va en dire juste un peu il ne dira pas tout.»
Les intervenants non franco se préoccupent de votre santé comme vous le voudriez	ND	«Il y a un docteur qui s'occupait de mon genou à Timmins [...] je ne suis pas retourné le voir. Il ne voulait pas prendre le temps de m'expliquer, et de s'assurer que je pouvais tout comprendre.»	Oui.	Oui.	«Non, on dirait qu'il fait tout trop vite, comme s'il voulait se débarrasser de toi au plus vite.»	«Non je ne pense pas.»

Les intervenants n'expliquent pas autant (les prescriptions)	ND	Non.	Non.	«Non moi je n'ai pas eu à vivre ça. Oui ils m'ont tous bien expliqué.»	«Oui, il n'explique pas. Il fait tout plus vite.»	«Ouin, des fois les effets secondaires ils vont peut être passer par-dessus ça peut arriver ça parce que je parle en français.»
Inquiétudes pour l'avenir de leurs soins à long terme	«Je ne m'inquiète pas. Je suis bien encouragée, quand on sent que ceux qui nous donnent les soins nous aiment. Je me sens vraiment dans mon milieu.»	Oui. «Ça m'inquiète de voir que de plus en plus de gens parlent anglais, et que le gouvernement pense que la demande des services en français ne soit plus là et qu'ils coupent les services en français.»	«Non moi je suis pas inquiète parce qu'avant il avait pas les soins qu'on a maintenant. On a des bons services, surtout pas dans un foyer comme à Hearst. Et l'hôpital de Hearst aussi, parce qu'on va à l'extérieur et on voit la différence.»	«Non je ne suis pas une personne qui s'inquiète je vis au jour le jour. J'accepte.»	«En français oui. Plus ça va moins il y en a de médecins francophones. Et les quelques médecins francophones sont durs à avoir.»	«J'ai peur que ça se détériore, j'ai peur de ça.»
Moments où parler en français pour vous est plus important que d'autres	«Certainement, j'aime beaucoup mieux m'exprimer et expliquer mes malaises en français.»	«Pour parler de maladies, lorsque j'essaie de m'expliquer. J'aime toujours mieux en français, c'est toujours mieux quand c'est notre langue.»	«Quand on va voir un spécialiste, un médecin, quand on est capable d'expliquer comment on se sent s'il parle français et qu'on parle français ça va mieux.»	«Quand j'ai besoin d'exprimer comment je me sens c'est important de pouvoir le faire en français.»	«Oui, lorsque je rencontre les spécialistes.»	«Ben oui, quand on rencontre des spécialistes ça serait important que ça puisse être en français.»

<p>Besoin de plus de services francophones dans leur région?</p>	<p>«Ici nous n'en avons pas besoin de plus, les services ici sont très bons.»</p>	<p>«Je crois qu'à Sudbury les services en français peuvent être difficiles à trouver.»</p>	<p>Oui.</p>	<p>«Quand tu vas à l'extérieur, comme Kapuskasing et Sudbury les services de santé sont plus en anglais je pense que ce serait bien qu'ils en développent plus en français.»</p>	<p>«Oui, nous devrions avoir plus de services en français. Surtout dans le Nord de l'Ontario. Lorsqu'un professionnel vient dans le Nord de l'Ontario, il devrait toujours offrir des services d'interprétation.»</p>	<p>«Oui, ah oui, ah oui définitivement. Je pense que les secrétaires, <i>doctors</i>, infirmières devraient parler français et anglais point final.»</p>
---	---	--	-------------	--	---	--

ANNEXE 7 : Témoignages : Oshawa – Toronto

Thèmes	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4	ID 5	ID 6	ID 7
Impacts divers d'une maladie chronique							
Impacts d'une maladie chronique sur la famille	Aucun ou peu de stress pour la famille.	«Un choc, oui. C'est pour ça qu'en ce temps-là, quand je vais, surtout en anglais, elle [sa femme] me suit [...] Tu peux plus conduire ton auto pour un mois.» Un stress limité et temporaire.	Aucun ou peu de stress pour la famille.	Aucun ou peu de stress pour la famille.	Stress pour la famille. «Ma famille est bien, ça les inquiète que je sois seule. Surtout que quand j'ai des attaques, assez souvent, ça les inquiète.»	Aucun ou peu de stress pour la famille. «Non ça c'est amélioré de pire en pire [...] J'ai commencé à me piquer à l'insuline [...] je suis capable de le faire moi-même.»	Aucun ou peu de stress pour la famille. «Ben, j'en avais un peu au commencement. Maintenant ça se passe.»
Impacts d'une maladie chronique sur les finances	ND	Aucun.	Aucun.	Aucun.	«Sur mes finances, bien entendu beaucoup de médicaments ne sont pas payés, alors je suis obligée de payer.»	Aucun.	Aucun.

<p>Inquiétudes en raison de la maladie</p>	<p>«La dialyse. Ça m'inquiète beaucoup.» «Sais-tu, je pense que je ne m'arrête pas à ça. J'essaie d'oublier. Parce qu'à 74 ans là, tu sais, tu te dis : t'as ça qui est chronique, t'as l'autre qui est chronique.»</p>	<p>«Non, j'ai pas d'inquiétude. Tout bien. Je suis bon pour retourner à l'ouvrage.»</p>	<p>«Peut-être un peu. Ils parlent tellement de crise cardiaque, que des fois, je me dis <i>on sait jamais</i>.»</p>	<p>«Comme des fois, il y a un <i>stroke</i> ou quelque chose. On ne sait jamais ce qui va nous arriver. Parce que je triche assez.»</p>	<p>«C'est que, tu ne veux pas que la maladie s'aggrave. T'essaye de faire tout dans ton possible pour éliminer les causes. Souvent c'est plus facile à dire qu'à faire.»</p>	<p>Non. «J'ai 80 ans là. Ma vie est faite.»</p>	<p>Ne peut pas conduire.</p>
<p>Comment envisagent-ils le futur</p>	<p>«Ben disons que, on a déjà une bonne partie de la vie de faite. C'est un peu inquiétant. Tu ne sais pas qu'est-ce c'est qui peut t'arriver d'une journée à l'autre.» «Des fois, il faut que je m'arrête. Il ne faut pas que je pense. Comprends-tu? J'essaie tout le temps de changer mes idées.»</p>	<p>«Oui, je veux retourner travailler. Moi, travailler cet été, mais si je pouvais me débarrasser des <i>appointements</i> avec les docteurs.»</p>	<p>«Mais moi, je le vois d'une manière que ça peut très bien aller, comme je vois ma mère, ça toujours bien été. Quand elle était de mon âge, ça fait que moi, je prends ça comme exemple. Je me dis j'espère que ça va aller comme ça.»</p>	<p>«Un jour à la fois. Parce que je ne me fais de grands devoirs avec ça.»</p>	<p>« ien, je vais essayer d'éliminer le plus de stress de ma vie possible, parce que c'est vraiment ce qui a [...] le début ça était causé par le stress.»</p>	<p>«Pour dire, j'y pense même pas.»</p>	<p>Optimiste. Il continue ses activités et ses passe-temps.</p>

Le plus gros obstacle ou le plus gros ennui que la maladie chronique occasionne	«C'est inquiétant. C'est très inquiétant. C'est comme je te dis, il ne faut pas que je m'arrête. Il ne faut pas que je m'arrête à penser à ça.»	«La pire horreur, c'est que je peux pas travailler.»	Aucun.	« L'alimentation, puis [...] c'est à peu près tout pour moi. Juste l'alimentation.»	«Le stress quand on est active, dans la communauté, tout le stress ce n'est pas facile.»	«Non. Il y a une autre chose, c'est tannant pour les doigts de piquer, piquer, piquer [...]»	« Surtout la santé». Il a dû apprendre à ralentir beaucoup.
Services de santé et langue de communication							
Médecin de famille							
Ont cherché un médecin de famille qui parlait français	Non.	Non. «[...] quand on est arrivé ici, ma femme était malade, on en a trouvé un, puis moi j'ai pris le médecin.»	«Non, parce qu'on comprenait assez bien l'anglais, les termes et puis tout ça.»	«J'en avais un à Bramalea, qui parlait français. Mais depuis que je suis déménagé à Oshawa, il parle anglais.»	«Oui au début. J'ai cherché un médecin qui parlait français, mais il n'y en avait pas. Où s'il y en avait un, il ne prenait pas de nouveaux patients.»	Non.	«Oui, mais j'en ai pas trouvé.»

<p>Le fait que le MD de famille est francophone compte beaucoup</p>	<p>Non. «Du tout. Je ne changerai pas. 30 ans, elle [son médecin] me connaît.»</p>	<p>«Non. Moi je suis habitué aux deux. Comme ils parlent le français ou l'anglais, moi ça ne me fait pas grand chose.» Mais il amène son garçon ou sa fille à l'hôpital, parce que des fois il ne comprenait pas les questions à cause de sa surdité.</p>	<p>«Non. Parce que ça fait 40 ans, que j'ai le médecin anglais.»</p>	<p>«Non. Ça serait le <i>fun</i> s'il parlait français.»</p>	<p>«C'est un problème parce qu'il y a certaines choses que je ressens que je voudrais expliquer et que je ne suis pas capable.»</p>	<p>«Ça ne me dérange pas. Parce que moi, je vais avec Ronald [ami] pour l'aider. Je fais le docteur m'expliquer le terme en anglais, pour que je puisse lui expliquer en français.»</p>	<p>«Vraiment, non. Parce que je comprend les mots, les grands mots en anglais.»</p>
<p>MD dirige vers des spécialistes francophones</p>	<p>«Non, c'est drôle, je n'ai jamais eu l'idée même de lui demander.» «Les termes en français, moi pour les maladies, j'ai appris ça en anglais, je n'ai pas appris ça en français.»</p>	<p>«Oh, non. Non. Il n'en connaît pas.»</p>	<p>Non.</p>	<p>«Non. Ils ne m'ont pas offerts rien.»</p>	<p>«Non. Aucun effort.»</p>	<p>«Non, pas réellement. J'ai jamais demandé.»</p>	<p>Non.</p>

Médecins spécialistes et autres professionnels							
Doivent demander des soins en français	Ne demande jamais de services en français.	«Non, j'ai pas demandé, parce que je pense bien que je n'aurai pas pu en avoir.»	«Non. Moi, je l'ai demandé au début quand j'allais à l'hôpital pour mes enfants.»	Non.	«Oui, je l'ai fait à l'hôpital.»	«Non. J'ai jamais demandé. Parce que comme je dis, mes termes je les comprend plus en anglais qu'en français.»	«Non. S'il y en a qui parle français, je lui parle français.»
Offres de services en français	Oui, mais pas souvent. «J'ai rencontré beaucoup de français, qui travaillent à l'hôpital [...] quand je me faisais opérer ou quelque chose de même, puis ils le disaient <i>je suis français, veux-tu qu'on te parle en français?</i> »	Non.	Jamais.	Non.	Non.	«Je ne peux pas dire non, parce qu'il y en a une, une fois ils me l'ont demandé.»	«Oui, ça m'est arrivé. À cause que j'ai dit ça fait pas de différence, puis j'ai continué en anglais.»

Intervenants font un effort pour offrir services en français	Seulement sa diététicienne. «Ben, non. Je ne pense pas qu'ils fassent des efforts. Parce que s'ils sont anglais, ils ne font pas des efforts.»	«Ben, on ne m'a jamais parlé de ça.»	Non.	Non.	«Non. Puis même la prochaine fois que je vais aller à la clinique, je vais demander à la pharmacie. Je vais demander qu'on imprime l'information en français.»	Parfois.	Non.
Accessibilité au service en français							
Importance de recevoir des services en français	«Non, ce n'est pas important.» «Il a fallu que je me débrouille en anglais. Puis j'ai tout appris, ces termes-là en anglais.»	Très important. «La santé, c'est la première des choses. S'il n'y a pas de santé. Tout devrait être 99 %, de services en français ou en anglais.»	Important.	Important. « Mais en français ça serait bon parce qu'à un moment donné, il n'y aura plus de français. Ça continue à pas parler français, ou pas avoir des services en français, on va tout aller en anglais.»	«Oui. Absolument important.»	Il comprend les termes médicaux en anglais. «Disons que ça aurait été important si je n'avais pas compris.»	«Ben, pour moi c'est un deux. Ça fait pas de différence. Il y a des mots que je vais comprendre moins en français qu'en anglais.»
Un intervenant non franco affecte la confiance	Non.	Oui.	Non.	Non.	«Dépendant de l'attitude de la personne.»	Non.	Non.

Un intervenant non franco affecte les capacités de bien exprimer tout ce qui est ressenti	Non.	Oui.	Non.	Non.	«Oui. Parce que [...] surtout tu les regardes. Si vraiment ils sont attentifs à ton problème, ils vont peut-être, poser des questions qui vont t'aider à expliquer tout ce que tu ressens.»	Non.	Non.
Un intervenant non franco passe moins de temps avec eux	Non.	«Ben, oui. J'ai de la misère à expliquer, comme je disais tout à l'heure. Comment que je vais expliquer un problème quand c'est pas notre langue.»	Oui.	Pas de différence.	«Oui. Surtout si c'est une personne qui aime moins les francophones.»	Non.	Non.
Les intervenants non franco se préoccupent de votre santé comme vous le voudriez	Oui.	Oui.	Oui.	«Pas vraiment. Ce docteur-là, il est vite, vite.»	«Si on fait la différence entre la personne qui est vraiment là pour faire son travail et pour vraiment voir à ta santé, voir à tout ce qui [...] oui, elle va m'examiner à fond. Tandis que l'autre personne qui vraiment là, va vraiment faire un examen assez sommaire.»	Oui.	« Oui, je suis pas mal chanceux. »

Les intervenants n'expliquent pas autant (les prescriptions)	Non.	Non, sa femme peut comprendre.	Non.	«Non. Par l'anglais ou le français, il n'explique pas lui. C'est le pharmacien qui explique.»	«Moins porté à te donner plus de renseignements.»	Non.	Son médecin de famille est bon mais les spécialistes sont beaucoup plus rapides.
Inquiétude pour l'avenir de leurs soins à long terme	«Comment je te dirais ça, à l'âge que j'ai, c'est entendu que c'est inquiétant.»	«Non, ça ne m'inquiète pas ça.»	«Il coupe beaucoup. Pour le diabète, je ne sais pas mais [...] Peut-être que si on avait des services, on saurait les services qui peuvent nous donner en français, ça serait bien. On n'entend pas beaucoup parler de ça.»	«Ca se détériore comme la religion catholique.»	«Les soins de santé vont être [...] pour moi, elles ne sont pas adéquates.»	«Moi, j'ai jamais eu de misère, alors c'est dur de dire oui ou non. Il y en a pour l'avenir, à mon idée ça va être dur oui. Parce que le gouvernement veut mettre de moins en moins d'argent dedans. Parce qu'ils parlent toujours de couper sur ça, couper, couper.»	«Oui. Parce que c'est la langue qui va être la pire. La langue puis le monde qui va rester ici dans 10 puis 20 ans. Il n'y aura plus de Canadiens.»

Moments où parler en français pour vous est plus importants que d'autres.	«Dans les soins, là. Non. Ça ne me fait rien moi. Non.»	«Ben, ça serait important d'avoir en français. De la, ça baisserait ta maladie.»	«Ça serait plus facile d'exprimer nos besoins. Ce qu'on ressent puis [...] Ça serait plus facile, de parler, de s'exprimer.»	«Plus à l'aise en anglais qu'en français des fois, mais des fois j'aimerais que le français revienne parce que [...] Moi j'en perd encore un peu de français.»	«Aujourd'hui, là pour moi, l'important c'est de prendre en français pour les soins de santé.»	«Quand je parle à mes enfants. Puis quand je parle avec les gens de la famille.»	Au club, quand il y a des rencontres.
Besoin de plus de services francophones dans leur région?	Ne sait pas.	«D'avoir une clinique là, un docteur qui vient.» Il aimerait aussi une résidence francophone pour les aînés.	«Une diététiste francophone. Quelqu'un qui pourrait parler du diabète. Avoir un groupe de soutien avec des francophones.»	«Des docteurs en français, du service en français [...] Des résidences en français. Puis du service en français.»	«Dans la région j'aimerais qu'il y aurait une clinique de soins de santé primaire. Où est-ce que il y a toujours sur place soit un médecin, une infirmière praticienne qui parle français.» «Ensuite à l'hôpital, à la réception, d'avoir quelqu'un qui parle français.» «[...] à Oshawa, parce qu'on est déjà une population vieillissante, qu'on ait une résidence pour les francophones.»	« Moi, je dis dans l'urgence. Parce que c'est là que les Français se ramassent.»	«Si il y en avait comme une clinique là [...] en français, il y a bien du monde qui irait.» «Si il y en avait à l'hôpital aussi.»

Bibliographie

- Bouchard, L., I. Gaboury, M.H. Chomienne, A. Gilbert & Lise Dubois (2009) «La santé en situation linguistique minoritaire». *Health Care Policy/Politiques de santé*, 4 (4) : 33-40.
- Bouchard, L., I. Gaboury & M.H. Chomienne (2009) «La santé en francophonie canadienne : Vivre en situation minoritaire influence-t-il la santé». *Bulletin de l'association des médecins de langue française*, 42 (2) : 5.
- Bouchard, L. & L. Cardinal (1999), «Conditions de possibilités des services en français en Ontario dans les domaines de la santé et des services sociaux : un enjeu pour les femmes», *Reflets – Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, Dossier «La santé des francophones en Ontario», vol. 5, no 2, automne 1999, pp. 109-122.
- Boudreau, F. (1996), «I Only Have the Words in French», *Report from the Francophones Needs Assessment Committee of the Metro Toronto District Health Council*, Conseil régional du Toronto Métropolitain.
- _____ (1999), «Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto», *Reflets – Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, Dossier «La santé des francophones en Ontario», vol. 5, no 2, automne 1999, pp. 123-154.
- Bourbonnais, V. (2007), *La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire. État des lieux en Ontario*, M.A. Sociologie, Université d'Ottawa.
- Bowen, S. (2001), *Language barriers in access to health care / Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, Division des systèmes de santé, [en ligne] : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf (consulté le 12/10/2010).
- Conseil canadien de la santé (2007), *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Toronto, Conseil canadien de la santé, [en ligne] : www.conseilcanadiendelasante.ca (consulté le 06/10/2010).
- Corbeil, J.-P., C. Grenier & S. Lafrenière (2006), *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, EVMLO, Statistique Canada, [en ligne] : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-548-x/91-548-x2007001-fra.pdf> (consulté le 13/10/2010).
- Institute of Medicine / IOM (2003), *Unequal treatment : Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*, Washington D.C., The National Academies Press.
- _____ (2001), *Crossing the quality chiasm : a new health system for the 21st Century*, Committee on the Quality of Health Care in America [en ligne] : <http://www.iom.edu/Object.File/Master/27/184/Chasm-8page.pdf> (consulté le 22/11/2007).

- McKellar, J. (1999), «L'état de santé des personnes âgées francophones en Ontario» *Reflets – Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, Dossier «La santé des francophones en Ontario», vol. 5, no 2, automne 1999, pp. 290-306.
- Picard L. & G. Allaire (2005) *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Institut franco-ontarien et Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique.
- Picard, L. *et al.* (1999) *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique.
- Rotermann, M. (2006), *Utilisation des services de santé par les personnes âgées*, Supplément de Rapports sur la santé, Statistique Canada, [en ligne] : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2005000/pdf/9088-fra.pdf> (consulté le 12/10/2010).
- Statistique Canada (2006), *Recensement 2006*, [en ligne] : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>.