



RésoSanté
Colombie-Britannique

Votre santé en français

SANTÉ DES FRANCOPHONES EN MILIEU MINORITAIRE

Quelle est la situation en Colombie-Britannique ?

SOMMAIRE

05 INTRODUCTION

06 CONTEXTE CANADIEN

- 07 • HISTORIQUE DES STRUCTURES DÉDIÉES À LA SANTÉ DES CLOSM
- 08 • OBJECTIFS DE SANTÉ CANADA
- 09 • CORRÉLATION ENTRE LA SANTÉ ET LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

11 EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

- 12 • SITUATION DU FRANÇAIS DANS LA PROVINCE
- 13 • LA SANTÉ DES BRITANNO-COLOMBIENS FRANCOPHONES
- 15 • RECENSEMENT DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE
- 19 • STRATÉGIE D'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

20 LES OBSTACLES À LA MISE EN PLACE DE SERVICES EN FRANÇAIS

- 22 • DISTRIBUTION DES PROFESSIONNELS ET COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DISPERSÉES
- 23 • IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS PARLANT FRANÇAIS
- 23 • DISPONIBILITÉ DES PROFESSIONNELS
- 24 • ATTITUDES SOCIALES

25 CONCLUSION

Pour faciliter la lecture, nous utiliserons le masculin pour désigner les deux sexes, y compris dans le cas des professions.

INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé est une priorité pour les Canadiens. Pour les francophones de Colombie-Britannique, l'accès aux services de santé en français est une question de premier plan. Compte tenu de l'engagement du gouvernement fédéral à améliorer les soins de santé au Canada, et au moment où la Colombie-Britannique reste la seule province canadienne à n'avoir ni politique, ni loi en matière de services en français, il est opportun d'évaluer la situation des francophones de Colombie-Britannique dans le domaine de la santé.

Ce livre blanc fera dans un premier temps une revue globale de la situation des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) sur le territoire canadien. Nous évoquerons ensuite les réalités de la santé des francophones britanno-colombiens. Puis nous décrirons les différents obstacles à l'implantation de services de santé en français et ce à travers la province. Finalement, nous présenterons des recommandations visant à améliorer la santé des francophones en Colombie-Britannique.

CONTEXTE CANADIEN



HISTORIQUE DES STRUCTURES DÉDIÉES À LA SANTÉ DES CLOSM¹

La santé est une thématique primordiale pour la population canadienne. De même, les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM) ont vite constaté l'importance d'obtenir des services de santé de qualité en français (Gilbert et al., 2005). À la fin des années 90, les CFSM ont obtenus de nouvelles ressources pour accroître les services de santé pour les francophones. La prise en compte des enjeux de la santé des francophones en milieu minoritaire est donc relativement récente.

1999

En 1999, des études sont financées sur les barrières linguistiques et les modèles communautaires pouvant répondre aux besoins des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire.

En mai 1999, le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BA-CLO) est créé.

Le Consortium national de formation en santé (CNFS) est créé. Celui-ci a pour mission de développer la formation en français dans le domaine de la santé.

2001

Les résultats de l'analyse effectuée par ce comité consultatif montrent que les francophones ont moins accès que les anglophones aux services de santé dans leur langue.

- Une étude réalisée par Santé Canada³ montre que les barrières linguistiques à l'accès aux soins de santé produisent des effets négatifs sur la qualité des soins dispensés.

2000

En juin 2000, le ministre fédéral de la santé crée le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) pour traiter des questions de santé liées aux communautés francophones. Il crée également un comité anglophone distinct pour traiter des questions d'accès aux services de santé en anglais au Québec.

Comme le rappelle le CCCFSM dans son rapport de 2007 au ministre fédéral de la santé², la mission du CCCFSM est la suivante :

- « Conseiller le ministre fédéral de la Santé sur les façons de favoriser l'épanouissement des communautés francophones en situation minoritaire et d'appuyer leur développement;

- Conseiller le ministre fédéral de la Santé, l'Agence de santé publique du Canada et le ministère sur les questions de coordination des initiatives fédérales en matière de santé;

- Donner son avis sur les initiatives proposées à diverses étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre afin qu'elles profitent le plus possible aux communautés francophones en situation minoritaire;

- Entretenir des relations avec les communautés francophones en situation minoritaire afin de faciliter le partage de l'information;

- Servir de tribune pour aider à mettre à jour le Plan d'action pluriannuel afin d'aider le ministère à respecter ses obligations en vertu de l'article 41 de la Loi sur les langues officielles.

2002

La Société Santé en Français est créée.

2003

Établissement d'un programme de financement. Des réseaux provinciaux sont constitués dans toutes les provinces. En Colombie-Britannique, RésoSanté C.-B. est créé en 2003.

¹ Communautés de Langue Officielle en Situation Minoritaire.

² CCCFSM, « Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français », [2007].

³ Bowen S., « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé », Santé Canada, [2001].

OBJECTIFS DE SANTÉ CANADA

Suite aux consultations communautaires demandées par Santé Canada, cinq objectifs ont été retenus⁴ au cours des consultations communautaires :

01

Le développement et la mise en place de systèmes d'information sur la santé des francophones (répertoires des professionnels de la santé et des lieux pouvant offrir un service en français, campagnes de sensibilisation et de promotion adaptées aux spécificités et aux réalités régionales, accessibilité à la documentation pertinente en français pour les professionnels et la population).

04

L'appui à la promotion des carrières en santé (efforts de décentralisation de la formation professionnelle de la santé, encouragement financier à l'établissement en milieu francophone, développement de programmes adaptés aux besoins des communautés francophones, exploration d'avenues de recrutement hors régions et hors pays).

02

Le développement de certains outils associés à la télémédecine (adaptation et implantation de centres d'appel du type télésanté, mise en place d'un portail Web à l'intention des professionnels francophones).

05

L'implantation de centres multiservices (développement de structures d'accueil en français, participation des francophones aux structures décisionnelles du milieu de la santé, présence partielle ou complète des francophones dans la gestion des lieux). »

03

La mise en place de structures facilitant la coordination, l'animation, l'organisation du milieu francophone (développement de maillage ou jumelage entre institutions de santé, développement de liens, de partenariats, d'alliances entre le réseau de la santé et d'autres réseaux pertinents).

Cependant, l'intervention du gouvernement fédéral ne peut à elle seule éliminer les barrières linguistiques, en raison notamment de la gouvernance morcelée et des normes plus ou moins contraignantes selon les provinces (Traisnel et Forgues, 2009). De plus, la possibilité des réseaux d'atteindre des résultats dépend de la mesure dans laquelle leurs priorités d'intervention sont les mêmes que celles des provinces⁵.

⁴Traisnel C. et Forgues E., "La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux.", *Francophonies d'Amérique* 28 (2009).

⁵Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, 2013.

CORRÉLATION ENTRE LA SANTÉ ET LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Louise Bouchard et Martin Desmeules⁶ expliquent très clairement dans leur étude de 2013 que les francophones en milieu minoritaire ont un net désavantage par rapport aux anglophones majoritaires demeurant dans les mêmes régions du pays.

« Les francophones se perçoivent tout d'abord en moins bonne santé que les anglophones (16,65 % contre 13,14 %). La population francophone est globalement plus âgée : 19,46 % des francophones minoritaires ont 65 ans et plus contre 17,74 % chez les anglophones. Leur niveau de scolarité demeure toujours inférieur, 20,73 % des francophones minoritaires n'ayant pas terminé leurs études secondaires contre 12,39 % chez les anglophones des mêmes provinces. Quant au revenu, l'écart défavorable est moindre, 20,3 % des francophones ayant un faible revenu, soit à l'intérieur des 20 premiers percentiles, contre 17,28 % chez les anglophones. Proportionnellement, les francophones en situation minoritaire vivent beaucoup plus en milieu rural, en régions plus éloignées et de façon plus dispersée (29,53 % contre 17,75 %).

Dans le supplément de la Revue canadienne de santé publique de 2013, certains chercheurs font d'autres constats dérangeants. Les francophones font moins d'activités physiques durant leurs loisirs que les anglophones majoritaires (49,1 % contre 47,2 %) (Imbeault, et collab., 2013). Il y a une plus grande prévalence de surpoids et d'obésité chez les francophones en contexte minoritaire, ce qui va dans le sens des données socio-économiques décrites ci-dessus, la minorité francophone faisant plus partie des milieux et des groupes vulnérables, soit de ceux qui ont plus tendance à l'embonpoint (Gagnon-Arpin, et collab., 2013). »

L'impact des barrières linguistiques sur la santé et les soins de santé a fait l'objet de nombreuses études depuis ces 20 dernières années. Ces études ont démontré les effets

néfastes des barrières linguistiques sur l'accès aux soins de santé et sur la satisfaction et l'expérience des patients, ainsi que les disparités dans les soins reçus par les patients maîtrisant l'anglais majoritaire et les patients confrontés à des barrières linguistiques, comme l'a exposé Sarah Bowen dans son rapport final de 2015⁷.

« Les patients confrontés à des barrières linguistiques ont un risque plus élevé d'erreurs de médication, de complications et d'événements indésirables. Bien souvent, la protection des droits au consentement éclairé et à la confidentialité fait défaut pour les patients ayant une connaissance limitée de l'anglais.

Une idée fausse particulièrement dangereuse veut qu'un patient connaissant un peu l'anglais puisse se passer d'un interprète ou d'un intervenant parlant sa langue. Cette idée fausse est sans doute plus couramment véhiculée en réponse aux locuteurs appartenant aux minorités de langue officielle, car de nombreux francophones s'expriment aussi très bien en anglais. Les études indiquent cependant que le risque augmente lorsqu'un patient parle un peu l'anglais. En effet, cette situation crée une illusion de communication, alors qu'en l'absence totale de compétence linguistique, l'intervenant constaterait le problème et pourrait prendre des précautions supplémentaires.

Les patients qui ont une connaissance rudimentaire de l'anglais ou du français peuvent donc être confrontés à des barrières linguistiques : en situation de stress ou de détresse, notamment, ils communiqueront beaucoup mieux dans leur langue maternelle.

Selon une autre idée reçue, l'obstacle de la langue peut être éliminé en faisant appel aux membres de la famille qui sont bilingues ou à des interprètes ponctuels. Maintes organisations ne se rendent pas compte du risque qu'il y a à utiliser des interprètes non formés

⁶Bouchard L., Desmeules M., « Les minorités linguistiques du Canada et la santé », Health Care Policy/Politiques de santé, (2013).

⁷Bowen S., « L'impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins », SSF, (2015).

en réponse aux barrières linguistiques, une stratégie prisée au Canada.

Les études qui ont effectué ce type d'analyse (Ebden et al., 1988; Elderkin – Thompson et al., 2001; Flores et al., 2003; Flores et al., 2012; Jackson et al., 2011; Laws et al., 2004; Pham et al., 2008) ont répertorié différents types d'erreurs :

- Omission d'information fournie par le client ou le fournisseur de soins;
- Ajout d'information par rapport aux propos du client ou du fournisseur de soins;
- Substitution de mots, de concepts et d'idées;
- Emploi de mots inexacts pour décrire l'anatomie, les symptômes ou le traitement;
- Non interprétation d'un message;
- Fausse capacité linguistique;
- Interprétation subjective;
- Changement de rôle (p. ex., assumer le rôle de l'intervieweur). »

Une étude de 2015 pour la *Revue canadienne de service social*⁸ indique que « les francophones en situation minoritaire éprouvent toujours de la difficulté à recevoir des services sociaux et de santé en français, adéquats, sécuritaires et sur un continuum (Consortium national de formation en santé, 2012; Société santé en français, 2012).

L'accès à des services sociaux et de santé en français s'avère toujours complexe et parsemé d'importantes barrières. Entre autres, nous savons déjà que le système de services sociaux et de santé peut s'avérer en soi difficile à connaître et à percer. De façon générale, il peut être difficile pour les parents et proches aidants de comprendre l'organisation et la structure des services dans

une région donnée ou encore les normes et procédures à suivre pour obtenir un service convoité. De surcroît, la recherche de services sociaux et de santé des francophones en situation minoritaire est teintée de difficultés supplémentaires liées au fait que les services en français sont moins nombreux et plus épars. »

Cependant, la lutte contre les barrières linguistiques est difficile car souvent appréhendée sous l'angle de la « sensibilité culturelle » (droit des langues officielles) plutôt que sous l'angle de la qualité ou de la sécurité des personnes. Les interventions proposées revêtent alors un caractère facultatif.

Or, les barrières linguistiques et culturelles rendent plus difficile l'accès aux services de santé, nuisent à l'établissement d'un diagnostic juste et compromettent l'adhésion de la personne à son traitement. Celles-ci entraînent des conséquences pour le système de santé et la personne elle-même : un traitement inapproprié, un état de santé détérioré, un plus grand nombre de soins nécessaires, plus d'hospitalisations, ainsi qu'une augmentation des frais reliés au traitement de ces personnes. Les barrières linguistiques constituent un facteur d'inefficacité du système de santé et d'imputabilité.

⁸ Drolet M., Arcand I., Benoît J., Savard J., Savard S., Lagacé J., « Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français. Des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire ! », *Revue canadienne de service social*, [2015].

EN COLOMBIE- BRITANNIQUE



SITUATION DU FRANÇAIS DANS LA PROVINCE

L'analyse des résultats des deux derniers recensements de Statistique Canada indique que 78 335 personnes⁹ parlent français en Colombie-Britannique en 2016¹⁰, comparativement à 76 990 en 2011¹¹ (Annexe 1). Ces chiffres démontrent une augmentation du nombre de personnes parlant français en Colombie-Britannique. Néanmoins, le recensement de 2016 révèle que la population de la Colombie-Britannique compte 4,5 millions d'habitants, dont 71,14 % d'anglophones, 27,56 % d'allophones et 1,55 % de francophones (Tableau 1) contre respectivement 72,11 %, 26,5 % et 1,62 % lors du recensement de 2011 (Tableau 2). Il y a donc eu un fléchissement du nombre de francophones en pourcentage au profit d'une population allophone croissante.

Les francophones ont un poids démographique faible dans cette province et sont relativement dispersés et grandement assimilés (FCFA, 2007) (Chavez et Bouchard-Coulombe, 2011). En outre, comme l'indique Louis Giguère et Dr Brian Conway dans leur étude de 2014¹³, « la Colombie-Britannique comprenant 29,4 % d'immigrants de première génération (National Post, 2013), le français ne vient qu'au 10^e rang en termes du nombre de locuteurs de langues minoritaires parlées à la maison¹⁴. Comme il y a plusieurs minorités plus importantes que le français en termes de poids démographique et que certaines sont relativement grandes, il y est difficile de justifier une augmentation de l'offre de services de santé en français. » Compte tenu de la diversité ethnique et culturelle en Colombie-Britannique, beaucoup n'acceptent pas l'idée qu'il devrait y avoir des droits spécifiques aux francophones aussi bien en matière de santé qu'en matière de langue.

Tableau 1¹²

Province (2016)/ Colombie-Britannique

Population totale (en milliers)	Anglais	Français	Langues non officielles
4 598 410	3 271 430 (71,14 %)	7 1705 (1,55 %)	1 267 465 (27,56 %)

Tableau 2

Province (2011)/Colombie-Britannique

Population totale (en milliers)	Anglais	Français	Langues non officielles
4 356 205	33 141 365 (72,11 %)	70 765 (1,62 %)	1 154 220 (26,5 %)

⁹ Calcul incluant les personnes ayant le français en langue maternelle et les personnes ayant une autre langue maternelle mais parlant français à la maison.

¹⁰ Statistique Canada, Recensement de la population de 2016, produit numéro 98-314-X2011028 au catalogue de Statistique Canada.

¹¹ Statistique Canada, Recensement de la population de 2011, produit numéro 98-400-X2016347 au catalogue de Statistique Canada.

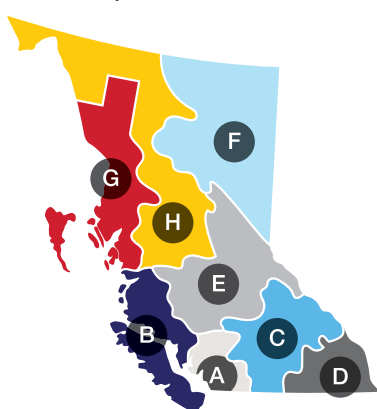
¹² Le total des pourcentages est supérieur à 100 car plusieurs langues maternelles pouvaient être indiquées pour une même personne.

¹³ Giguère L. et Conway B., « Le potentiel d'offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique? » (2014).

¹⁴ C'est le 7^e rang en Alberta, le 5^e en Saskatchewan, les 4^{es} aux Territoires-du-Nord-Ouest et au Manitoba; le 3^e au Terre-Neuve et Labrador, le 2^e au Nunavut et le 1^{er} rang dans les cinq autres CFASM.

OÙ VIVENT LES FRANCOPHONES ?

(pourcentage de la population dont la première langue officielle est le français)



RÉGIONS ÉCONOMIQUES

- A Lower Mainland-Sud-ouest : 58 %
- B Île de Vancouver et la côte : 20 %
- C Thompson-Okanagan : 12 %
- D Kootenay : 4 %
- E Cariboo : 3 %
- F Nord-est : 1 %
- G Côte-nord : 1 %
- H Nechako : 1 %

Source : Le fait français en Colombie-Britannique, Commissariat aux langues officielles.

LA SANTÉ DES BRITANNO-COLOMBIENS FRANCOPHONES

En 2016, RésoSanté Colombie-Britannique a réalisé une enquête sur la santé des francophones de Colombie-Britannique¹⁵. Il en ressort que, dans l'ensemble, « les répondants sont en général satisfaits de leur santé physique (83,7 %) ou mentale (88 %). Ils sont 12,4 % à déclarer une limitation, 31 % une maladie chronique et 4-6 % une maladie héréditaire. D'autre part 39 % identifient avoir un poids qui ne correspond pas à ce qu'il devrait être pour leur taille et leur âge. Notons entre autres que la réponse pour la santé physique et la santé mentale sont plus négatives (-3 % et -10 % respectivement) pour les immigrants que pour les répondants qui sont nés au Canada.

Concernant la recherche d'information sur la santé, la majorité des répondants choisissent l'internet et les professionnels de la santé comme source principale. Pour ce qui est de la connaissance de 14 ressources provinciales et communautaires en français, les mieux connues, dans l'ordre, étaient le Répertoire des professionnels de RésoSanté C.-B., le site Web de RésoSanté C.-B., le Guide Santé et la page Facebook de RésoSanté C.-B. Nous observons que les ressources provinciales et communautaires « thématiques » sont peu connues ainsi que le nombre de répondants qui indiquent qu'ils ne connaissent aucune des ressources présentées (16,2 %).

Cette enquête a également permis de mettre à jour que les femmes ont majoritairement de meilleures habitudes de vie saine que les hommes, le résultat étant plus marqué chez les immigrants. Ces résultats suggèrent le besoin de bien cibler le sexe masculin et les immigrants lors d'activités et campagnes de prévention et de promotion de la santé. »

Selon la consultation publique sur l'accès aux services de santé en français réalisée en 2016¹⁶ par RésoSanté C.-B., « la plupart des répondants accordent beaucoup d'importance à l'accès aux services en français;

78,8 % disent que c'est « important » ou « très important » et 40,8 % disent que c'est « très important ». Même ceux qui parlent « très bien l'anglais » disent que c'est « important » ou « très important » (71,4 %). Les répondants qui parlent « mieux français » ont surtout consulté un professionnel qui parle français parce qu'ils sont « plus à l'aise » (42,3 %) et pour « mieux comprendre » (37,5 %) alors que ceux qui parlent « les deux langues » ou qui parlent « mieux anglais » ont plutôt fait ce choix pour « encourager le professionnel parlant français » ou par « question de principe » (55,9 %).

Près de la moitié des répondants à la consultation publique ont cherché des services en français (48,8 %); celles et ceux qui parlent « mieux le français » sont au-dessus de la moyenne (65,4 %), celles et ceux qui parlent « très bien l'anglais » sont en dessous de la moyenne (41,5 %). Leurs expériences sont les suivantes :

- 34,8 % ont déjà reçu des services de santé en français.
- Pour 36,2 % des répondants le fait de ne pas avoir pu s'exprimer en français avec un intervenant a constitué une barrière à l'obtention de soins appropriés, cette valeur étant plus élevée pour ceux qui parlent « mieux français » (49 %) et moins élevée pour ceux qui parlent « très bien l'anglais » (29,3 %).
- Pour 21,5 % des répondants le fait de ne pas avoir pu s'exprimer en français avec un intervenant a occasionné un retard à l'obtention de soins appropriés, cette valeur étant plus élevée pour celles et ceux qui parlent « mieux français » (33,7 %) et moins élevée pour celles et ceux qui parlent « très bien l'anglais » (14,1 %).

Les répondants qui parlent « mieux français » ont un omnipraticien qui parle français (26,9 %) alors que pour celles et ceux qui parlent « très bien l'anglais » c'est 12,5 %; pour celles et ceux qui ne parlent « pas du

tout l'anglais » c'est 33,3 %.

Une majorité de répondants ont déjà cherché un omnipraticien parlant français (52,5 %) et seulement 23,8 % en ont trouvé un.

Le bouche à oreille (la communauté), Internet et les services de la communauté francophone représentent la majorité des moyens utilisés pour chercher un médecin parlant français. Parmi les quatre premiers choix d'outils répondant aux besoins en information trois sont des services communautaires : le répertoire des professionnels et le site Web de RésoSanté C.-B. et le lexique Français-Anglais du Collège Éducacentre. « Une liste de médecins parlant français dans les institutions » est identifiée comme étant une lacune importante. Le service d'interprétation est choisi par peu de répondants (6,1 %).

¹⁵ RésoSanté, « Enquête sommaire sur la santé des francophones de Colombie-Britannique », [2016].

¹⁶ RésoSanté, « Consultation publique sur l'accès aux services de santé en français », [2016].

Dans l'objectif d'obtenir une vision plus qualitative et d'approfondir les besoins prioritaires des membres des communautés francophones, RésoSanté a interrogé en novembre 2018 les présidents de 24 organisations francophones membres de la Fédération des francophones de Colombie-Britannique, lors des Rendez-vous des présidents et présidentes. Ces organismes et associations, de par leur lien étroit avec leurs communautés, sont des observateurs avertis des besoins des communautés francophones en Colombie-Britannique et peuvent donc témoigner de la santé de l'état de santé de leurs membres.

D'après les résultats obtenus concernant les besoins prioritaires en santé pour les membres des communautés de la Colombie-Britannique, les besoins d'accès aux soins de santé mentale sont ceux qui ont été les plus soulevés avec un pourcentage de 46 % des répondants. Les membres de la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique évoquent qu'il serait important d'offrir davantage d'aide aux francophones souffrants ou étant à risque de dépression, de troubles de l'anxiété, d'épuisement professionnel, etc.

Ensuite, le tiers des répondants accorde une importance particulière à l'accès aux soins médicaux et mentionnent que les temps d'attente avant d'avoir accès aux soins dont ils ont besoin sont souvent trop longs et que les francophones aimeraient avoir accès à des médecins de famille francophones qui sont en mesure d'accepter de nouveaux patients. 13 % des répondants ont mentionné les points suivants comme des besoins prioritaires :

- soins de santé pour les aînés
- soins de santé dentaire
- soins de santé diététique

Seulement 8 % des répondants ont exprimé un intérêt pour des services de traduction.

Selon les répondants, il devrait y avoir une amélioration des soins offerts aux familles et enfants, ainsi que des soins spécialisés offerts aux femmes. Les femmes se disent préoccupées quant à l'accès aux soins dont elles ont besoin. Par exemple, celles-ci souhaiteraient avoir accès à des services offrant de l'aide pour la grossesse, le cancer du sein, les dépistages, les soins gynécologiques, les sages-femmes, etc. L'absence de service en français dans ces domaines ainsi que dans les centres d'informations sur les maladies sexuellement transmissibles, ainsi que sur la contraception est un obstacle à un maintien en bonne santé de la communauté francophone.

Les répondants estiment également que beaucoup de francophones ne connaissent pas les services de santé en français par manque de distribution de l'information à travers la province. De plus, dans les régions plus éloignées des grandes villes, les services anglophones sont souvent ceux qui se situent les plus proches et qui possèdent le plus d'offre de services, c'est pourquoi ils sont favorisés par certains francophones.

RECENSEMENT DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Selon Statistique Canada¹⁷, « le nombre de professionnels de langue française en Colombie-Britannique a augmenté de 20,4 %. De même, le nombre de professionnels qui déclaraient être capables de soutenir une conversation dans la langue de la minorité a augmenté de 30,4 % entre 2001 et 2011, passant ainsi de 9 455 professionnels en 2001 à 12 325 en 2011. L'utilisation du français au travail était aussi à la hausse entre 2001 et 2011. Le nombre de professionnels qui utilisaient cette langue au travail s'élevait ainsi à 1 415 en 2011, en hausse de 42,2 % comparativement à 2001.

En supposant que l'offre de services de santé dans la langue minoritaire ait suivi la demande au cours de cette période, nous devrions observer une augmentation plus importante du nombre de professionnels capables de soutenir une conversation en français dans les régions qui ont connu une croissance de la population francophone minoritaire, notamment en Colombie-Britannique.

De toute évidence, la croissance démographique n'est pas le seul facteur qui agit sur l'offre de services en matière de santé dans la langue officielle minoritaire. D'autres facteurs tels que le nombre de personnes appartenant aux minorités de langue officielle s'orientant vers les professions de la santé ou l'augmentation du bilinguisme chez les professionnels qui, à l'origine, ne connaissaient que la langue de la majorité, peuvent également contribuer à une hausse de l'offre de services de santé dans la langue minoritaire.

On observe en Colombie-Britannique une augmentation du nombre de professionnels de la santé capables de soutenir une conversation en français pratiquement égale à celle qui était anticipée en fonction des changements démographiques. Ainsi, avec une hausse de 4,7 % de la population francophone entre

2001 et 2011, la Colombie-Britannique est la seule province où la variation de l'offre de services de santé dans la langue de la minorité correspond à la variation de la demande.

voir Tableau 4

Malgré ce constat de parité, trois groupes de professionnels affichent un effectif moindre de professionnels capables de soutenir une conversation en français : les préposés aux bénéficiaires, travailleurs sociaux et infirmiers auxiliaires. À l'inverse, les infirmiers et autres professionnels de la santé ont obtenu plus de professionnels susceptibles d'offrir des services de santé en français qu'attendu.

voir Tableau B24 et B34

En somme, pour les francophones à l'extérieur du Québec, les changements démographiques dans la population francophone minoritaire ne permettent pas de prédire les variations du nombre de professionnels de la santé capables de soutenir une conversation en français. C'est donc dire que, dans les limites de l'analyse proposée, les changements dans l'offre de services de santé en français observés entre 2001 et 2011 n'ont pas suivi l'évolution de la demande, c'est-à-dire qu'ils ont été plus importants ou, dans certains cas, moins importants.

Une autre limite importante concerne la géographie : la présence de professionnels à l'échelle provinciale ou régionale ne témoigne pas nécessairement d'une offre suffisante à l'échelon local. Alors que le portrait présenté dans ce document¹⁸ semble suggérer que le nombre de professionnels de la santé susceptibles d'offrir des services dans la langue de la minorité est adéquat dans certaines régions, la réalité est beaucoup plus complexe. Pour que les services de santé soient réellement disponibles pour la population de langue officielle minoritaire, plusieurs facteurs doivent

être réunis, la disponibilité des professionnels, telle qu'étudiée dans ce rapport, n'étant que l'un de ces facteurs. Les autres facteurs régulièrement identifiés en matière de services de santé dans la langue de la minorité regroupent : l'organisation des services, des plans de services adaptés à chaque collectivité, la valorisation de l'utilisation de la langue seconde auprès des professionnels, la reconnaissance professionnelle du bilinguisme, la promotion des services offerts, la visibilité des services disponibles et le cadre juridique ou réglementaire au niveau provincial ou territorial entourant l'offre de services dans la langue de la minorité¹⁹.

¹⁷ Statistique Canada, « Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2011 », [2017].

¹⁸ Statistique Canada, « Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2011 », [2017].

¹⁹ Statistique Canada et Santé Canada (2009)

Tableau 4
Professionnels de la santé présents et attendus dans l'Ouest du Canada, 2011

	Manitoba et Saskatchewan			Alberta			Colombie-Britannique		
	Présents en 2011	Attendus en 2011	Différence	Présents en 2011	Attendus en 2011	Différence	Présents en 2011	Attendus en 2011	Différence
	fréquences								
Total - Professionnels de la santé	6 785	6 639	155	9 035	10 590	-955	12 325	12 335	-10
Infirmiers autorisés et infirmiers psychiatriques autorisés	1 830	1 370	290	2 540	2 105	435	2 655	2 525	130
Omnipraticiens et médecins en médecine familiale	410	330	80	680	935	-255	1 030	1 030	0
Psychologues	65	80	-15	400	420	-20	390	360	30
Travailleurs sociaux	370	285	85	375	360	15	675	785	-110
Pharmaciens	215	175	40	215	220	-5	280	290	-30
Infirmiers auxiliaires	185	255	-70	330	355	-25	300	415	-115
Personnel ambulancier et paramédical	105	125	-20	115	180	-65	180	195	-15
Aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires	1 230	1 655	-425	985	1 140	-155	820	1 040	-220
Autres professionnels de la santé	2 575	2 420	155	3 890	4 885	-995	6 015	5 645	370

Sources : Statistique Canada, Recensements de la population de 2001 et de 2011 et Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011.

Tableau B24
Caractéristiques et pratiques linguistiques de la population totale et des professionnels de la santé, Colombie-Britannique, 2001 et 2011

	Total		Population de langue officielle minoritaire ³			
	2011	2001	2011		2001	
	fréquences		fréquences	pourcentage	fréquences	pourcentage
Population totale ¹	4 356 205	3 888 875	62 190	1,4	59 370	1,5
Tous les professionnels de la santé ¹	153 800	112 535	2 275	1,5	1 890	1,7
Infirmiers autorisés et infirmiers psychiatriques autorisés ²	40 065	27 670	525	1,3	390	1,4
Omnipraticiens et médecins en médecine familiale ²	6 194	5 595	120	1,9	85	1,5
Psychologues et travailleurs sociaux ²	8 790	7 075	195	2,2	165	2,4
Pharmaciens et personnel ambulancier et paramédical ¹	6 510	5 405	65	1,0	95	1,7
Infirmiers auxiliaires ²	6 575	5 975	90	1,4	90	1,5
Aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires ²	24 355	16 145	250	1,0	285	1,8
Autres professionnels de la santé ²	61 305	44 670	1 040	1,7	775	1,7

Sources : Statistique Canada, Recensements de la population de 2001 et de 2011 et Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011.

	Population qui déclare être capable de soutenir une conversation dans la langue de la minorité ¹				Population qui utilise la langue minoritaire au moins régulièrement au travail ²			
	2011		2001		2011		2001	
	fréquences	pourcentage	fréquences	pourcentage	fréquences	pourcentage	fréquences	pourcentage
Tous les professionnels de la santé ³	12 325	8,0	9 455	8,4	1 415	0,9	995	0,9
Infirmiers autorisés et infirmiers psychiatriques autorisés ³	2 655	6,6	1 965	7,1	325	0,8	145	0,5
Oronipraticiens et médecins en médecine familiale ⁴	1 030	16,7	940	16,8	195	3,2	155	2,7
Psychologues et travailleurs sociaux ⁵	1 065	12,1	960	13,6	80	0,9	75	1,1
Pharmaciens et personnel ambulancier et paramédical ³	440	6,7	365	6,8	50	0,7	—	—
Infirmiers auxiliaires ³	305	4,6	355	5,9	50	0,8	—	—
Aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires ³	820	3,4	750	4,6	120	0,5	165	1,0
Autres professionnels de la santé ³	8 015	9,8	4 120	9,2	590	1,0	415	0,9
... n'ayant pas lieu de figure								
1 Population totale de la région, selon le lieu de résidence.								
2 Professionnels de la santé, selon le lieu de travail.								
3 Population totale et professionnels de la santé ayant le français comme première langue officielle parlée à l'intérieur du Québec et ayant l'anglais comme première langue officielle parlée au Québec (réponses multiples réparties de façon égale).								
4 Professionnels de la santé qui déclarent pouvoir soutenir une conversation en français (seul ou avec une autre langue) à l'intérieur du Québec et qui déclarent pouvoir soutenir une conversation en anglais (seul ou avec une autre langue) au Québec.								
5 Professionnels de la santé ayant déclaré utiliser le français (seul ou avec une autre langue) au moins régulièrement au travail à l'intérieur du Québec (combinaison des catégories le plus souvent et régulièrement) et ayant déclaré utiliser l'anglais (seul ou avec une autre langue) au moins régulièrement au travail au Québec (combinaison des catégories le plus souvent et régulièrement).								
Sources : Statistique Canada, Recensements de la population de 2001 et de 2011 et Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011.								

Sources : Statistique Canada, Recensements de la population de 2001 et de 2011 et Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011.

Tableau B34
Autres professionnels de la santé : effectifs totaux et ceux qui
pouvaient soutenir une conversation dans la langue de la minorité,
2001 et 2011

	Effectifs totaux de professionnels de la santé		Professionnels pouvant soutenir une conversation dans la langue de la minorité	
	2001	2011	2001	2011
	fréquences			
Colombie-Britannique	44 670	61 355	4 120	6 015
Total - Canada	319 502	444 725	60 240	110 280

Sources : Statistique Canada, Recensements de la population de 2001 et de 2011 et Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011.

L'adéquation entre l'offre et la demande de services de santé dans la langue de la minorité dépend de plusieurs facteurs qui ne peuvent se mesurer directement avec les données du recensement. Alors que le recensement est une source d'informations abondantes sur les professions, les pratiques et les connaissances linguistiques, les déclarations des répondants n'informent que peu sur le potentiel réel d'offre de services dans la langue de la minorité, ainsi que sur la demande effective. Seule une analyse détaillée des interactions linguistiques entre professionnels de la santé et bénéficiaires peut renseigner sur la véritable offre et demande de services dans la langue minoritaire. Ce type d'analyse ne peut être réalisé qu'à l'aide de données dédiées à ce sujet obtenues par l'entremise d'une enquête ciblée²⁰.

Ce rapport de statistique Canada constitue une source d'information en vue du renouvellement du Programme de contribution pour les langues officielles en santé de Santé Canada en 2018, dans le cadre de la stratégie fédérale en matière de langues officielles. En plus de permettre de cibler certaines professions en particulier pour l'augmentation des effectifs bilingues, l'analyse permet d'identifier des besoins qui pourraient être comblés par le biais d'autres stratégies, y compris l'utilisation d'interprètes spécialisés dans le domaine de la santé ou le recours aux télésoins dans les secteurs où les communautés de langue officielle sont isolées ou dispersées » comme c'est le cas en en Colombie-Britannique. »

²⁰ Ibid.

STRATÉGIE D'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

Dans leur étude de 2014, Louis Giguère et le Dr. Brian Conway²¹ expliquent que pour pallier à la pénurie de services en français en Colombie-Britannique, « RésoSanté C.-B. s'est appuyé il y a dix ans sur le « Fonds d'adaptation des soins de santé primaires » de Santé Canada pour collaborer avec une régie de santé, Vancouver Coastal Health Authority, (VCHA) afin de mettre en œuvre des initiatives de services de santé en français, dont une clinique sur le diabète, une clinique sur l'autisme, un modèle d'accès à des services en français pour les démunis francophones et une page d'accès Web pour desservir l'ensemble de la population francophone. En dedans de quatre années cependant, ces quatre initiatives ont été abandonnées, dont une en raison du fait que ces services étaient perçus comme non-équitable par rapport à d'autres minorités linguistiques de poids démographique plus considérable.

Concomitamment on observait que le système de santé s'investissait de plus en plus dans une approche axée sur l'interprétation, une approche qui semble lui permettre de composer plus facilement avec le défi de fournir des services à une population multilingue et multiculturelle grandissante (Gabriel, 2012). La régie provinciale de santé de Colombie-Britannique a expérimenté avec cette approche pendant plusieurs années et a donné fruit à un service d'interprétation de qualité qui opère depuis une dizaine d'années dans 250 langues, 24 heures par jour. Ce service, le Provincial Language Service (PLS), a conclu des ententes de service avec les régies de santé VCHA et Fraser Health ainsi qu'avec l'agence Providence Health Care pour répondre à leurs besoins d'interprétation médicale dans la grande région de Vancouver. Plus récemment, une initiative d'interprétation voyait le jour dans un milieu de cliniques de médecine familiale du Grand Vancouver Est (Gabriel, 2012).

Cependant l'interprétation est l'approche la moins prisée parmi celles proposées aux francophones selon l'étude de besoins « Préparer le terrain en Colombie-Britannique » menée par RésoSanté C.-B. Ces derniers se disent mal à l'aise de partager leurs problèmes de santé avec des tierces parties (RésoSanté, 2006, p.24 et 58) et ce malaise se reflète dans les statistiques d'utilisation des services d'interprétation du PLS pour 2012-2013 et 2013-2014 : bien que les francophones représentent de 1,5 à 1,7 % de la population de la province, le français représente seulement 0,4 % de la demande de services d'interprétation (soit 4 fois moins que le poids démographique, PLS 2014).

L'approche d'interprétation est donc considérée comme complémentaire plutôt que prioritaire par RésoSanté C.-B. »

Suite à ce constat, l'étude de Louis Giguère et de Brian Conway²² révèle que « les anglophones et allophones du Canada apprennent le français en très grand nombre ce qui résulte en un effet de retombée linguistique qui favorise l'offre de services en français pour la communauté francophone de Colombie-Britannique.

L'enjeu des services en français en Colombie-Britannique n'est donc pas celui de la formation, du recrutement ou de la rétention des professionnels francophones tel que le suggère le CCCFSM²³ (2001; 2007). Le défi est plutôt celui de l'identification, de l'engagement, du recrutement, de la rétention et de la formation continue des professionnels « francophiles » existants; ceux-ci représentent un potentiel latent de services sociaux et de santé en français qui peut surpasser de beaucoup le potentiel francophone. »

²¹ Giguère L., Conway B., « Le potentiel d'offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique? », [2014].

²² Giguère L., Conway B., « Le potentiel d'offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique? », [2014].

²³ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM)

A rusty metal A-frame signpost stands in the foreground, its legs and crossbar showing significant rust. Atop the frame is a yellow rectangular box housing a large, circular red flashing light. The background features a soft sunset sky with hues of orange, pink, and blue, and a distant horizon line. The overall scene conveys a sense of a remote or coastal location.

LES OBSTACLES À LA MISE EN PLACE DE SERVICES EN FRANÇAIS

Dans sa dernière étude sur les *professionnels de la santé et les minorités de langue officielle au Canada*, Statistique Canada²⁴ indique que « depuis 2003, Santé Canada appuie des activités visant l'amélioration de l'accès aux soins de santé en français à l'extérieur du Québec et en anglais au Québec, y compris la formation et le maintien en poste de professionnels de la santé bilingues, par le biais du Programme de contribution pour les langues officielles en santé. En quinze ans, des milliers de professionnels de la santé supplémentaires, dont des omnipraticiens, psychologues, physiothérapeutes, infirmiers, pharmaciens et plusieurs techniciens ont reçu de la formation en français dans des universités hors Québec membres du Consortium national de formation en santé. »

En Colombie-Britannique, la Provincial Health Services Authority a ouvert un bureau des services francophones (Provincial Language Service) qui offre des services de traduction et d'interprétation aux francophones qui reçoivent des soins de santé publics spécialisés.

En parallèle, le BC Children Hospital propose gratuitement, depuis janvier 2017, une collection de plus de 500 ressources en français sur la santé et le bien-être, qui peuvent être empruntées en ligne.

On peut donc penser que des avancées ont lieu, mais elles semblent minimes face aux nombreux obstacles à la mise en place de services en français.

²⁴ Statistique Canada, « Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2011 », (2017).

DISTRIBUTION DES PROFESSIONNELS ET COMMUNAUTÉS MINORITAIRES DISPERSÉES

« Selon certaines des études nationales ou provenant d'autres provinces, la distribution relative des professionnels et professionnelles et de la population francophone pourrait être un obstacle (Blaser, 2009; de Moissac, et collab., 2012; Warnke, 2009; Warnke et Bouchard, 2013), ce que Gauthier, Timony et Wenghofer (2012) appellent une « mauvaise distribution ». Selon de Moissac et collab. (2012) une mauvaise distribution peut être amplifiée lorsque l'on considère leur morcellement sur plusieurs professions. Ce scénario semble plausible pour les régions rurales de Colombie-Britannique » (Giguère et Conway, 2014).

Avec 12 325 professionnels de santé capables de soutenir une conversation en français pour 70 000 francophones, la Colombie-Britannique a un fort potentiel de services en français. Cependant, la répartition de ces professionnels sur le territoire n'est pas en adéquation avec la présence des communautés francophones de la province.

Santé Canada, dans son analyse de *L'intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé*²⁵ de 2015, identifie ainsi les défis liés aux communautés dispersées, tel qu'on peut le voir en

Colombie-Britannique :

- « Manque d'offre active et hésitation des professionnels de la santé à s'afficher comme francophones (de Moissac et al., 2012).
- Besoin d'identifier des approches, en plus de la formation professionnelle, pour accroître l'accès aux services de santé donnés dans la langue de la minorité dans les régions où la population des CLOSM est faible et/ou dispersée (Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, 2013). »

Selon Christophe Traisnel et Eric Forgues²⁶, « les communautés à faible densité devaient miser sur les moyens informatiques et technologiques pour répondre à leurs besoins de services de santé; les communautés à moyenne densité devaient miser sur les structures d'accueil, les réseaux et les technologies (mais les deux autres objectifs restaient souhaitables); et les communautés à forte densité devaient miser sur la formation et les structures d'accueil (mais les autres objectifs restaient souhaitables). Autrement dit, selon les analyses, les objectifs de réseautage répondraient mal aux communautés à faible densité, et l'objectif de la formation répondrait mal à ces mêmes communautés et à celles à moyenne densité. »

Les communautés à faible densité devaient miser sur les moyens informatiques et technologiques pour répondre à leurs besoins de services de santé; les communautés à moyenne densité devaient miser sur les structures d'accueil, les réseaux et les technologies; et les communautés à forte densité devaient miser sur la formation et les structures d'accueil.

²⁵ Farley R., Guillemette R. et Rivest F., « L'intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé », Santé Canada, (2015).

²⁶ Traisnel C., Forgues E., « La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux », (2009).

IDENTIFICATION DES PROFESSIONNELS PARLANT FRANÇAIS

Trouver des professionnels de la santé parlant français dans un milieu minoritaire et immigrant est un défi. De nombreux professionnels de santé parlant français ne portent pas un nom à consonance francophone. Ce fait est accentué par le grand nombre de professionnels « francophiles » qui ne peuvent pas être identifiés sur leur simple nom de famille.

L'identification de ces professionnels est également difficile en l'absence de recensement complet et accessible. Certains ordres professionnels précisent dans leur répertoire les langues parlées par les praticiens, mais peu le font et tous les praticiens ne déclarent pas spontanément parler français.

DISPONIBILITÉ DES PROFESSIONNELS

« Comme partout ailleurs au Canada, les listes d'attente pour des services en santé sont une réalité quotidienne pour les Franco-Colombiens. De plus, la plupart des médecins de famille n'acceptent pas de nouveaux clients (couramment 90 % n'en acceptent pas selon le site Web de la BCCPS). Beaucoup de Britanno-Colombiens fréquentent donc des cliniques sans rendez-vous (Global News, 2014) ce qui rend difficile l'appariement d'un médecin et de ses clients selon un critère linguistique, quelle que soit la communauté linguistique. Ce défi semble moins considérable cependant pour certaines professions comme pour les soins dentaires, les services pharmaceutiques, la médecine douce ou la médecine holistique, car ces services sont surtout offerts dans des milieux cliniques où la plupart des professionnels et des professionnelles acceptent des nouveaux clients. » (Giguère et Conway, 2014).



ATTITUDES SOCIALES

Les attitudes sociales aussi bien des anglophones que des francophones ont un fort impact sur la mise en place de services en français.

Dans leur étude de 2011, Eric Forgues, Boniface Bahi et Jacques Michaud²⁷ remarquent que parmi les employés sondés, « les anglophones sont moins enclins que les employés francophones à reconnaître le droit de recevoir des services dans sa langue. Cette reconnaissance diminue pour les francophones capables de s'exprimer en anglais. Les anglophones sont encore moins enclins à reconnaître ce droit pour les francophones bilingues.

Les commentaires de plusieurs répondants anglophones vont plutôt dans le sens d'un questionnement de ce droit. On comprend mal comment, dans un contexte multiculturel, on fait plus d'efforts pour les francophones que pour les autres minorités ethniques. On met ainsi sur le même pied d'égalité le droit des immigrants et celui des francophones, oubliant l'existence de la Loi sur les langues officielles. Le droit des patients de recevoir des services en français se définit dans une perspective de gestion : la langue de communication ayant une influence certaine sur la qualité des soins offerts, il n'y a pas de différence entre un patient francophone et un nouvel arrivant qui parle une autre langue que l'anglais.

Plusieurs commentaires de répondants s'interrogent sur l'engagement ou l'obligation d'offrir des services en français en raison du fait que peu de patients demandent à être servis en français. Les chiffres montrent un écart entre la proportion de patients francophones (entre 20 et 44 %) et la proportion de francophones qui demandent d'être servis en français (ce dernier pourcentage oscillant entre 11 et 15 %). Une proportion importante (de 25 à 41 %) des répondants affirme qu'il arrive toujours ou souvent que les patients

passent du français à l'anglais. Ces données tendent à montrer qu'une proportion assez élevée de patients francophones acceptent d'être servis en anglais ou ne demandent pas d'être servis dans leur langue. »

Une question se pose alors. Pourquoi ces faibles pourcentages de demande de services en français ?

Eric Forgues et Rodrigue Landry²⁸ apportent la réponse suivante : « Nous pouvons penser que plusieurs personnes peuvent ne pas être à l'aise de demander des services de santé en français dans un établissement de santé majoritairement anglophone. S'ils savent que les services de santé ne sont pas ou sont peu disponibles en français, les répondants ne vont pas les demander, sachant qu'une telle demande risque de provoquer des délais ou être vaine.

Par ailleurs, les répondants qui savent qu'aucun service de santé n'est offert en français dans leur région n'entreprendront pas de démarches pour savoir s'ils existent en français ou pour parcourir une plus grande distance afin de les obtenir.

Il est permis de penser que les personnes qui vivent en contexte très minoritaire tendent moins à croire qu'il est légitime de demander les services en français.

Il importe de rappeler que 17 % de tous les répondants et toutes les répondantes sont plus à l'aise de communiquer en anglais qu'en français dans les lieux publics. Ce pourcentage monte à 36 % dans les régions fortement minoritaires, ce qui signifie que ces francophones sont probablement moins enclins à demander des services de santé en français. Ces données peuvent nous aider à comprendre une partie des résultats, notamment quant au fait de demander ou d'entreprendre des démarches pour obtenir des services en français. S'agissant de l'offre active

de services en français, les francophones sont beaucoup plus enclins à choisir le service en français (Deveau et al., 2009). Ils se sentent peu à l'aise de demander de recevoir des services en français s'ils ne sont pas offerts activement. Ces résultats peuvent inciter les intervenants francophones à envisager des moyens pour sensibiliser les administrations des établissements de santé à l'importance de faire une offre active de services de santé en français. Ils peuvent également inciter à sensibiliser les francophones à l'importance d'obtenir et de demander des services de santé dans leur langue. »

²⁷ Forgues E, Bahi B., Michaud J., « L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire », ICMRL [2011].

²⁸ Forgues E., Landry R., « L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire », ICRML et SSF [2014].

CONCLUSION

Alors que la prise en compte des enjeux de la santé des francophones en milieu minoritaire est relativement récente, les préoccupations des canadiens quant à l'importance de la santé, elle, ne l'est pas. Les résultats des différentes études menées démontrent que, bien que le français soit une des deux langues officielles du pays, les francophones en situation minoritaire doivent surmonter d'importantes barrières pour avoir accès à des services adéquats et sécuritaires qui répondent à leurs besoins dans leur langue. De plus, bien que des services d'interprètes soient accessibles pour les francophones, ils sont majoritairement utilisés qu'en l'absence complète de compétence en anglais. Les francophones parlant anglais, de leur côté, se placent en situation d'illusion de communication qui peut être dommageable. Les francophones de la Colombie-Britannique ont donc un net désavantage comparativement aux anglophones quant à la qualité des soins auxquels ils ont accès, d'autant plus que les services en français sont moins nombreux et plus éparés.

Finalement, les impacts des barrières auxquelles les francophones en situation minoritaire de la Colombie-Britannique sont confrontés ont des répercussions négatives sur la santé physique et mentale de ceux-ci, ainsi que sur le système de santé en général. D'où l'importance d'atteindre les objectifs fixés par Santé Canada : mobiliser davantage d'efforts dans la collaboration entre les acteurs de la santé, ainsi que dans le déploiement des services offerts aux communautés francophones adaptées aux spécificités et aux réalités régionales. En conclusion, pour que les services de santé soient disponibles pour les communautés en situation linguistique minoritaire, plusieurs facteurs doivent être réunis tels que l'identification des professionnels de santé parlant français, le recrutement et la rétention de ces professionnels, la reconnaissance des diplômes obtenus à l'étranger, l'accroissement de l'offre active, ainsi que le développement de collaborations entre les acteurs provinciaux du système de santé.

RECOMMANDATIONS

01

Identifier les langues parlées par les professionnels de la santé dans les différentes régions à l'échelle de la province.

Selon l'étude réalisée en 2017 par Statistique Canada, c'est plus de 12 000 professionnels de la santé en Colombie-Britannique qui déclaraient en 2011 être capables de soutenir une conversation dans la langue française. En 2018, le répertoire des professionnels de RésoSanté Colombie-Britannique compte plus de 1 700 professionnels. L'identification des professionnels reste un défi laborieux et limite l'offre de services dans la langue de minorité.

Dans une étude publiée en 2014, Louis Giguère et Dr Brian Conway de l'organisme RésoSanté C.-B. notent que les anglophones et allophones du Canada apprennent le français en très grand nombre. Cette réalité a pour conséquence de pouvoir favoriser une plus grande offre de services de santé en français. Cependant, la difficulté est d'identifier ces professionnels, d'autant plus que les deux tiers de ceux qui peuvent parler le français n'ont pas de noms francophones. Les répertoires de certains ordres et associations professionnels offrent la possibilité à leurs membres d'indiquer leurs langues parlées, mais cette pratique est loin d'être généralisée et n'offre pas des résultats entièrement fiables.

D'où l'importance d'une stratégie provinciale qui permettrait aux régions de santé d'identifier les langues parlées par leurs salariés.

02

Mettre en place une approche adaptée de recrutement et de rétention des professionnels de santé en capacité d'offrir des services en français en Colombie-Britannique.

De nombreuses études depuis 20 ans ont démontré que la pénurie de professionnels de la santé bilingues est une problématique ayant des conséquences importantes pour la santé des francophones vivant dans les communautés en situation linguistique minoritaire au Canada. L'accès à des services de santé en français est par conséquent fondamental pour ces communautés. Cependant, cet accès est limité en Colombie-Britannique comme dans les autres provinces. Les raisons sont notamment la pénurie de professionnels bilingues et une absence de stratégie particulière pour leur recrutement et leur rétention dans les établissements de santé de la province.

Plusieurs facteurs influent sur les effectifs des professionnels de santé de langue officielle minoritaire, ou pouvant soutenir une conversation dans cette langue minoritaire ou encore qui l'utilisent au moins régulièrement au travail :

- La rétention de migrants internationaux, inter et intraprovinciaux,
- L'offre et la valorisation de la formation linguistique dans la seconde langue officielle,
- La promotion des services de santé dans la langue de la minorité.

Le recrutement et la rétention des ressources humaines bilingues en santé, en contexte minoritaire, nécessitent une approche adaptée, tenant compte des défis suivants :

- Un nombre restreint de professionnels de la santé capables d'offrir des services en français,
- Une dispersion des communautés francophones dans la province,
- Un système d'éducation postsecondaire en sciences de la santé majoritairement anglophone.

Avec 12 325 professionnels de santé en capacité de parler français recensés en 2011, la compétence est présente en Colombie-Britannique.

Cependant :

- Cette capacité à servir en français est souvent non déclarée par les professionnels eux-mêmes qui craignent de voir leur pratique professionnelle modifiée.
- Cette compétence linguistique est rarement valorisée par les organisations ou insuffisamment exploitée par celles-ci. De façon générale, les employés bilingues cherchent des milieux de travail où ils peuvent utiliser le français dans un climat où ils se sentent valorisés et autorisés à le faire.
- La pénurie de personnel bilingue touche particulièrement les régions éloignées, car les nouveaux diplômés s'intéressent davantage aux soins en milieu urbain.

03

Faciliter pour les professionnels de la santé formés à l'étranger la possibilité d'exercer leur profession en Colombie-Britannique.

Face au déficit de professionnels de la santé, l'immigration peut faire partie de la solution. Cependant, la reconnaissance des qualifications professionnelles acquises à l'étranger constitue toujours l'une des principales difficultés pour l'intégration des immigrants au marché du travail, qu'il soit question de professions ou de métiers réglementés ou non.

De nombreux diplômés dans un domaine de la santé peinent à trouver un emploi dans leur domaine de formation et d'expérience. Un certain nombre d'entre eux renonce face à un processus long, complexe et difficile.

Les défis rencontrés par ces nouveaux arrivants diplômés et expérimentés se situe à différents niveaux :

- Le processus de reconnaissance des titres de compétences acquis à l'extérieur du Canada : cela comprend les exigences et les procédures d'établissement des équivalences; les divers examens théoriques et pratiques ainsi que le niveau exigé pour la réussite; l'obtention d'un permis de pratique; les cours de formation d'appoint requis pour les diplômés internationaux en santé qui n'obtiennent pas le niveau exigé.
- Le coût des procédures : frais d'inscription ou de procédure, manque à gagner durant le temps d'attente de l'obtention des autorisations d'exercer ou sur la durée des formations exigées. Or, beaucoup d'immigrants en cours d'installation ont des

sources limitées de revenu.

- Les exigences du marché du travail, les préférences et les pratiques (légitimes ou non) des employeurs.

L'une des difficultés auxquelles se heurtent les nouveaux arrivants a trait aux mécanismes variés et complexes d'évaluation de leurs compétences. Les solutions à cet égard engagent donc plusieurs acteurs : les gouvernements fédéral et provinciaux, les associations professionnelles, les établissements d'enseignement, les employeurs et les organismes d'aide aux immigrants.

Beaucoup de personnes qui arrivent au Canada chaque année possèdent des compétences en santé. Ces immigrants constituent un atout pour la société canadienne, mais les difficultés et les barrières professionnelles en empêchent un grand nombre d'exercer dans leur champ de compétence. Bien qu'il soit normal d'exiger un niveau élevé de qualité des services en santé et une haute compétence des personnes qui les dispensent, des améliorations peuvent être néanmoins apportées pour faciliter la reconnaissance de leurs qualifications tout en garantissant la qualité des services.

04

Accroître l'offre active et légitimer le fait de demander des services en français.

L'offre active est essentielle si l'on souhaite assurer des services de santé sécuritaires, éthiques et équitables aux communautés

francophones minoritaires. L'offre active favorise la visibilité, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé en français de qualité égale à ceux offerts dans la langue de majorité. De plus, tant et aussi longtemps que les attitudes sociales ne changeront pas, les communautés en situation minoritaire ne se sentiront pas à l'aise d'utiliser et de demander à être servi dans la langue officielle minoritaire. De même, il faudrait que la culture organisationnelle des institutions de services de santé soit influencée positivement par des leaders proactifs qui affirment l'importance et défendent avec convictions l'utilité d'offrir des soins en français.

L'offre active pourrait être valorisée dans les établissements de services de santé des façons suivantes :

- Par l'obligation pour les fonctionnaires d'offrir activement des services de santé en français et d'informer le public, dès la prise de contact, que les services sont offerts dans les deux langues officielles, au téléphone et en personne.
- L'affichage des professionnels bilingues, tel qu'une épinglette indiquant les langues parlées
- La documentation traduite en français, y compris sur les sites internet
- Un service dans son ensemble comparable à celui offert en anglais.

Afin de permettre aux francophones en milieu minoritaire de se maintenir en bonne santé, la province pourrait établir des réglementations sur la reconnaissance professionnelle du bilinguisme, la valorisation de l'utilisation de la langue de minorité linguistique auprès des professionnels pour ainsi la promouvoir et la rendre davantage accessibles aux communautés francophones.

05

Permettre un meilleur accès des services en français à travers la province.

La population francophone est très dispersée à travers la province de la Colombie-Britannique ce qui nuit à l'obtention de soins de santé pour cette communauté.

La santé numérique permet aux professionnels de la santé d'assurer la prestation des services de santé plus efficacement, plus rapidement et de façon plus intégrée, abattant toujours plus de barrières à l'accès aux soins de santé. Ces barrières peuvent être géographiques, démographiques, linguistiques, culturelles et financières.

Ces solutions numériques déjà présentes en Colombie-Britannique pourraient permettre d'offrir des soins de santé en français.

Depuis quelques années, le marché de la télésanté connaît une forte croissance et semble être une solution pour adapter l'of

fre de services de soins de santé afin qu'ils soient homogènes, correspondent aux réalités régionales et accessibles à l'ensemble des francophones de la Colombie-Britannique. Une identification des professionnels de santé déjà impliqués dans les systèmes de télésanté en place en Colombie-Britannique permettrait d'atteindre les communautés francophones dans toute la province.

La mise en place de point d'accès à la télésanté pour les francophones ainsi que la création de centre de santé communautaires bilingues à travers la province sont des solutions efficaces pour maintenir en santé les francophones installés dans toute la province où qu'ils se trouvent et ainsi limiter les inégalités géographiques de l'accès aux services de santé.

06

Développer les collaborations entre les acteurs provinciaux du système de santé et RésoSanté C.-B., interlocuteur privilégié sur les questions de santé des francophones.

L'organisation concertée des services sociaux et de santé est reconnue comme l'un des déterminants de la santé et du bien-être. La convergence des efforts du ministère de la santé, de PHSA, des régies de santé et de RésoSanté C.-B. s'avère essentielle à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services de santé offerts aux francophones dans toute la province.

La collaboration et la concertation entre les différents acteurs, la mise en réseau du savoir et de l'expertise de chacun, permettra de développer une meilleure compréhension de la problématique de la santé des francophones en Colombie-Britannique.

Le travail en synergie et une vision commune ne peut qu'intensifier l'effet des actions déjà menées par tous au profit des francophones partout dans la province.

BIBLIOGRAPHIES

CCCFSM

- « Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français », (2007)

Bowen S.

- « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé », SANTÉ CANADA, (2001)

Traisnel C. et Forgues E.,

- « La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux. », FRANCOPHONIES D'AMÉRIQUE 28 (2009)

Bouchard L., Desmeules M.,

- « Les minorités linguistiques du Canada et la santé », HEALTH CARE POLICY/POLITIQUES DE SANTÉ, (2013)

Bowen S.,

- « L'impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins », SSF, (2015)

Drolet M., Arcand I., Benoît J., Savard J., Savard S., Lagacé J.,

- « Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français. Des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire ! », REVUE CANADIENNE DE SERVICE SOCIAL, (2015)

Giguère L. et Conway B.,

- « Le potentiel d'offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique? », (2014)

RésoSanté

- « Enquête sommaire sur la santé des francophones de Colombie-Britannique », (2016)
- « Consultation publique sur l'accès aux services de santé en français », (2016)

Statistique Canada

- « Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2011 », (2017)

Farley R., Guillemette R. et Rivest F.,

- « L'intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé », SANTÉ CANADA, (2015)

Forgues E., Bahi B., Michaud J.,

- « L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire », ICMRL (2011)

Forgues E., Landry R.,

- « L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire », ICRML ET SSF (2014)

ANNEXES

2016

Francophones langue maternelle
 $57\,425 + 10\,065 + 2\,100 + 2\,115 = 71\,705$
 (1, 6 %)

Francophones
 (anglais seul langue maternelle)
 $1\,070 + 1\,725 + 35 + 425 = 3\,255$

Francophones
 (langues maternelles autres)
 $870 + 330 + 355 + 1\,200 + 20 + 60 + 10 + 530$
 $= 3\,375$

TOTAL Francophones en CB = 78 335

Dont 26 670 parlent français
 régulièrement à la maison.

British Columbia / Colombie-Britannique										
Quatre des données										
Langue parlée le plus souvent à la maison (10)										
Langue maternelle (10)	Total - Langue parlée le plus souvent à la maison	Anglais	Français	Langue non officielle	Autochtone	Non autochtone	Anglais et français	Anglais et langue non officielle	Français et langue non officielle	Anglais, français et langue non officielle
Total - Langue maternelle	4 588 410	3 034 709	10 705	717 300	1 068	715 615	9 990	222 070	808	3 989
Anglais	3 170 110	3 125 085	1 370	18 445	365	18 075	1 725	22 300	35	425
Français	57 425	43 845	16 230	338	0	360	2 440	155	85	165
Langue non officielle	1 182 498	423 610	815	685 323	1 100	685 220	330	156 155	355	1 230
Autochtone	8 430	8 735	0	1 115	1 100	95	0	580	0	0
Non autochtone	1 259 505	414 875	815	685 205	5	685 200	330	156 155	355	1 230
Anglais et français	13 565	7 840	400	565	0	55	1 420	110	5	95
Anglais et langue non officielle	88 140	36 225	20	10 615	38	10 575	60	42 060	15	535
Français et langue non officielle	2 100	805	115	330	0	215	80	335	160	220
Anglais, français et langue non officielle	2 115	805	45	335	0	225	95	375	15	440

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2016, produit numéro 98-400-X2016347 au catalogue de Statistique Canada.

2011

Francophones langue maternelle
 $57\,280 + 8\,600 + 3\,350 + 1\,535 = 70\,765$

Francophones
 (anglais seul langue maternelle)
 $1\,730 + 1\,100 + 50 + 300 = 3\,180$

Francophones
 (langues maternelles autres)
 $885 + 295 + 530 + 905 + 35 + 55 + 45 + 295$
 $= 3\,045$

TOTAL Francophones en CB = 76 990

British Columbia / Colombie-Britannique										
Langue maternelle (10)										
Langue parlée le plus souvent à la maison (1)	Total - Langue maternelle	Anglais	Français	Langue non officielle	Anglais et français	Anglais et langue non officielle	Français et langue non officielle	Anglais, français et langue non officielle		
Total - Langue parlée le plus souvent à la maison	4 588 205	3 032 430	10 705	717 300	1 068	715 615	9 990	222 070	808	3 989
Anglais	3 068 800	3 025 085	41 120	450 785	8 910	28 670	1 790	760		
Français	18 645	1 730	13 515	865	310	25	185	20		
Langue non officielle	670 100	18 645	380	641 120	120	9 100	550	135		
Anglais et français	4 700	1 100	1 985	285	1 110	95	70	80		
Anglais et langue non officielle	155 065	15 025	120	139 865	10	29 590	320	275		
Français et langue non officielle	630	30	35	530	15	45	230	10		
Anglais, français et langue non officielle	2 130	300	130	905	55	295	290	275		

Source : Canada, provinces, territoires, divisions de recensement et subdivisions de recensement, produit numéro 98-314-X2011028 au catalogue de Statistique Canada.



Retrouvez votre santé en français sur :



www.resosante.ca



RésoSanté
Colombie-Britannique

Votre santé en français

THE HEALTH OF FRANCOPHONE MINORITIES

What Does it Mean for British Columbia?

TABLE OF CONTENTS

05 INTRODUCTION

06 CANADIAN CONTEXT

- 07 • HISTORICAL OVERVIEW OF THE HEALTH PILLARS OF OLMCS
- 08 • HEALTH CANADA'S OBJECTIVES
- 09 • THE CORRELATION BETWEEN HEALTH AND LANGUAGE BARRIERS

11 BRITISH COLUMBIA

- 12 • THE FRANCOPHONE PRESENCE IN THE PROVINCE
- 13 • THE HEALTH OF THE FRENCH-SPEAKING POPULATION IN BRITISH COLUMBIA
- 15 • CENSUS ON FRENCH-LANGUAGE HEALTH SERVICES IN BRITISH COLUMBIA
- 19 • STRATEGY TO INCREASE THE PROVISION OF FRENCH-LANGUAGE HEALTH CARE SERVICES

20 BARRIERS IN THE IMPLEMENTATION OF FRENCH-LANGUAGE SERVICES

- 22 • THE DISTRIBUTION OF PROFESSIONALS AND DISPERSED MINORITY COMMUNITIES
- 23 • THE IDENTIFICATION OF FRENCH-SPEAKING PROFESSIONALS
- 23 • THE AVAILABILITY OF PROFESSIONALS
- 24 • SOCIAL BEHAVIOURS

25 CONCLUSION

For conciseness purposes only, the masculine gender refers to both women and men (this also applies to professional designations).

INTRODUCTION

Access to health care is a priority for Canadians; however, for the French-speaking population of British Columbia, access to health care services in French is a major issue. Given the federal government's commitment to improving health care in Canada and given that British Columbia is the only Canadian province without a legislative or policy framework for providing services in French, it is timely to assess the situation of the French-speaking population of British Columbia in regard to the health sector.

The first objective of this white paper is to provide an overview of the official language minority communities (OLMCs) in Canada. We will also address health issues affecting the French-speaking population in British Columbia and describe the many barriers encountered throughout the province in relation to the implementation of French-language health care services. Finally, we will provide recommendations for improving the health of Francophones in British Columbia.

CANADIAN CONTEXT



HISTORICAL OVERVIEW OF THE HEALTH PILLARS OF OLMCS¹

Health is a top priority for Canadians. Likewise, Francophone minority communities (FMCs) were quick to point out the importance of having access to quality French-language health care services (Gilbert et al., 2005). At the end of the 1990s, FMCs were provided with new resources to improve health care services for French speakers. Acknowledging the health issues affecting French speakers in minority communities has only happened fairly recently.

1999

In 1999, studies on language barriers and community models that can meet the needs of Francophone and Anglophone minority communities are funded.

In May 1999, the Official Language Community Development Bureau (OLCDB) is created.

The Consortium national de formation en santé (CNFS) is created. The organization's mission is to implement French-language education in the health field.

2000

In June 2000, the federal Minister of Health creates the Consultative Committee for French-speaking Minority Communities (CCFSMC) to address health issues facing Francophone communities. It also creates a separate Anglophone committee mandated to address access to health services in English in Quebec.

As stated in the CCFSM 2007 Report to the federal Minister of Health², the Committee's mission is as follows:

- Advise the federal Minister of Health on ways to enhance the vitality of Francophone minority communities and support their development.

- Advise the federal Minister of Health, the Public Health Agency of Canada and the Department on the coordination of federal health initiatives.

- Provide advice on initiatives proposed at the various development and implementation steps to ensure that Francophone minority communities derive maximum benefit from these initiatives.

- Maintain relationships with Francophone minority communities to facilitate information sharing.

- Act as a forum to help update the multiyear Action Plan and thus assist the Department in meeting its obligations under section 41 of the Official Languages Act.

2001

The results of the analysis undertaken by the consultative committee show that Francophones have less access to health services in their language than Anglophones.

A report by Health Canada³ shows that language barriers in access to health care have a negative effect on the quality of the care provided.

2002

Creation of the Société Santé en Français.

2003

Implementation of a funding program. Provincial networks are created across Canada. In British Columbia, RésoSanté BC is created in 2003.

¹ Official language minority communities.

² Consultative Committee for French-speaking Minority Communities. (2007). Towards a New Leadership for the Improvement of Health Services in French.

³ Bowen, S. (2001). Language Barriers in Access to Health Care. Health Canada.

HEALTH CANADA'S OBJECTIVES⁴

Following the community consultations requested by Health Canada, five objectives were identified:

01

Developing and putting in place an information system on the health of Francophones (including directories of health professionals and of the locations where service is available in French; awareness-raising/promotional campaign that reflects specific regional characteristics and realities; and accessibility of pertinent documentation in French for professionals and the public).

04

Support for the promotion of careers in health (including efforts to decentralize professional training in health; financial incentives to settle in Francophone communities; developing programs that reflect the needs Francophone communities; and exploring avenues for recruitment outside the regions and outside the country).

02

Developing some of the potentialities of telemedicine (including adapting and implementing telehealth-type call centres; and creating a web portal for French-speaking professionals).

05

Implementing multi-service centres (including developing French-language intake structures; involving Francophones in the decision-making structures in the health field; and partial or complete control by Francophones in the management).

03

Putting in place structures that facilitate the coordination, leadership and organization in Francophone communities (including developing networking between health institutions and pairing them; and developing links/partnerships/alliances between the health network and other relevant networks).

However, the federal government cannot eliminate language barriers alone. This is due in part to the fragmented governance structure of the public sector and the presence of different provincial standards (Traisnel and Forgues, 2009). In addition, the networks' potential to generate results relies on the extent to which their mediation priorities are in line with those of the provinces⁵.

⁴Traisnel, C. & Forgues, É. (2009). La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux. Francophonies d'Amérique. No 28.

⁵Health Canada and the Public Health Agency of Canada. (2013).

THE CORRELATION BETWEEN HEALTH AND LANGUAGE BARRIERS

In their 2013 study, Louise Bouchard and Martin Desmeules⁶ show very clearly that Francophones living in minority communities are significantly disadvantaged compared to the English-speaking majority living in the same areas of the country.

First, a greater percentage of Francophones reported having poor self-perceived compared to Anglophones (16.65% vs. 13.14%). Overall, the Francophone population is older: 19.46% of the Francophones in minority communities are 65 years old or older (vs. 17.74% in the English population). They still have a lower level of education (20.73% of French-speaking minority do not have a high school diploma vs. 12.39% of English-speakers living in the same province). In terms of income, the gap is not as unfavourable (20.43% of low-income Francophones are within the first 20 percentiles, vs. 17.28% of Anglophones). Proportionately, Francophones in minority situations are more likely to live in rural areas, in remote regions or in dispersed communities (29, 53% vs. 17.75%).

Researchers reported other unsettling findings in the 2013 Canadian Journal of Public Health supplement. Francophones are more likely than Anglophones to be physically inactive in their leisure time (49.1% vs. 47.2%) (Imbeault et al., 2013). There is a greater prevalence of overweight and obesity among Francophones in minority situations—which is consistent with the socio-economic factors described above—given that Francophone minority communities and groups are most vulnerable; therefore, more likely to be overweight (Gagnon-Arpin et al., 2013).

As Sarah Bowen outlined in her Final Report (2015)⁷, significant research has been conducted on the impact of language barriers on health and health care, particularly over the past two decades. Researchers have provided compelling evidence of the negative impact

of language barriers on health care access, patient satisfaction and experience, as well as disparities in receipt of care between patients proficient in English and those facing language barriers.

Patients facing language barriers also face increased risk of medication errors, complications and adverse events. In many cases, the rights of limited English proficient patients to informed consent and confidentiality are often not protected.

One of the most dangerous misconceptions is that if a patient speaks some English, he or she does not need an interpreter or a language-congruent provider. This misconception may be more evident in responses to official minority-language speakers, as many Francophones are also fluent in English. However, research suggests that the risk is greater in situations where the patient speaks limited English. This is because there is an illusion of communication: whereas, when there is no ability to communicate, the provider recognizes that there is a problem and takes additional precautions.

Those who speak some English or French may face language barriers: especially when under stress, or in distress, patients are much better able to communicate in their first language.

A second common assumption is that, while language can be a barrier to communication, this barrier can be addressed by using the services of bilingual family members or ad hoc interpreters. Many organizations are unaware of the risk of using ad hoc interpreters as a response to language barriers, a response common in Canada.

A number of studies have undertaken using such analyses (Ebden et al., 1988; Elderkin-Thompson et al., 2001; Flores et al., 2003; Flores et al., 2012; Jackson et al., 2011;

⁶Bouchard, L. & Desmeules, M. (2013). Linguistic Minorities in Canada and Health. Health Care Policy/Politiques de santé.

⁷Bowen, S. (2015). The Impact of Language Barriers on Patient Safety and Quality of Care. Société Santé en français.

Laws et al., 2004; Pham et al., 2008). Several different types of errors have been identified:

- Omitting information provided by the client or health provider;
- Adding information to what the client or provider has said;
- Substituting words, concepts or ideas;
- Using inaccurate words for anatomy, symptoms or treatment;
- Failing to interpret a message;
- False fluency;
- Editorializing; and
- Role exchange (e.g. taking over the interviewing role).

A 2015 study for the Canadian Social Work Review⁸ indicates that Francophones in minority situations are still struggling to receive appropriate, safe and continuous health and social services in French (Consortium national de formation en santé, 2012; Société Santé en français, 2012).

Access to health and social services in French is always complicated and fraught with significant barriers. Among other things, we already know that the health and social services system can be difficult to know and to break through. In general, it can be difficult for parents and caregivers to understand the organization and structure of health care delivery in a given region, or the standards and procedures to follow in order to get a specific service. In addition, health and social services in French are fewer and more scattered, which makes it even more challenging for Francophones in minority situations.

Another challenge is that addressing language barriers is often viewed as an issue of “cultural sensitivity” (an official language rights) rather than a quality/safety issue. This results in addressing language barriers being viewed as an optional activity.

Language and cultural barriers can prevent access to health care services, result in misdiagnosis as well as in lower adherence to treatment, and they have negative impacts on both the health care system and the individual: inappropriate treatment; deterioration of the patient’s health status; and increased demand, hospitalization rates and health care costs. Language barriers lead to inefficient health care services and poor accountability.

⁸Drolet, M., et al. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : Des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire!. Canadian Social Work Review.

BRITISH COLUMBIA



THE FRANCOPHONE PRESENCE IN THE PROVINCE

According to the results of the last two censuses by Statistics Canada, 78,335 British Columbians⁹ could speak French in 2016¹⁰, compared to 76,900 in 2011¹¹ (Appendix 1).

The 2016 Census figures show that they were 4.5 million people living in British Columbia in 2016, of whom 71.14% were Anglophones, 27.56% were allophones, and 1.55% were Francophones (Table 1), as opposed to respectively 72.11%, 26.5% and 1.62% in 2011 (Table 2). These figures show an increase in the number of French speakers in British Columbia despite a decrease in the percentage, which benefits the growing allophone population.

Therefore, Francophones have a low demographic weight in this province and are relatively dispersed and largely assimilated (FCFA, 2007; Chavez and Bouchard-Coulombe, 2011). Also, as Louis Giguère and Dr. Brian Conway pointed out in their 2014 study¹³, “with 29.4% of first-generation immigrants in British Columbia (National Post, 2013), French only comes in 10th place in terms of the number of speakers of a minority language who speak a minority language at home¹⁴. Considering that there are several minority groups larger than the French in terms of demographic weight and that some of those groups are relatively large, asking for more health care services in French becomes more difficult.” Many are opposed to the idea that Francophones are entitled to specific health care and linguistics rights given the ethnic and cultural diversity in British Columbia.

Table 1¹²
Province (2016)/ British Columbia

Total population (in thousands)	English	French	Non-official languages
4 598 410	3 271 430 (71,14 %)	7 1705 (1,55 %)	1 267 465 (27,56 %)

Table 2
Province (2011)/British Columbia

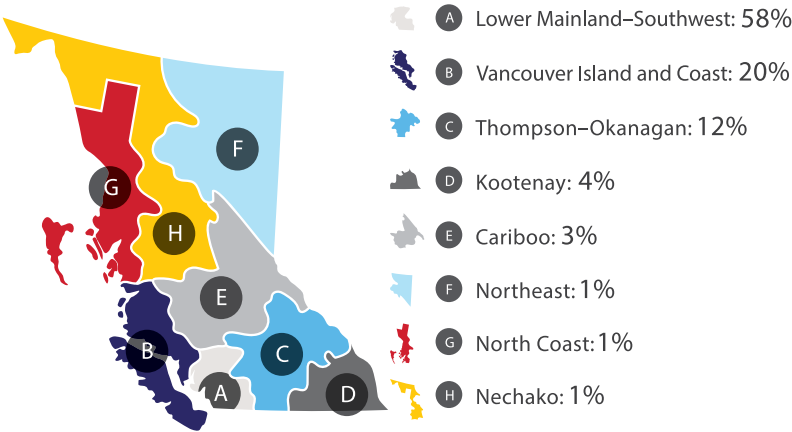
Total population (in thousands)	English	French	Non-official languages
4 356 205	33 141 365 (72,11 %)	70 765 (1,62 %)	1 154 220 (26,5 %)

⁹The calculations includes the number of persons whose mother tongue is French as well as the number of persons whose mother tongue is not French but nevertheless speak French at home.
¹⁰Statistics Canada, 2016 Census of Population, Statistics Canada Catalogue No. 98-314-X2011028.
¹¹Statistics Canada, 2016 Census of Population, Statistics Canada Catalogue No. 98-400-X2016068.

¹²The sum of the percentages is greater than 100 because the survey allowed respondents to indicate more than one mother tongue.
¹³Giguère, L. & Conway, B. (2014). Le potentiel d’offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique?
¹⁴It is in 7th place in Alberta; in 5th place in Saskatchewan; in 4th place in Manitoba and in the Northwest Territories; in 3rd place in Newfoundland and Labrador; in 2nd place in Nunavut; and in 1st place in the other five FAMCs.

WHERE DO FRANCOPHONES LIVE?

(percentage of the population whose first official language is French) ECONOMIC REGIONS



Source : The French presence in British Columbia, Office of the Commissioner of Official Languages

THE HEALTH OF THE FRENCH-SPEAKING POPULATION IN BRITISH COLUMBIA

In 2016, RésoSanté conducted a survey on the health of Francophones in British Columbia¹⁵. Overall, respondents reported that they were generally satisfied with their physical health (83.7%) and mental health (88%). Of the respondents, 12.4% indicated that they had a limitation; 31% a chronic disease; and 4.6% a hereditary disease. Furthermore, 39% of the respondents indicated not having an ideal body weight for their age and height. It is also worth mentioning that, compared to native Canadians, immigrants scored lower in terms physical health (-3%) and mental health (-10%).

The majority of the respondents indicated that they usually rely on the Internet and health care professionals when seeking health information. Out of the 14 communities and provincial resources available in French, they were more familiar with (in order): the Répertoire des professionnels de RésoSanté, RésoSanté's website, the Guide Santé and RésoSanté's Facebook page. We found that the "thematic" community and provincial resources are not well known. In fact, 16.2% of the respondent indicated that they were not familiar with any of the resources available.

The survey also revealed that most women have a healthier lifestyle than men, with the gap being even more prevalent compared to immigrants. The results suggest that there is a need to better target men and immigrants through health awareness-raising and promotional campaigns must target men and immigrants.

According to RésoSanté's 2016 public consultation on access to health care services in French¹⁶, most respondents reported that the access to health care services in French was a very important issue; 78.8% said it was either "important" or "very important," and 40.8% said it was "very important." Even the respondents who "speak better in

English" said the issue was "important" or "very important" (71.4%). The respondents who "speak better in French" indicated that they prefer consulting with French-speaking professionals because it makes them "more comfortable" (42.3%) and they can have a "better understanding of the conversation" (37.5%); whereas those who are "bilingual" or "speak better in English" chose to consult with French-speaking professionals to "support the professional" or "to be consistent with their values" (55.9%).

Nearly half of the respondents said that they had sought services in French (48.8%); those who "speak better in French" are above average (65.4%), whereas those who "speak very good English" are below average (41.5%). Respondents reported the following:

- 34.8% received French-language health care services in the past.
- 36.2% of respondents said that fact that they could not speak French with a facilitator had been a barrier to receiving appropriate health care. The figures are higher for those who "speak better in French" (49.0%) and lower for those who "speak very well in English" (29.3%).
- 21.5% of respondents said that the provision of appropriate health care was delayed due to the fact that they could not speak French with a facilitator. The figures are higher for those who are "better in French" (33.7%) and lower for those who speak "very good English" (14.1%).
- 26.9% of respondents who "speak better in French" reported having a French-speaking general practitioner, compared to 12.5% for those who "speak English very well" and 33.3% for those who "do not speak English at all" good it is 12.5% and for those who do not speak "not at all" English is 33.3%.

- A majority of respondents reported that they had already tried to find a French-speaking general practitioner (52.5%); only 23.8% were able to find one.

When seeking a French-speaking practitioner, respondents rely mostly on word of mouth (within the community), the Internet and French-language community-based services. Three of the four preferred means used to meet information needs are community-based services. They are: the Répertoire des professionnels de RésoSanté, RésoSanté's website, the Collège Éducacentre French-English. Not having access to a list of institutions employed French-speaking practitioners is considered an important gap. Only 6.1% of respondents used interpretation services.

¹⁵ RésoSanté. (2016). Enquête sommaire sur la santé des francophones de Colombie-Britannique.

¹⁶ RésoSanté. (2016). Consultation publique sur l'accès aux services de santé en français.

In order to get a larger and more qualitative picture of the priority needs of members of Francophone communities, RésoSanté surveyed the chairs of 24 Francophone organizations affiliated with the Fédération des francophones de la Colombie-Britannique during the Rendez-vous des présidents et présidentes held in November 2018. These organizations and associations, through their close links with their communities, know first hand what the needs of BC Francophone communities are and can therefore provide information regarding the health state and health conditions of their members.

Based on the results of the BC community members' priority health needs survey, accessing mental health care came first with 46% of total votes. The members of the Fédération des francophones de la Colombie-Britannique indicated that it would be important to increase support for Francophones suffering from or at risk of depression, anxiety disorders, burnout, etc.

Next, a third of respondents considered that accessing health care is an issue of great importance and indicated that they often have to wait too long to get the care they need and that Francophones would like to have access to French-speaking family physicians that are accepting new patients into their practices.

Thirteen percent of respondents indicated the following priority needs:

- health care for seniors
- dental health care
- access to nutrition services

Only 8% of respondents are interested in translation services.

According to the respondents, children and family care as well as specialized women's health care should be improved. Women perceived difficulty in accessing the care they need. For example, they would like to have services such as prenatal care, breast cancer support services, screening, gynecological care, midwifery care, etc. The lack of French-language services in these areas, in contraception and in sexually transmitted disease information centres is an impediment to maintaining good health in the Francophone community.

Respondents also felt that many Francophones are not aware of existing French-language health care services because they are not well advertised throughout the province. In addition, many Francophones in remote communities settle for English-language services because they are more widely offered and closer by.

CENSUS ON FRENCH-LANGUAGE HEALTH SERVICES IN BRITISH COLUMBIA

According to Statistics Canada¹⁷, in British Columbia, the number of Francophone professionals increased 20.4%. Similarly, the number of professionals who reported having the ability to conduct a conversation in the minority language increased 30.4% between 2001 and 2011 - from 9,455 professionals in 2001 to 12,325 in 2011. The use of French at work also increased between 2001 and 2011.

Assuming that health services were offered in the minority language according to demand during the period, there should be a greater increase in the number of health care professionals able to conduct a conversation in French in regions where the minority Francophone population grew, like in British Columbia.

Demographic growth is clearly not the only factor affecting health care services offered in the minority official language. Other factors such as the number of members of official-language minorities pursuing health occupations or increases in bilingualism among professionals who initially did not know the majority language may also contribute to an increase in the health care services that are offered in the minority language.

In British Columbia, the number of health care professionals able to conduct a conversation in French was virtually equal to the number expected as a result of demographic change. Thus, with a 4.7% increase in the Francophone population between 2001 and 2011, British Columbia was the only province in which the change health care services offered in the minority language equalled the change in demand.

see Table 4

Despite this parity, the number of professionals able to conduct a conversation in French was lower in three groups of professionals—nurse aides, social workers and

licensed practical nurses. Conversely, the number of nurses and other health care professionals able to provide health care services in French was higher than expected.

see Tables B24 et B34

In short, for Francophones outside Quebec, demographic changes in the minority Francophone population did not make it possible to predict changes in the number of health care professionals able to conduct a conversation in French. That means that, within the limits of the proposed analysis, changes in health care services offered in French observed between 2001 and 2011 did not follow changes in demand, that is to say that they were more important, or in some cases, less important.

Another considerable limitation involves geography: the presence of professionals at the provincial or regional level is not necessarily a reflection of sufficient services offered locally. Although the portrait presented here¹⁸ seems to suggest that the number of health care professionals able to provide services in the minority language is adequate in some regions, the reality is more complex. For health care services to be truly available to the official-language minority population, a number of factors must coexist—the availability of professionals, as examined in this report, is but one of those factors. Other factors regularly identified in minority-language health care services include the organization of services; service plans tailored to each community; promotion of second-language use among professionals; professional recognition of bilingualism; promotion of services provided; visibility of available services; and the provincial or territorial legal or regulatory framework governing the services offered in the minority language¹⁹.

¹⁷ Statistics Canada. (2017). Health care professionals and official-language minorities in Canada, 2001 and 2011.

¹⁸ Statistics Canada. (2017). Health care professionals and official-language minorities in Canada, 2001 and 2011.

¹⁹ Statistics Canada and Health Canada. (2009).

Table 4
Health Care Professionals present and expected in the West of Canada, 2011

	Manitoba and Saskatchewan			Alberta			British Columbia		
	Present in 2011	Expected in 2011	Difference	Present in 2011	Expected in 2011	Difference	Present in 2011	Expected in 2011	Difference
	numbers								
Total - Health Care Professionals	8,785	8,838	155	9,635	10,598	-965	12,125	12,338	-213
Registered nurses and registered psychiatric nurses	1,630	1,370	260	2,540	2,105	435	2,655	2,525	130
General practitioners and family physicians	410	330	80	660	935	-275	1,030	1,030	0
Psychologists	65	80	-15	400	420	-20	250	360	-110
Social workers	370	285	85	375	360	15	675	785	-110
Pharmacists	215	175	40	215	220	-5	260	290	-30
Licensed practical nurses	165	255	-90	330	355	-25	300	415	-115
Paramedical occupations	105	125	-20	115	180	-65	180	195	-15
Nurse aides, orderlies and patient service associates	1,230	1,855	-625	665	1,140	-475	820	1,040	-220
Other Health Care Professionals	2,575	2,420	155	3,590	4,855	-1,265	6,015	5,645	370

Sources: Statistics Canada, Census of population, 2001 and 2011, and 2011 National Household Survey (NHS).

Table B24
Linguistic characteristics and language use of Health Care Professionals, British Columbia, 2001 and 2011

	Total		Minority official language population ^a			
	2011	2001	2011	2001		
	frequency	frequency	percent	frequency	percent	
Total Population ¹	4,156,295	3,868,875	62,198	1,4	52,378	1.5
All Health Care Professionals ²	153,898	112,535	2,275	1.5	1,898	1.7
Registered nurses and registered psychiatric nurses ²	40,095	27,670	525	1.3	398	1.4
General practitioners and family physicians ²	6,134	5,585	120	1.9	85	1.5
Psychologists and social workers ²	8,790	7,075	135	2.2	165	2.4
Pharmacists and paramedical occupations ²	6,510	5,405	65	1.0	95	1.7
Licensed practical nurses ²	6,575	5,975	90	1.4	98	1.5
Nurse aides, orderlies and patient service associates ²	24,355	16,145	250	1.0	285	1.8
Other Health Care Professionals ²	61,358	44,670	1,040	1.7	778	1.7

Sources : Statistics Canada, censuses of population, 2001 and 2011, and 2011 National Household Survey (NHS)

	Ability to conduct a conversation in the minority language ⁴				Use of minority language at least regularly at work ⁵			
	2011		2001		2011		2001	
	frequency	percent	frequency	percent	frequency	percent	frequency	percent
All Health Care Professionals ²	12,325	8.0	8,455	8.4	1,415	8.9	985	8.9
Registered nurses and registered psychiatric nurses ³	2,555	6.6	1,955	7.1	325	6.8	145	6.5
General practitioners and family physicians ³	1,030	18.7	940	16.8	195	3.2	155	2.7
Psychologists and social workers ³	1,065	12.1	950	13.0	80	0.9	75	1.1
Pharmacists and paramedical occupations ³	440	6.7	355	6.8	50	0.7	...	...
Licensed practical nurses ³	300	4.6	355	5.9	50	0.8	...	...
Nurse aides, orderlies and patient service associates ³	820	3.4	750	4.6	120	0.5	185	1.0
Other Health Care Professionals ³	6,015	9.8	4,120	9.2	590	1.0	415	8.9
... not applicable								
¹ Total population for the region, by place of residence.								
² Health Care Professionals, by place of work.								
³ Total population and Health Care Professionals with French as their first official language spoken outside of Quebec and those who have English as their first official language spoken in Quebec (multiple responses distributed equally between English and French).								
⁴ Health Care Professionals who have reported being able to conduct a conversation in French (with or without another language) outside of Quebec and those who have reported being able to conduct a conversation in English (with or without another language) in Quebec.								
⁵ Health Care Professionals who have reported the use of French (with or without another language) on a regular basis in the workplace outside of Quebec (combination of the categories used most often and regularly) and those who have reported the use of English (with or without another language) on a regular basis in the workplace in Quebec (combination of the categories used most often and regularly).								

Sources : Statistics Canada, censuses of population, 2001 and 2011, and 2011 National Household Survey (NHS)

Table B34
Other Health Care Professionals: total number and those who were able to conduct a conversation in the minority language, 2001 and 2011

	All Health Care Professionals		Health Care Professionals able to conduct a conversation in the minority language	
	2001	2011	2001	2011
	frequency			
British Columbia	44,670	61,326	4,520	5,015
Total - Canada	319,560	444,725	80,240	118,288

Sources : Statistics Canada, censuses of population, 2001 and 2011, and 2011 National Household Survey (NHS)

The balance between the minority-language health care services offered and the demand for them depends on a number of factors that cannot be measured directly using census data. Although the census is an abundant source of information on occupations, practices and language knowledge, the respondents’ answers say little about the minority-language services that are actually offered or the actual demand for them. Only a detailed analysis of linguistic interactions among health care professionals and clients can provide information on the true offer of and demand for services in the minority language. That kind of analysis cannot be performed without data dedicated to this topic obtained through a targeted survey²⁰.

This report is a source of information for renewing Health Canada’s Official Languages Health Contribution Program in 2018 as part of the federal government’s official languages strategy. In addition to targeting specific occupations for increasing bilingual staff, this analysis allows for the identification of needs that may be addressed via other strategies, including the use of specialized interpreters in the health care field or tele-care in areas where official language communities are remote or dispersed, as in British Columbia.

²⁰ Ibid.

STRATEGY TO INCREASE THE PROVISION OF FRENCH-LANGUAGE HEALTH CARE SERVICES

In their 2014 study, Louis Giguère and Dr. Brian Conway²¹ explained that ten years ago, to address the shortage of French-language services in British Columbia, RésoSanté received financial support from the Health Canada's Primary Health Care Transition Fund, which allowed them to partner with the Vancouver Coastal Health Authority (VCHA)—a health authority—to implement French-language health care services initiatives, including a diabetes clinic; an autism clinic; a model to access French-language services for those living in poverty; and a Web Access page for the entire French-speaking population. However, these four initiatives were abandoned within four years (one of which on the premise that the services were unfair to demographically larger linguistic minorities).

During the same period, the health care system was more and more interested in an interpretation-based approach, which was believed to be a good solution to the challenge of providing services to a growing multilingual and multicultural population (Gabriel, 2012). British Columbia's Provincial Health Services Authority spent several years experimenting with this approach. As a result, they have been providing quality interpretation services in 250 languages, 24 hours a day, for over a decade. This service — the Provincial Language Service (PLS) — has service agreements with the Vancouver Coastal Health and Fraser Health authorities, as well as with Providence Health Care, to meet their medical interpretation needs in the Greater Vancouver area. More recently, an interpretation service initiative was implemented in family medicine clinics, in East Vancouver (Gabriel, 2012).

That said, according to RésoSanté's case study *Setting the Stage in British Columbia*, interpretation services are the least popular approach among those offered to Franco-

phones. Francophones reported that they were not comfortable sharing their health concerns with third parties (RésoSanté, 2006, pp. 24 and 58) and this uneasiness is echoed in the PLS's 2012–2013 and 2013–2014 usage statistics for interpretation services. Although Francophones represent 1.5% to 1.7% of the population of British Columbia, the demand for French interpretation services represents only 0.4% of the total number of interpretation services requests, which is four times less than the demographic weight (PLS, 2014). Therefore, RésoSanté considers that the interpretation-based approach is complementary rather than priority.

Following this observation, Louis Giguère and Brian Conway's study²² reveals that a very large number of Anglophones and Allophones in Canada learn French, which creates a linguistic spin-off effect that benefits the provision of French-language services to the French-speaking population of British Columbia.

Consequently, the issue with French-language services in British Columbia is not that of training, recruiting or retaining French-speaking professionals as suggested by the Consultative Committee for French-speaking Minority Communities²³ (2001, 2007). The challenge is rather that of identifying, engaging, recruiting, retaining and ongoing training of existing “Francophile” professionals. “Francophiles” represent a latent potential for the provision of French-language social and health services that can surpass, by far, the “Francophone” potential.

²¹ Giguère, L. & Conway, B. (2014). *Le potentiel d'offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique?*

²² Giguère, L. & Conway, B. (2014). *Le potentiel d'offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique?*

²³ Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities [CCFSMC].

A photograph of a rusty metal barrier with a red light on top, set against a sunset background. The barrier is made of weathered metal and wood, with a red light mounted on top. The background shows a sunset over a body of water, with a concrete wall in the foreground.

BARRIERS IN THE IMPLEMENTATION OF FRENCH- LANGUAGE SERVICES

The latest study on Health care professionals and official-language minorities in Canada, Statistics Canada²⁴ reports that: “Since 2003, Health Canada has been supporting activities to improve access to health care in French outside Quebec and in English in Quebec, including the training and retention of bilingual health professionals, through the Official Languages Health Contribution Program (OLHCP). Over a 15-year period, thousands of additional health care professionals, including family physicians, psychologists, physiotherapists, nurses, pharmacists and several types of technicians, have received training in French in universities outside Quebec that are members of the Consortium national de formation en santé (CNFS).”

In British Columbia, the Provincial Health Services Authority has implemented a Provincial Language Service that offers translation and interpretation services to Francophones receiving specialized public health care services. Concomitantly, since January 2017, the BC Children’s Hospital has been offering free access to more than 500 French-language resources on health and well-being, which can be borrowed online.

We can suppose that progress is being made; however, progress remains slim in respect to the various barriers in the implementation of French-language services.

²⁴ Statistics Canada. (2017). Health care professionals and official-language minorities in Canada, 2001 and 2011.

THE DISTRIBUTION OF PROFESSIONALS AND DISPERSED MINORITY COMMUNITIES

A number of national and provincial studies have suggested that the relative distribution of the French-speaking population and professionals could be a barrier (Blaser, 2009; de Moissac and al., 2012; Warnke, 2009; Warnke et al.; Bouchard, 2013), what Gauthier, Timony and Wenghofer (2012) call “mal-distribution.” Mal-distribution can be amplified when we take into account the fragmentation of professions (de Moissac et al., 2012), which is a plausible scenario for rural British Columbia (Giguère and Conway, 2014).

British Columbia has a strong potential for providing French-language services to its 70,000 Francophones thanks to the 12,325 health care professionals who are able to conduct a conversation in French. That said the distribution of these professionals throughout the province is not consistent with the distribution of British Columbia’s French-speaking communities.

In its 2015 presentation entitled “L’intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé²⁵,” Health Canada names the following challenges of serving dispersed communities (which can also apply to British Columbia):

- A lack of active offer and a hesitation from health care professionals to advertise themselves as French speakers (de Moissac et al., 2012).

- A need to identify approaches, in addition to, professional training, to increase access to health care services in the minority language in regions where the OLMC populations are small and/or dispersed (Health Canada and Public Health Agency of Canada, 2013).

According to Christophe Traisnel and Éric Forgues²⁶, to meet their health care services’ needs, low-density communities had to rely on technological and computer-related means; medium-density communities had to rely on intake structures, networks and technologies (but the other two objectives were still desirable); a high-density community had to rely on training and intake structures (but the other objectives were still desirable).

In other words, according to the analyses, networking objectives did not do well in low-density communities; the training objective did not do well in low- and medium-density communities.

Low-density communities had to rely on technological and computer-related means; medium-density communities had to rely on intake structures, networks and technologies (but the other two objectives were still desirable); a high-density community had to rely on training and intake structures.

²⁵ Farley, R., Guillemette, R. & Rivest, F. (2015). L’intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé. Health Canada.

²⁶ Traisnel, C. & Forgues, É. (2009). La santé et les minorités linguistiques : l’approche canadienne au regard de cas internationaux.

THE IDENTIFICATION OF FRENCH-SPEAKING PROFESSIONALS

Finding French-speaking health professionals in minority and immigrant communities is challenging. Many French-speaking health professionals do not have a French-sounding name. This fact is accentuated by the large number of “Francophile” professionals who cannot be identified based solely on their surname.

The identification of these professionals is also difficult in the absence of a complete and accessible census. Some professional bodies specify in their directories the spoken languages of the practitioners, but not all of them do and not many professionals do not automatically report that they speak French.

THE AVAILABILITY OF PROFESSIONALS

Like their fellow Canadians, French speakers in British Columbia must deal with health care waiting lists on a daily basis. In addition, according to the College of Physicians and Surgeons of British Columbia, 90% of family doctors do not accept new clients at the moment. A large number of British Columbians visit walk-in clinics (Global News, 2014), which makes it even more difficult to match doctors with clients based on their linguistic profile, regardless of the speech community. This challenge is less problematic for other health care services, such as dental care, pharmaceutical services, alternative medicine or holistic medicine, as these services are usually offered in clinics that accept new clients (Giguère and Conway, 2014).



SOCIAL BEHAVIOURS

The social behaviours of both Anglophones and Francophones have a strong impact on the implementation of French-language services.

In their 2011 study, Éric Forgues, Boniface Bahi and Jacques Michaud²⁷ noted that among the surveyed employees, Anglophones are less inclined than Francophones to recognize the right to receive services in one's language. The acknowledgment of this right decreases for Francophones who can express themselves in English. Anglophones are even less inclined to acknowledge this right to bilingual Francophones.

The comments made by many English-speaking respondents are more along the lines of questioning the existence of that right. They have difficulty understanding how, in a multicultural context, more efforts are made for Francophones than for other ethnic minorities. The right of immigrants is considered equal to that of Francophones, the existence of the Official Languages Act being forgotten. Therefore, the right of patients to receive services in French can be described, in a management perspective, as such: the language of communication having an impact on the quality of the care offered, there is no difference between a French-speaking patient and a newcomer who speaks a language other than English.

Many comments suggest that respondents question the commitment or the obligation to offer services in French due to the fact that few patients ask to be served in French. The numbers show a difference in the percentage of French-speaking patients (between 20 and 44%) and the percentage of Francophones who ask to be served in French (the percentage for the latter varies between 11 and 15%). A significant percentage (25 to 41%) of respondents maintained that patients often or always go from French to English. This data tends to show that a relatively

significant proportion of French-speaking patients accept being served in English or do not ask to be served in their language.

The question remains. Why are the percentages for the demand for services in French so low?

Éric Forgues and Rodrigue Landry²⁸ provide the following answer: We could think that many clients are not comfortable asking for French-language health care services in a predominantly English-speaking health care facility. If they know that health care services are not available in French, or are only partially available, they may be less likely to ask for them, knowing that such a request could cause delays or be futile.

Furthermore, clients who know that French-language health care services are not offered in their area are less likely to take concrete steps to see if they are indeed offered or not, or travel a greater distance to be served in French.

It is also reasonable to think that people living in a very small minority communities may be less likely to believe that they have the right to ask for French-language services. It is important to remember that 17% of respondents reported preferring expressing themselves in English, rather than in French, in public settings. This percentage rises to 36% in very small minority regions, which indicates that Francophones living in very small minority communities are probably less likely to ask for French-language health care services. These data can help us understand some of the findings, mainly in regard to asking for French-language services or taking steps to get services in French. Francophones are much more likely to choose to be served in French when the services are actively offered (Deveau et al., 2009). When services are not actively offered in French, Francophones tend to be less comfortable

asking for them. These findings could help Francophone stakeholders find ways to raise awareness among health care authorities on the importance of an active offer of French-language health care services. These findings could also help Francophones understand the importance of requesting and obtaining health care services in French.

²⁷ Forgues, É. et al. (2011). *The Offer of Health Services in French Minority Context*. Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities.

²⁸ Forgues, É. & Landry, R. (2014). *L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire*. Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities & Société Santé en français.

CONCLUSION

While acknowledging the health-related issues affecting French speakers in minority communities is relatively recent, the concerns of Canadian about the importance of health is not. Numerous studies have shown that, in spite of the fact that French is one of the country's two official languages, Francophones in minority situations must overcome significant barriers to receive adequate and safe French-language services that meet their needs. In addition, although interpretation services are offered to all Francophones, they are mostly used by the ones who do not speak any English. English-speaking Francophones, on the other hand, get caught in harmful situations where the apparent structure of communication is superficial. Thus, in British Columbia, Francophones are disadvantaged compared to Anglophones in terms of the quality of care they have access to, especially as French-language services are fewer and more scattered.

Finally, the impacts of barriers faced by Francophones in minority communities in British Columbia have major implications on their physical and mental health as well as on the health care system in general; hence the importance of meeting the objectives set by Health Canada, including mobilizing efforts in the development of alliances between health stakeholders as well as offering health care services to Francophone communities that reflect their specific regional characteristics and realities. In conclusion, to give access to health care services to minority communities, several factors must be considered. They are: finding French-speaking health professionals, recruiting and retaining these professionals, recognizing the value of degrees earned abroad, increasing the active offer and developing alliances between provincial health system stakeholders.

RECOMMENDATIONS

01

Identifying the languages spoken by health care professionals in different jurisdictions across the province.

According to Statistics Canada 2017 study, in 2011, more than 12,000 BC health care professionals reported that they were able to conduct a conversation in French. The 2018 edition of RésoSanté Colombie-Britannique's Répertoire des professionnels list more than 1,700 professionals. The identification of professionals is difficult and affects the provision of services in the minority language.

In their 2014 study, Louis Giguère and Dr. Brian Conway of RésoSanté revealed that a very large number of Anglophones and Allophones in Canada learn French, which creates a linguistic spin-off effect that benefits the provision of French-language health care services. However, identifying these professionals is challenging, especially since two thirds of those who can speak French do not have French-sounding names. Some professional bodies allow their members to identify their spoken languages in directories, but this practice is not widespread and does not necessarily offer reliable results, hence the importance of a provincial strategy that would allow health authorities to identify their employees' spoken languages.

02

Implementing an adapted approach to recruiting and retaining health care professionals able to offer French-language services in British Columbia.

Numerous studies in the past two decades have shown that the shortage of bilingual health care professionals could pose significant health risks to Francophone minority communities in Canada. Consequently, access to French-language health care services is fundamental for these communities. However, in British Columbia, as in other provinces, access to French-language services is limited. Reasons include a shortage of bilingual professionals and the absence of effective recruitment and retention strategies in BC health care facilities.

There are a number of factors that affect official-language minority health care professionals, those able to conduct a conversation in the minority language, and those who use the language at least regularly at work:

- Attracting and retaining international, interprovincial and intraprovincial migrants
- Offering and promoting language training in the second official language; and
- Promoting health care services in the minority language.

The recruitment and retention of bilingual human resources in the health sector in a minority setting require an adapted approach taking into account the following challenges:

- The limited number of health professionals able to offer services in French;
- The dispersion of Francophone communities in the province; and
- The predominately English-language post-secondary health science education system.

With its 12,325 health professionals able to speak French (2011), British Columbia has potential. However:

- Often, professionals do not disclose their capacity to offer services in French fearing that it could change their practice.
- This linguistic competence is rarely valued by organizations and/or insufficiently exploited by them. In general, bilingual workers seek working environments that values the French language and where they feel free to speak French.
- The shortage of bilingual staff affects remote areas in particular, as new graduates are more interested in urban health care.

03

Facilitating opportunities for internationally educated health professionals to practise in British Columbia.

Immigration can help address the shortage of health care professionals. That said recognition of professional qualifications acquired abroad is still one of the main barriers that impact the recruitment of immigrants into the labour market, regardless if they are professionals or skilled workers.

Many of those with a degree in health care are struggling to find a job that matches their qualifications and experience. Some of them give up due to the long, complex and difficult process.

These qualified and experienced newcomers must face a number of complex challenges:

- The recognition of credentials acquired outside Canada: this process includes the requirements and procedures for establishing equivalencies; passing theoretical and practical exams as well as getting the level required to qualify; obtaining a license to work; taking refresher training courses required for internationally educated health care professionals who did not meet the required level.
- The cost of procedures: includes registration or procedure fees; loss of earnings during the period of treatment (work authorizations) or during mandatory training. Many immigrants have limited sources of income when they settle in.
- Labour market requirements, preferences and practices (legitimate or otherwise) of employers.

One of the challenges faced by newcomers is the varied and complex mechanisms used for assessing their skills. Solutions in this regard involve a number of actors, including federal and provincial governments, professional associations, educational institutions, employers and immigrant-serving organizations.

Many of the people who come to Canada every year possess health qualifications. These immigrants represent a tremendous asset to Canadian society, but professional difficulties and barriers prevent many of them from practising in their field. While it is not unusual to want for health professionals to provide high-quality health care and always meet high professional standards, efforts are nonetheless being made to facilitate recognition of their qualifications while guaranteeing quality of service.

04

Increasing the active offer and legitimizing the request for services in French.

Active offer is essential if we want to ensure safe, ethical and equitable health care services for Francophone minority communities. Active offer promotes the visibility, availability and accessibility of French-language health care services of the same quality as those offered in the majority language. In addition, as long as social behaviours do not change, minority communities may avoid asking for services in the minority official language. Similarly, the organizational

culture of health service institutions should be positively influenced by proactive leaders who are passionate advocate and can affirm the importance of providing care in French.

Active offer could be promoted in health care facilities in the following ways:

- By the obligation for public servants to actively offer health care services in French and to inform the public, as soon as the first contact is made, that services are offered in both official languages, by telephone and in person.
- Posting for bilingual staff, such as a pin showing the languages they speak.
- Ensuring that documents are translated into French, including online documents.
- Offering services comparable to that offered in English.

In order to allow Francophones in minority settings to maintain their health, the province could regulate on the professional recognition of bilingualism and value the use of the minority official language by professionals, which would promote the use of language and enable the minority community to use it more.

05

Enabling better access to French-language services across the province

The French-speaking population is very dispersed across the province of British Columbia, which hinders the provision of health care for this community.

Digital health enables health professionals to provide health care services more efficiently, more quickly and in a more integrated way; knocking down the barriers that impede access to health care. These barriers can be geographic, demographic, linguistic, cultural and financial.

These digital solutions, already used in British Columbia, could be used to provide health care services in French.

The telehealth market has experienced strong growth in recent years and seems to be a good option for providing homogenous health care services that can reflect regional

realities and reach all Francophones living in British Columbia. Health care professionals that already use the telehealth technology in place in British Columbia could be identified to help reach Francophone communities throughout the province.

Implementing telehealth access points for Francophones as well as bilingual community health centres throughout the province are effective ways to enable Francophones across the province, wherever they may live, to preserve their health and thus limit geographic inequalities related to access to health care services.

06

Facilitating collaboration opportunities between provincial health system stakeholders and RésoSanté, the primary contact for French-language health services

The concerted organization of social and health services is recognized a determinant of health and well-being. The convergence efforts of the Ministry of Health, the PHSA, health authorities and RésoSanté is essential to improving the access, the continuity and the quality of the health care services offered to Francophones throughout the province.

Stakeholders must work together, consult each other and share their knowledge and expertise in order to get a better understanding of the health issues facing the Francophones population in British Columbia. Working in synergy and having a common vision can only highlight the actions carried out by all stakeholders for the benefit of Francophones across the province.

Working in synergy and having a common vision can only highlight the actions carried out by all stakeholders for the benefit of Francophones across the province.

REFERENCES

Bouchard, L. & Desmeules, M.

- Linguistic Minorities in Canada and Health, HEALTH CARE POLICY/POLITIQUES DE SANTÉ, (2013)

Bowen, S.

- Language Barriers in Access to Health Care, HEALTH CANADA, (2001)
- The Impact of Language Barriers on Patient Safety and Quality of Care, SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS, (2015)

Consultative Committee for French-speaking Minority Communities.

- Towards a New Leadership for the Improvement of Health Services in French, (2007)

Drolet, M., et al.

- Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : Des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire!, CANADIAN SOCIAL WORK REVIEW, (2015)

Farley, R., Guillemette, R. & Rivest, F.

- L'intervention du gouvernement fédéral canadien en matière de droits linguistiques dans le secteur de la santé, HEALTH CANADA, (2015)

Forgues, É. et al.

- The Offer of Health Services in French Minority Context, CANADIAN INSTITUTE FOR RESEARCH ON LINGUISTIC MINORITIES, (2011)

Forgues, É. & Landry, R.

- L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire, CANADIAN INSTITUTE FOR RESEARCH ON LINGUISTIC MINORITIES & SOCIÉTÉ SANTÉ EN FRANÇAIS, (2014)

Giguère, L. & Conway, B.

- Le potentiel d'offre et de demande de services médicaux dans la langue de communautés minoritaires : où se situe le français en Colombie-Britannique?, (2014)

RésoSanté.

- Consultation publique sur l'accès aux services de santé en français, (2016)
- Enquête sommaire sur la santé des francophones de Colombie-Britannique, (2016)

Statistics Canada.

- Health care professionals and official-language minorities in Canada, 2001 AND 2011, (2017)

Traisnel, C. & Forgues, É.

- La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux, FRANCOPHONIES D'AMÉRIQUE, No 28, (2009)

APPENDICES

2016

French speakers (whose mother tongue is French) = 57,425 + 10,065 + 2,100 + 2,115 = 71,705 (1.56%)

French speakers (whose mother tongue is English) = 1,070 + 1,725 + 35 + 425 = 3,255

French speakers (whose mother tongue is neither French nor English) = 870 + 330 + 355 + 1,200 + 20 + 60 + 10 + 530 = 3,375

The TOTAL number of Francophones in BC = 78,335

Of whom 26,670 speak French at home on a regular basis.

Source: Statistics Canada, 2016 Census of Population, Statistics Canada Catalogue No. 98-400-X2016068.

British Columbia / Colombie-Britannique										
Data quality										
Language spoken most often at home (16)										
Mother tongue (16)	Total - Language spoken most often at home	English	French	Non-official language	Aboriginal	Non-Aboriginal	English and French	English and non-official language	French and non-official language	English, French and non-official language
Total - Mother tongue	4,598,410	3,631,708	16,795	717,360	1,540	715,815	6,160	222,670	690	3,085
English	3,170,110	3,125,095	1,070	19,445	345	19,075	1,725	22,300	35	425
French	57,425	40,045	14,220	355	0	360	2,440	195	05	145
Non-official language	1,257,465	421,615	870	686,325	1,195	685,220	330	156,775	355	1,200
Aboriginal	6,430	6,735	0	1,115	1,190	15	0	580	0	0
Non-Aboriginal	1,250,030	414,875	870	685,205	5	685,200	330	156,195	355	1,200
English and French	10,065	7,945	400	100	0	95	1,420	110	5	95
English and non-official language	89,140	35,225	20	10,615	85	10,525	60	42,690	10	530
French and non-official language	2,100	905	175	320	0	315	65	235	190	225
English, French and non-official language	2,115	905	45	225	0	225	95	375	10	480

2011

French speakers (whose mother tongue is French) = 57,280 + 8,600 + 3,350 + 1,535 = 70,765

French speakers (whose mother tongue is English) = 1,730 + 1,100 + 50 + 300 = 3,180

French speakers (whose mother tongue is neither French nor English) = 885 + 295 + 530 + 905 + 35 + 55 + 45 + 295 = 3,045

The TOTAL number of Francophones in BC = 76,990

British Columbia / Colombie-Britannique									
Langue maternelle (8)									
Langue parlée le plus souvent à la maison (8)	Total - Langue maternelle	Anglais	Français	Langue non officielle	Anglais et français	Anglais et langue non officielle	Français et langue non officielle	Anglais, français et langue non officielle	
Total - Langue parlée le plus souvent à la maison	4 396 295	3 062 433	57 280	1 154 220	8 600	68 800	3 350	1 535	
Anglais	3 508 650	3 025 585	41 120	408 785	6 910	29 675	1 790	750	
Français	16 685	1 730	13 515	885	310	35	185	20	
Langue non officielle	670 120	18 685	380	641 130	120	9 100	550	135	
Anglais et français	4 700	1 103	1 985	295	1 130	55	70	60	
Anglais et langue non officielle	155 085	15 005	120	109 885	70	29 590	320	275	
Français et langue non officielle	930	53	25	630	10	45	230	10	
Anglais, français et langue non officielle	2 130	303	100	600	80	295	250	270	

Source : 98-314-X2011028, Canada, Provinces, Territories, Census Divisions and Census Subdivisions



Retrouvez votre santé en français sur :



www.resosante.ca