GReFoPSS Groupe de recherche sur la formation et les pratiques en santé et service social en contexte francophone minoritaire

Les trajectoires d'aînés dans le contexte de l'accès à des services sociaux et de santé en français dans la région d'Ottawa

Rapport de recherche

préparé par

Lucy-Ann Kubina, Jacinthe Savard, Marie Drolet, Sébastien Savard et Josée Benoit

21 décembre 2018

Table des matières

Remerciements 3
Résumé 4
Summary 4
Avant-propos 5
Problématique 6
Le contexte des services en français en Ontario 6
Recherche antérieure 6
Objectifs de l'étude 8
Méthodologie 9
Recrutement et collecte de données 9
Analyse des données 9
Résultats 10
Description des participants 10
Identité sociolinguistique et langue de service préférée 10
Les trajectoires de services 11
Les éléments structurels dans l'accès aux services sociaux et de santé en français 15
La continuité des services sociaux et de santé en français 15
Discussion 17
Conclusion 19
Références 20
Annexe 1 22
Annexe 2 23
Annexe 3 25
Annexe 4 26

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude et de partager leurs perspectives avec nous.

Nous reconnaissons aussi l'apport des cochercheurs du projet plus large duquel est issu ce rapport. Leur contribution à la définition des questions de recherche et des outils de collecte de données est importante. Merci à Daphné Ducharme, Josée Lagacé, Sylvie Lauzon, Pascal Lefebvre et Patricia Roberts.

Nous remercions sincèrement le CNFS[1] national pour leur soutien financier, sans lequel cette recherche ne se serait pas réalisée.

[1] Le CNFS (Consortium national de formation en santé) est financé par Santé Canada dans le cadre de la *Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013* et de la *Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018 :* éducation, immigration, communautés.
Les vues exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de Santé Canada.

Résumé

Bien que l'accès aux services en français en Ontario soit balisé par la *Loi sur les services en français de 1986*, il existe d'importants obstacles d'accès aux services sociaux et de santé en français**.** Une exploration des trajectoires d'accès à et de continuité de ces services vécus par neuf dyades d'aînés francophones et leurs proches vivant dans la région d'Ottawa au cours de deux ans nous a permis de cibler les éléments structurels qui agissent comme facilitateurs ou barrières à cet accès. Ce présent rapport contient un résumé des objectifs et de la méthodologie, puis il présente les résultats des trajectoires des participants, indiquant les instances de rupture d'accès et de continuité aux services en français vécus par ces derniers. La connaissance des barrières à l'accès et à la continuité des services en français est un premier pas vers l'amélioration des services linguistiquement adaptés pour les communautés francophones en situation minoritaire.

Summary

Despite the guarantee of Franco-Ontarians' access to services in French under the provisions of Ontario's 1986 *French Language Services Act*, significant barriers continue to impede this population's access to French language social and health services. Over a two-year period, we explored, through qualitative interviews, the social and health service trajectories of nine Francophone senior-caregiver dyads living in the Ottawa region. This enabled us to identify the structural elements that either enabled or impeded access to French Language services. This report presents a summary of the research's objectives, methodology, and findings from participants' trajectories including instances of breakdowns in access and continuity of French-language services. Knowledge of barriers to French language access and continuity is a first step toward improving linguistically adapted services for these communities.

Avant-propos

Cette recherche a ciblé la trajectoire d'accès aux services sociaux et de santé en français de personnes aînées francophones vivant avec problèmes de santé chronique et de leurs proches. D'autres analyses des données issues de cette recherche ciblant plus spécifiquement les expériences d'accès, les facteurs de réussite et les barrières à l'obtention de services ont été publiées ailleurs (Drolet et coll., 2015, 2017).

Les définitions suivantes ont été utilisées au cours de cette recherche et dans ce rapport.

Personne aidante

La personne de l'entourage de la personne aîné francophone qui l'accompagne de façon informelle et non rémunérée lors de son cheminement à travers les services sociaux et de santé, et souvent, lui procure aussi de l'aide au quotidien.

Dyade

Un ensemble composé d'une personne aînée et de la personne aidante.

Francophone

Une personne dont le français est la première langue officielle canadienne apprise et encore comprise (Chomienne et coll., 2010).

Maladie chronique

Une maladie de longue durée pour laquelle la progression ou les symptômes peuvent être contrôlés grâce à un suivi régulier avec des professionnels de la santé et qui implique souvent un changement significatif dans les habitudes de vie (Cazale et Dumitru, 2008).

Couple ou dyade endogame

Couple ou dyade dont les deux membres sont francophones.

Couple ou dyade exogame

Couple ou dyade dont un membre est francophone et l'autre est anglophone.

Problématique

Le contexte des services en français en Ontario

En Ontario, la *Loi sur les services en français* de 1986 (Commissariat aux services en français, 2009) garantit au public le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario qui sont situés dans 26 régions désignées.

Toutefois, les organismes paragouvernementaux, financés en partie par les fonds publics, tels que les hôpitaux et les centres de soins de longue durée pour personnes âgées, ne sont pas automatiquement assujettis à la *Loi sur les services en français* ; ils peuvent volontairement demander une désignation. Cette désignation peut être complète ou partielle (c.-à-d. qu'elle concerne seulement certains services ou programmes offerts par l'organisme).

Par ailleurs, dans certaines circonstances, des établissements peuvent être fortement incités à demander cette désignation par le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) et l'Entité de planification des services de santé en français de leur région. Les entités de planification des services de santé en français ont pour mandat de conseiller les RLISS quant à l'organisation des services en français dans leur région (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2016), tandis que les RLISS ont le mandat d'améliorer la coordination et la concertation au sein du système de santé ontarien. Pour ce faire, ils ont le pouvoir de distribuer la majorité des ressources sur leur territoire à l'exception des médecins, ces derniers étant régis par l'Assurance maladie de l'Ontario.

Les services de santé dont il est question incluent aussi certains organismes du domaine social, comme les services de soutien communautaire. Par exemple, le RLISS de Champlain (l'Est ontarien incluant la région d'Ottawa) a la responsabilité de planifier, de coordonner et de financer les services dans les secteurs suivants : les hôpitaux ; les centres d'accès aux soins communautaires (soins à domicile) ; les services de soutien communautaire (par ex. les popotes roulantes) ; les centres de santé communautaire ; les centres ou maisons de soins de longue durée (Réseau local d'intégration des services de santé, 2014).

Recherche antérieure

Notre recherche antérieure sur les besoins et les pratiques sociales et de santé auprès des enfants, des jeunes et des aînés francophones en situation minoritaire dégage plusieurs constats : tous les intervenants des domaines des services sociaux ou de la santé rencontrent des défis majeurs à offrir des services en français de qualité à leurs clients et leur famille. Ils déploient des stratégies de débrouillardise et développent un réseautage informel avec des alliés parlant français pour contourner et dépasser ces barrières (Drolet et coll., 2014 ; Savard et coll., 2013).

Malgré tous les efforts déployés, trop souvent, la responsabilité d'offrir des services en français ou de les demander est dévolue aux individus et des barrières subsistent.

Ces articles antérieurs (Drolet et coll., 2014 ; Savard et coll., 2013) présentent les résultats d'une recherche qualitative sur la collaboration et le partenariat entre les professionnels des services sociaux et de la santé qui interviennent auprès de francophones vivant en situation minoritaire en Ontario. L'étude met en lumière, à partir de l'information recueillie auprès de 43 professionnels rencontrés dans huit groupes de discussion, le contexte qui caractérise leur pratique, les défis qu'ils rencontrent dans leur tentative de créer des liens de collaboration avec d'autres professionnels qui œuvrent auprès des communautés francophones en situation minoritaire, ainsi que les facteurs qui facilitent l'établissement de partenariats entre les différents intervenants qui répondent aux besoins de cette population. Les résultats font ressortir que le sentiment d'appartenance, la confiance et l'engagement des professionnels envers la communauté francophone, de même que les valeurs de réciprocité et de solidarité qui les habitent sont des éléments qui favorisent le développement du capital social de la communauté des intervenants. Cependant, l'insuffisance de mécanismes permettant la consolidation et la pérennisation des relations de collaboration constitue un facteur qui limite la capacité de bonifier le capital social des professionnels de la santé et des services sociaux francophones et bilingues.

Après ce premier tour d'horizon avec les intervenants travaillant auprès de ces populations, il nous apparut opportun de sonder le point de vue des personnes aînées francophones de la région d'Ottawa vivant avec des maladies chroniques ainsi que leurs proches quant à leur trajectoire d'accès aux services sociaux et de santé en français. Cette présente étude a mis l'accent sur une meilleure compréhension des éléments contribuant à la continuité et aux bris dans la continuité de services en français afin d'éclairer des pistes de solutions et ressortir les dimensions de l'intervention sur lesquelles agir pour améliorer cet accès.

Pour l'étude décrite dans ce rapport, nous avons choisi plus spécifiquement les individus qui présentaient des maladies pouvant entraîner des difficultés de communication. Nous avons retenu ces types de difficultés parce que nous croyons que leur besoin d'accéder à des services dans la langue qu'ils maîtrisent le mieux est encore plus grand pour ces personnes que pour la population en générale (Madoc-Jones, 2004). Par ailleurs, le contexte linguistique minoritaire dans lequel ils vivent complexifie leur accès à des services sociaux et de santé de qualité dans leur langue, ce qui s'avère un risque à leur sécurité. Pour les personnes en situation de maladie chronique, notamment, la communication verbale est à la base même de l'intervention professionnelle et du suivi. L'Institut canadien d'information sur la santé (2011) insiste sur la qualité de la communication entre les professionnels des services sociaux et de santé et les usagers, et ce, pour favoriser l'appropriation de leur santé, leur autogestion et le maintien d'une bonne santé physique et mentale le plus longtemps possible. L'étude qualitative de Bouchard et collègues (2012) menée auprès de 25 personnes aînées ayant des maladies chroniques et venant

de trois régions de l'Ontario souligne l'importance de communiquer ses besoins de santé dans sa langue maternelle, pour ainsi établir une relation de confiance avec le professionnel de la santé et de comprendre le langage médical.

Objectifs de l'étude

Fondé sur une approche interdisciplinaire et de collaboration régionale, le projet a débuté en 2011 par une première recherche cernant l'accès à des services sociaux et de santé en français en milieux minoritaires francophones pour les enfants et les jeunes d'âge scolaire, ainsi que les personnes aînées présentant des maladies chroniques incluant souvent des difficultés de communication. Les objectifs visaient la description des expériences d'accès aux services en français, la documentation des trajectoires d'accès, des facteurs de réussite et des barrières à l'obtention de services.

En 2013, une deuxième subvention a permis d'approfondir les trajectoires de services sociaux et de santé en français de ces deux groupes de participants afin de mieux saisir les enjeux auxquels ils font face au cours de leur trajectoire et les solutions qu'ils adoptent pour les contourner. Les objectifs étaient d'étayer en profondeur la documentation des trajectoires, suivi d'une description des expériences personnelles des participants, et d'approfondir la compréhension des défis et des conditions favorables liés aux caractéristiques des participants, de leurs proches, des professionnels des services sociaux et de santé et de leur pratique, ainsi que des organisations, à l'obtention de services en français pour ces participants, ainsi que les stratégies qu'ils ou leurs proches ont utilisés pour dépasser les défis et tirer profit des conditions favorables.

Les données de cette étude ont été analysées sous divers angles, donnant lieu à des publications. Le premier article a décrit principalement les facteurs de réussite ainsi que les stratégies gagnantes d'accès aux services en français pour les parents d'enfants et les proches d'aînés francophones (Drolet et coll., 2015). Un second texte a décrit les déclencheurs de demandes de services, l'importance des personnes pivots et l'influence des structures encadrant les systèmes des services sociaux et de santé pour faciliter ou restreindre l'accès aux services en français pour les parents d'enfants et les proches d'aînés francophones (Drolet et coll., 2017). Un troisième article (Savard et coll., 2019) combine les données concernant les personnes aînées provenant de cette étude à celles recueillies dans une étude subséquente sur la continuité des services en français pour les personnes aînées des communautés francophones en situation minoritaire (Kubina et coll., 2018) afin de faire ressortir les éléments structurels sur lesquels les politiques sociales et de santé devraient se concentrer pour diminuer certaines barrières à l'accès aux services en français pour cette population. Enfin, ce rapport présente une documentation en profondeur de neuf trajectoires d'accès aux services sociaux et de santé de personnes aînées

francophones et leurs proches, documentation qui a servi de matériel primaire pour l'analyse des éléments structurels rapportés dans deux publications (Drolet et coll., 2017 ; Savard et coll., 2018).

Méthodologie

Recrutement et collecte de données

À la suite de l'obtention de l'approbation déontologique de l'Université d'Ottawa, 16 aidants et/ou aînés (65 ans ou plus) vivant avec des maladies chroniques ont été recrutés avec la participation de centres ou cliniques de services sociaux et de santé de la région d'Ottawa entre l'été 2012 et le printemps 2014. Tous les participants ont reçu une information complète sur l'étude et ont consenti à y participer.

Les données ont été recueillies par des entrevues en profondeur semi-dirigées (Siedman, 2006) coordonnées par une associée de recherche et réalisées par une assistante de recherche. D'une longueur de 60 à 90 minutes chacune, elles ont eu lieu à domicile ou dans un bureau de l'université, selon la préférence du participant. Quelques données sociodémographiques ont été recueillies avant l'entretien ainsi que des données sur leur niveau d'habileté en français et en anglais. Ces grilles peuvent être consultées à l'annexe 1 (p. 21) et 2 (p. 22), respectivement. Une grille d'entretien préparée par l'équipe de recherche portait sur l'environnement familial et communautaire, les motifs qui ont conduit le proche aidant à vouloir obtenir des services sociaux ou de santé pour l'aîné, leur utilisation de ces services, les interventions dont ils ont bénéficié, les réussites et les difficultés rencontrées, ainsi que leur expérience de la langue des services. Cette grille peut être consultée à l'annexe 3 (p. 24).

Un sous-groupe composé de neuf aidants ou dyades aidants-aînés a été rencontré pour une deuxième entrevue, afin de mieux comprendre et valider les éléments structurels de leurs trajectoires d'utilisation des services sociaux et de santé. Lors de celle-ci, un diagramme représentant leur trajectoire telle que l'avait comprise l'équipe de recherche leur a été présenté. Ce diagramme a été discuté pour valider son exactitude et pour fournir une occasion d'ajouter des précisions ou de nouveaux renseignements. Des questions additionnelles sur l'importance pour les participants de recevoir des services en français et les raisons des ruptures de services constatées dans leur trajectoire ont été ajoutées. Ces questions peuvent être consultées à l'annexe 4 (p. 25).

Analyse des données

Les entrevues étaient enregistrées sur bande audio, puis retranscrites de façon intégrale. De ces transcriptions, une représentation visuelle de la trajectoire d'utilisation de services sociaux et de santé publics et privés, ainsi que de services communautaires fournis par des organismes à but

non lucratif, fut créé par l'équipe de recherche pour chaque dyade. Les services demandés et reçus y ont été placés en ordre chronologique, en y indiquant la langue dans laquelle ils avaient été reçus. L'identité linguistique des participants (par ex., francophone ou bilingue) et leur aise en anglais tel que reporté par les participants sont indiquées au début de chaque trajectoire.

Après la validation par les participants des éléments de la trajectoire, l'équipe s'est penchée sur une analyse plus poussée de celles-ci. Le type d'établissement ou organisme duquel chaque service a été reçu a été noté, ainsi que son statut en vertu de la *Loi sur les services de santé en français* (Commissariat aux services en français, 2009) (établissement désigné, partiellement désigné ou non désigné). Les modes d'accès au service (référence d'un professionnel, démarche personnelle de l'aîné ou de son aidant, etc.) ont été indiqués, ainsi que la langue de service et les instances de ruptures de services en français comme les délais ou attentes. Cette analyse a permis de dégager des moments de ruptures et de continuité dans les trajectoires de services.

Résultats

Description des participants

À une seule exception près, la personne aînée et sa personne aidante vivaient ensemble. La majorité des participants résidaient dans le secteur est de la ville, les autres dans le secteur sud ou sud-est. Une aînée demeurait dans le secteur ouest. Les aînés présentaient de la démence (n=4); des séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC) (n=4); ou la maladie de Parkinson (n=1). L'âge des participants à la première entrevue variait de 51 à 94 ans (aînés 60 à 94 ; proches 51 à 81).

Tableau 1. Données sociodémographiques

Données sociodémographiques des dyades			
Participants (dyades)	**Âge de la personne aînée**	**Âge du proche**	**Lieu de résidence par secteur d'Ottawa**
RO-1	94	63	Est (Proche); Ouest (Aînée)
RO-2	75	51	Est
RO-4	78	80	Est
RO-7	63	67	Sud
RO-8	60	n/d	Est
RO-9	85	52	Est
RO-10	67	68	Est
RO-12	89	81	Sud
RO-13	70	72	Sud

Identité sociolinguistique et langue de service préférée

Les participants ont une identité sociolinguistique hétérogène, et ce, même dans les dyades endogames (par ex., aîné francophone bilingue et proche franco-ontarienne). Certains des participants ont grandi dans les deux langues, soit dans leur milieu de vie ou au travail, et ont une certaine aise en anglais (voir tableau 2 à la page suivante). Cependant, même la plupart de ceux qui maîtrisent bien l'anglais préfèrent parler de leur état de santé et recevoir les services en français.

Les trajectoires de services

Plusieurs des participants ont eu accès à des services en français au cours de leur trajectoire de services. Cependant, l'organisation des services aux aînés n'étant pas conçue sur une base linguistique, il n'y a pas toujours une préoccupation d'aiguiller les personnes francophones vers des services dans leur langue. La trajectoire visuelle ainsi que le narratif de cheminement dans les services sociaux et de santé de chaque dyade peut être consultée aux liens suivants :

1. Trajectoire R-01
2. Trajectoire R-02
3. Trajectoire R-04
4. Trajectoire R-07
5. Trajectoire R-08
6. Trajectoire R-09
7. Trajectoire R-10
8. Trajectoire R-12
9. Trajectoire R-13

Tableau 2. Identité sociolinguistique, aise en anglais et langue de service préférée des participants

Identifiant	Aînés			Proches			Aînés	Proches
	Identité sociolinguistique	**Habileté en français (Score total sur 28)****	**Habileté en anglais (Score total sur 28)****	**Identité sociolinguistique**	**Habileté en français (Score total sur 28)****	**Habileté en anglais (Score total sur 28)****	**Langue de service préférée**	
RO-1	Francophone	n/d	n/d	Francophone	n/d	n/d	Français	Français
RO-2	Francophone bilingue	24*	24*	Anglophone	23	28	Français et anglais	Anglais
RO-4	Canadien bilingue	17	17	Canadienne française	27	25	Français	Français
RO-7	Anglophone bilingue	9*	11*	Francophone	28	28	Anglais	Français
RO-8	Francophone	22	10*	n/d	n/d	n/d	Français	n/d
RO-9	Francophone bilingue	17*	17*	Franco-ontarienne	28	28	Français	Français
RO-10	Francophone	17	28	Francophone	28	28	Anglais	Français
RO-12	Francophone	15*	12*	Canadienne-française	28	11	Français	Français
RO-13	Francophone	23	18	Francophone	23	7	Français	Français

* Diminué depuis la maladie, selon l'aîné(e) ou le ou la proche.

** Scores obtenus en additionnant l'ensemble des réponses au Questionnaire sur le bilinguisme (annexe 2), de façon distincte pour chaque langue et chaque personne.

De ces trajectoires, on observe des situations de continuité, des points de rupture dus au manque de services en général et des points de rupture dans les services en français. Les principales situations de continuité de services en français ont eu lieu lorsqu'ils étaient fournis par un établissement désigné (par ex., soins aigus ou de réadaptation), ou intégrés à un même établissement désigné (par ex., soins de santé primaires, cliniques spécialisées) ou lorsqu'il y avait présence d'un nombre important de personnel francophone (par ex., soins communautaires publics). Outre les établissements désignés ou partiellement désignés, les participants ont été dirigés vers certains organismes privés ou à but non lucratif (par ex., clinique universitaire ou association de soutien communautaire pour les gens qui ont des troubles de mémoire et leurs proches) ; pour plusieurs, cet aiguillage s'est fait par des intervenants sensibilisés à l'importance de la dimension linguistique. La continuité a aussi eu lieu lorsque les aînés et/ou leurs proches ont demandé d'avoir leurs services en français. Pour ceux-ci, l'importance des services en français semble être non seulement une valeur forte, mais une composante de leur identité personnelle. Ayant les capacités de faire les démarches nécessaires pour soutenir leur demande, ils ont fait preuve de persistance jusqu'à l'obtention de ces services. De plus, pour les personnes qui avaient une connaissance du système de santé et des services sociaux, la capacité de mobiliser cette connaissance facilitait l'accès aux services désirés.

Les principaux points de rupture ont eu lieu : 1) lors de l'accès aux spécialistes, qui semble dû au manque de spécialistes dans la région pouvant offrir des services en français ; 2) dans les établissements partiellement désignés lorsque les programmes comme les soins aigus ou les services de réadaptation ne sont pas offerts en français ; et 3) dans les soins communautaires publics qui sont coordonnés par une agence partiellement désignée. De plus, les soins et services à domicile ne sont pas offerts de façon constante en français dans tous les secteurs de la région. L'animation en anglais des séances de soutien pour les gens ayant vécu un AVC et leurs proches par l'organisme communautaire à but non lucratif est aussi un point de rupture nommé par les participants. Néanmoins, la présence de membres francophones leur facilite le réseautage et le partage d'information au sujet des ressources communautaires en français. Au secteur privé, il y a un manque de disponibilité d'intervenants pouvant offrir des services en français (par ex., physiothérapie privée).

Tableau 2. Points de continuité et de rupture dans les services en français

<table>
<tr><th>Points de continuité</th><th>Facteurs de succès</th><th>Points de rupture</th><th>Objet de la rupture</th></tr>
<tr><td>Soins de santé primaires en français</td><td rowspan="3">Services intégrés à un même établissement désigné ou présence de personnel francophone.</td><td>Spécialistes anglophones</td><td>Manque de disponibilité de spécialistes pouvant offrir des services en français.</td></tr>
<tr><td>Cliniques spécialisées, ex., gériatrie, diabète</td><td>Soins aigus</td><td rowspan="3">Établissements partiellement désignés</td></tr>
<tr><td>Soins communautaires publics</td><td rowspan="2">Services de réadaptation</td></tr>
<tr><td>Soins aigus</td><td rowspan="2">Établissements désignés</td></tr>
<tr><td>Réadaptation interne</td></tr>
<tr><td>Clinique universitaire</td><td rowspan="3">Services disponibles en français ; aiguillage et outillage des aidants et aînés.</td><td>Soins communautaires publics</td><td>Agence partiellement désignée. Les soins professionnels communautaires en français ne sont pas garantis dans tous les secteurs de la région.</td></tr>
<tr><td>Association de soutien communautaire (démence)</td><td>Association de soutien communautaire (AVC)</td><td>Animation en anglais
• La présence de membres francophones favorise le réseautage et l’accès aux ressources en français.</td></tr>
<tr><td>Aînés et/ou proche aidants demandent des services en français</td><td>Valeur forte ; identité personnelle ; capacité de faire des démarches ; persistance ; connaissances.</td><td>Physiothérapie privée</td><td>Au secteur privé, manque de disponibilité d’intervenants pouvant offrir des services en français.</td></tr>
<tr><td>Intervenants qui poussent pour que l’aîné ait accès à des services en français</td><td>Sensibilisation des intervenants ; offre active ; initiative et persistance.</td><td>Foyers de soins de longue durée</td><td>Les foyers francophones sont peu nombreux ce qui occasionne de longues attentes pour y être admis.</td></tr>
</table>

Les éléments structurels dans l'accès aux services sociaux et de santé en français

L'analyse plus en détail de ces trajectoires de services révèle certains éléments individuels et des éléments structurels importants dans l'accès aux services sociaux et de santé en français. Certains usagers de services ou leurs proches accordent plus d'importance que d'autres au fait d'obtenir ces services dans leur langue. Cette demande claire facilite généralement une certaine continuité dans l'accès aux services en français, sans toutefois la garantir. L'accès aux services en français est aussi modulé par la disponibilité de ces services, comme nous le verrons plus loin.

Nous pouvons constater certains effets du cadre législatif de l'offre de services en français en Ontario. Dans les neuf trajectoires analysées en détail, les services reçus d'établissements désignés ont, à une exception près, toujours été disponibles en français. Cependant, dans les établissements partiellement désignés, les participants ont presque toujours vécu certaines ruptures dans l'offre de services en français, soit que ces services étaient disponibles en français à certaines heures ou journées et pas à d'autres, soit que certains services étaient offerts en français et pas d'autres.

Le choix de s'adresser à un établissement désigné pour obtenir ses services ne relève pas toujours de la volonté de la personne ou de l'intervenant qui le conseille. Certains services ne sont pas disponibles dans les établissements désignés. Par exemple, lors de son AVC, RO-8[2] s'est rendue à l'hôpital communautaire désigné en vertu de la *Loi sur les services en français*. Puisque les traitements requis pour un AVC hémorragique n'y étaient pas disponibles, elle a été transférée à un hôpital universitaire partiellement désigné dans lequel les services de neurologie ne semblaient pas faire partie des services offerts en français, ce qui a teinté l'expérience de cette personne : « J'ai pas aimé ça, j'ai pas aimé ça, cet hôpital-là (hôpital avec services en neurologie). C'était tout en anglais. » (RO-8). Du côté des soins communautaires publics, l'agence qui les coordonne est partiellement désignée ; les soins professionnels communautaires en français ne sont pas toujours offerts dans tous les secteurs de la région. De plus, plusieurs agences sous-traitantes offrant certains soins à domicile ne sont pas désignées selon la *Loi sur les services en français*.

Par ailleurs, le système public des services sociaux et de santé semble manquer de ressources pour répondre aux multiples besoins de la population, et ce, peu importe la langue de l'offre de services. Dans ce contexte, plusieurs personnes n'ont pas reçu l'ensemble des services jugés nécessaires selon leur état de santé, mais plutôt le maximum disponible selon des règles dictées par les contraintes budgétaires. C'est ainsi que les personnes les plus proactives pour demander et justifier leur besoin de services ont semblé mieux réussir à obtenir les services dont elles avaient besoin. Le manque encore plus spécifique de ressources humaines pouvant offrir des services en français est vécu par un manque de continuité dans les services offerts en français à

[2] Anciennement B008.De nouveaux identifiants ont été créés pour remplacer tous les identifiants originaux.

certains moments donnés (par ex. les fins de semaine ou pendant les vacances), par un accès plus rare à des spécialistes parlant la langue française ou par une obligation de s'adresser à un professionnel ne parlant pas sa langue si l'on souhaite une seconde opinion.

Lorsque la limite des services publics est atteinte, plusieurs personnes se tournent vers des services privés ou des organismes communautaires pour combler leurs besoins. La recherche de fournisseurs de services en français s'est souvent révélée difficile, soit que les services n'étaient pas disponibles en français, soit que l'attente était plus longue. Certaines personnes ont alors accepté des services dans la langue de la majorité (par ex., aide privée la nuit (RO-1), physiothérapeute en privé (RO-8) ; services de répit en hébergement (RO-12)). Par ailleurs, on note que les groupes de soutien communautaires sont aussi des lieux de réseautage ; même lorsque leurs activités se déroulent en anglais, les participants francophones peuvent y trouver une occasion d'échanger entre eux sur les services disponibles dans leur langue.

En résumé, certains éléments individuels et structurels semblent faciliter l'accès à des services en français, soit l'importance accordée à la langue des services par le participant ou les intervenants qu'il rencontre, la fréquentation d'un établissement entièrement désigné en vertu de la *Loi sur les services en français* et le réseautage entre personnes du groupe minoritaire qui favorise la connaissance des ressources existantes en français.

La continuité des services sociaux et de santé en français

Nous apercevons, dans certaines trajectoires, quelques aspects d'intégration linguistique[3] de services sociaux et de santé : Par exemple, la coordination entre les services publics et privés, lorsque le médecin de famille, en plus de prescrire de l'insuline pour l'aînée, fait une référence à la clinique de diabète de l'établissement désigné pour qu'elle s'occupe de former le personnel de l'agence privée à administrer l'insuline par injection à la personne aînée (RO-1). D'autres exemples de coordination de services respectant les besoins linguistiques de la personne aînée figurent dans les trajectoires (RO-10, RO-12, RO-13). Cependant, les cas RO-7 et RO-8 semblent illustrer les manques de continuité. Il en résulte que les aînés eux-mêmes ou leurs proches ont eu à chercher les services dont ils avaient besoin, et ce, en français.

[3] Bien qu'il n'existe pas de définition unique d'intégration des services sociaux et de santé, ce concept vise à mettre la personne et ses proches au cœur du système de santé et de services sociaux (Tremblay, Angus et Hubert, 2012). Selon Tremblay et coll., il importe de tenir compte de la dimension linguistique au long du continuum de services sociaux et de santé.

Discussion

Dans ce rapport, nous avons cherché à faire ressortir les éléments structurels des trajectoires de services sociaux et de santé des personnes aînés francophones qui agissent comme facilitateurs ou barrières à l'accès aux services en français pour les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM).

La première chose que l'on remarque lors de l'analyse des trajectoires est la complexité de l'offre de services dans la langue de la personne, lorsque l'on tente de répondre à la fois au besoin de l'aîné et de son aidant. Souvent, dans les dyades exogames, ou lorsque l'aidant est une personne plus éloignée (par ex. : belle-fille), les habiletés langagières des deux membres de la dyade diffèrent. Les intervenants doivent faire preuve d'une capacité d'adaptation constante pour répondre aux besoins de chacun d'eux, la priorité demeurant la personne concernée.

Les résultats démontrent aussi une certaine disparité dans la possibilité d'accéder à des services en français selon les diverses régions du territoire du RLISS de Champlain. Il est plus facile d'accéder à ces services dans l'est de la ville d'Ottawa que dans l'ouest, ce qui reflète la plus forte densité de francophones à l'est de la ville. Néanmoins, les besoins de services linguistiquement adaptés des aînés de l'ouest de la ville sont aussi réels malgré leur plus faible concentration.

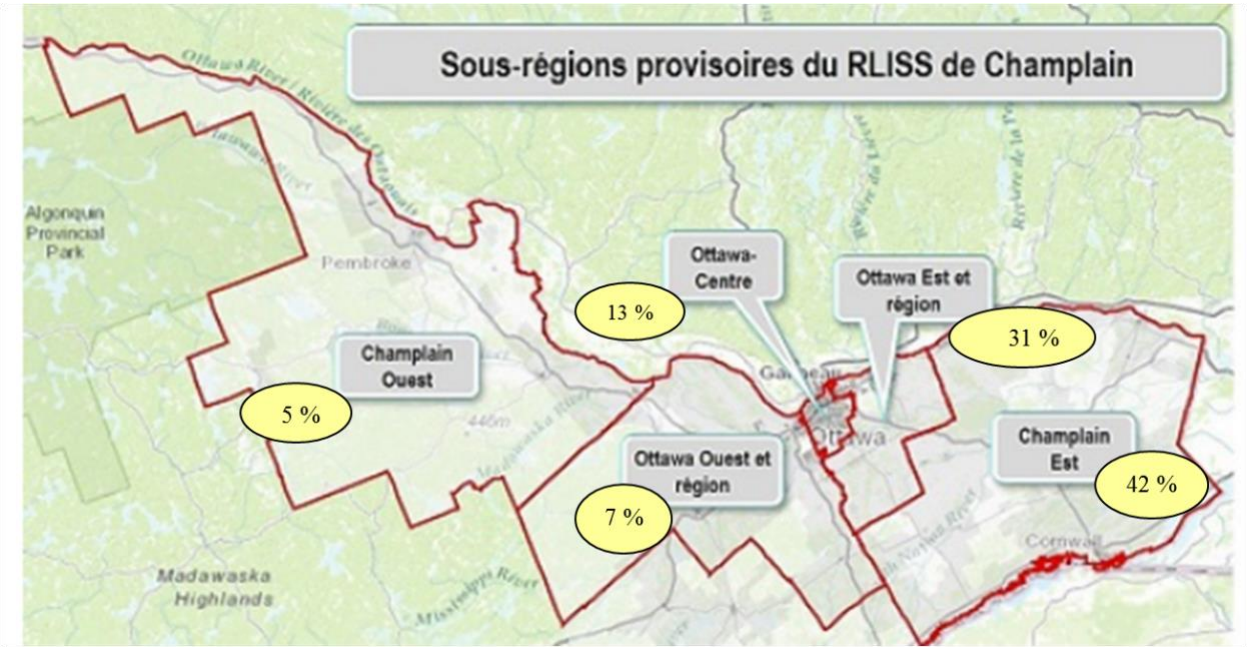

Figure 1 : Pourcentage de personnes ayant le français comme langue maternelle dans les 5 sous-régions du RLISS de Champlain.
Données tirées de « Renseignements par sous-région », consulté le *6* octobre 2016, à : http://www.champlainlhin.on.ca/GoalsandAchievements/OurStratPlan/SubRegions.aspx?sc_Lang=fr-CA

De plus, les résultats ont nettement démontré les bienfaits, mais aussi les limites de la désignation d'établissements offrant des services en français, selon la *Loi sur les services en français* de l'Ontario (1986), d'une manière qui est complémentaire aux constats du Commissariat aux services en français de l'Ontario (2018). Ainsi, dans la région d'Ottawa, il semble que dans les établissements entièrement désignés, il se pratique une offre active de services en français, alors que dans les établissements partiellement désignés, cette offre active n'est pas systématique. Si la liste des établissements partiellement désignés est publique, au moment de l'étude, elle n'indiquait pas quels services ou programmes de ces établissements sont désignés et lesquels ne le sont pas. Ainsi, nous ne pouvons pas savoir si le manque d'accès à des services en français dans ces établissements était dû à la non-désignation du programme en question ou à une mauvaise mise en œuvre de cette désignation. Il est possible que la désignation partielle ne soit pas suffisante pour créer une culture organisationnelle stimulant l'offre active, tant dans les programmes désignés que par les intervenants bilingues des autres programmes. Le rôle de la culture organisationnelle et du soutien organisationnel pour valoriser les comportements individuels d'offre active a déjà été démontré (Savard et coll., 2017 ; Vézina, 2017). Dans ces établissements, il semble que l'offre active de services en français demeure tributaire de la bonne volonté des intervenants en place, comme il avait été démontré dans nos recherches antérieures (Drolet et coll., 2014).

L'analyse de la continuité de l'accès à des services en français démontre une meilleure intégration des services pour les personnes qui présentent une démence que pour les aînés qui présentent d'autres conditions. La présence de la Clinique psychogériatrique au sein de Soins Continus Bruyère, un organisme entièrement désigné, peut contribuer à ce constat. Ceci pourrait aussi découler du fait que le programme Premier lien^{MD} est intégré aux cliniques de mémoire en contexte de soins primaires collaboratifs et que, grâce aux partenariats intrinsèques à ce programme, le soutien et les services dont ont besoin les personnes qui ont une démence et leurs proches sont obtenus dès que possible et maintenus au long de la progression de la condition (Alzheimer Society Ontario, 2017). De plus, les aînés francophones vivant dans le secteur Est d'Ottawa et leurs proches semblent vivre une meilleure expérience de continuité linguistique puisque presque tous les services découlant du programme Premier lien^{MD} ont été en français. C'est un exemple qui mérite d'être reproduit dans tous les secteurs de la ville et pour d'autres conditions de santé chroniques.

Cette étude présente certaines limites. En effet le petit échantillon ne représente pas la région au complet. De plus, les participants provenaient surtout de l'est de la ville, une région à forte densité de francophones où il y a plus de services en français.

Cette étude a mené au constat qu'il serait maintenant important de travailler sur l'organisation des services sociaux et de santé en français pour accroître l'accès aux services sur tout le continuum, faciliter la navigation des CFSM dans les systèmes de santé et de services sociaux, ainsi que contrer la fragmentation des interventions et l'isolement des professionnels

francophones ou bilingues. À cette fin, il serait important d'avoir la perspective des gestionnaires, des intervenants et des aînés. De plus, afin de pouvoir généraliser les résultats à l'ensemble de la région, il serait important de recruter des participants dans divers types de milieux : milieu rural et urbain, à faible et à forte densité de francophone. Ces constats nous ont mené à réaliser une étude plus poussée de l'organisation des services sociaux et de santé en français en contexte linguistique minoritaire pour identifier plus en profondeur les éléments favorisant l'accès et la continuité de ces services et émettre des recommandations. Les résultats de cette étude ont été publiés dans un autre rapport de recherche (Kubina et coll., 2018).

Conclusion

Les facteurs qui facilitent ou limitent l'accès à des services en français pour les aînés des CFSM sont nombreux. Nos premiers écrits sur le sujet (Drolet et coll., 2015 et 2017) avaient mis en lumière l'importance de facteurs individuels qui facilitait cet accès lorsque des aidants ou des intervenants proactifs ont été capables de contourner certaines barrières rencontrées.

Ce rapport, ainsi que l'article à paraître (Savard et coll., 2019), lève le voile complémentaire sur les éléments structurels qui influencent cet accès. La connaissance des barrières à l'accès et la continuité des services en français est un premier pas vers l'amélioration des services linguistiquement adaptés pour les CFSM.

Références

Alzheimer Society of Ontario. (2017). *First Link Impact Report 2017*. Toronto, Ontario. Consulté le 10 octobre 2018 à l'adresse http://alzheimer.ca/en/on/We-can-help/First-link

Bouchard, L., Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M., & Dufour, S. (2012). Les personnes âgées francophones souffrant de maladies chroniques se perçoivent-elles bien desservies par le système de santé ontarien ? *Canadian Family Physician*, *58*(12), 1325.

Cazale, L. et Dumitru, V. (2008, mars). Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Institut de la statistique du Québec. Consulté 8 janvier 2013 à l'adresse http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200803.pdf

Chomienne, M.-H., Bouchard, L., Grenier, J., Batal, M., Imbeault, P., Nzokem, A.,… Aubé, C. (2010). *Analyses secondaires de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).* Ottawa : déposé au Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.

Commissariat aux services en français. (2018). La désignation : [*Re]Vitaliser les services français*. Toronto : Commissariat aux services en français. Consulté à : https://csfontario.ca/wp-content/uploads/2018/03/OFLSC-275398-Special-Report_2018_03_06_FR-FINAL.pdf

Commissariat aux services en français. (2009). *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario* (p. 30-30). Toronto : Commissariat aux services en français. Consulté à l'adresse http://www.weebly.com/uploads/7/4/7/3/7473881/rapport-spcial-sur-la-planification-des-services-de-sant-en-franais-en-ontario_fr_final-7-mai-2009.pdf

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

Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J.,… Dubouloz, C.-J. (2014). Health Services for Linguistic Minorities in a Bilingual Setting: Challenges for Bilingual Professionals. *Qualitative Health Research*, *24*(3), 295-305. https://doi.org/10.1177/1049732314523503

Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Lagacé, J., Arcand, I., Kubina, L.-A., & Benoît, J. (2017). L'expérience des francophones dans l'Est ontarien : importance des personnes pivots (usagers et intervenants) et influence des structures encadrant le système de santé et des services sociaux, Chapitre 6. Dans M. Drolet, P. Bouchard, & J. Savard (Éd.), *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire.* (p.170 -200). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les personnes âgées et le système de santé : quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques ?* Consulté à l'adresse https://secure.https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_fr.pdf

Kubina, L.-A., Savard, J., Savard, S., & Giasson, F. (2018). *Les services sociaux et de santé pour les personnes âgées francophones de l'Est ontarien et du Manitoba : Lignes directrices pour améliorer la continuité des services en français.* Ottawa, Canada : Université d'Ottawa. Consulté à l'adresse http://www.grefops.ca/publications.html

Madoc-Jones, I. (2004). Linguistic sensitivity, indigenous peoples and the mental health system in Wales. *International Journal of Mental Health Nursing*, *13*(4), 216- 224.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2016). Les entités de planification des services de santé en français. Consulté le 21 mars 2017, à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/planning.aspx

Réseau local d'intégration des services de santé. (2014). Introduction. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Consulté le 10 octobre 2018 à l'adresse http://www.champlainlhin.on.ca/AboutUs/Intro.aspx

Savard, J., Bigney, K., Kubina, L.-A., Savard, S., & Drolet, M. (2019, à paraître). Structural Facilitators and Barriers to Access to and Continuity of French-language Health Care and Social Services in Ontario's Champlain Region. *Manuscrit soumis pour publication.*

Savard, J., Casimiro, L., Bouchard, P., & Benoît, J. (2017). Les comportements favorables à l'offre active, leurs mesures et leurs déterminants, Chapitre 12. Dans M. Drolet, P. Bouchard, & J. Savard (Éd.), *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire.* (p.303- 335). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Savard, S., Arcand, I., Drolet, M., Benoît, J., Savard, J., & Lagacé, J. (2013). Les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des francophones minoritaires : l'enjeu du capital social. *Francophonies d'Amérique*, (36), 113. https://doi.org/10.7202/1029379ar

Siedman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences.* Columbia University: Teachers College Press.

Tremblay, S., Angus, D., & Hubert, B. (2012). *Étude exploratoire en matière de services de santé intégrés pour les communautés francophones* (Rapport présenté au Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.). Ottawa, ON : PGF Consultants Inc. Consulté à l'adresse http://www.rssfe.on.ca/files/uploads/rssfefiles/etude9nov12.pdf

Vézina, S. (2017). Offre active, bilinguisme et culture organisationnelle, Chapitre 10. Dans M. Drolet, P. Bouchard, & J. Savard (Éd.), *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire.* (p.255 -277). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

Annexe 1

Données sociodémographiques
À remplir au début de l'entrevue

– Quel âge avez-vous ?

– De quel sexe êtes-vous ?

– Êtes-vous né au Canada ?

– Pour vous, à quelle communauté linguistique et/ou ethnoculturelle appartenez-vous ?

– Est-ce que quelqu'un habite avec vous ? Si oui, qui ?

– De qui est constituée le reste votre famille et où habitent-ils ?

– Est-ce que vous travaillez présentement ? Si oui, quel est votre emploi ?

– Si non, avez-vous déjà travaillé ? Quel était votre dernier emploi ?

– Quel est votre plus haut niveau de scolarité ?

– S'il y a lieu, est-ce que votre conjointe ou conjoint travaille présentement ? Quel est son emploi ?

– Si non, a-t-il ou elle déjà travaillé ? Quel était son dernier emploi ?

– Quel est le plus haut niveau de scolarité qu'il ou elle a complété ?

– Dans quelle communauté ou quel quartier habitez-vous ?

– Dans quelle section de la région demeurez-vous maintenant ?
(Ouest d'Ottawa, Sud, Centre-ville, Est, Prescott-Russell : ville, village, campagne)

Annexe 2

Questionnaire sur le bilinguisme
pour les projets de 2012 au CNFS © P.M. Roberts
Interdiction de copier et d'utiliser ce questionnaire dans un autre contexte sans l'autorisation écrite de Prof. Roberts

Lire les instructions <u>verbatim</u> :

Je vous demande d'évaluer VOTRE niveau d'habileté dans chacune des langues.
On utilise une échelle de 7 points.
Sur cette échelle, un cote de 1 veut dire « pas ou peu de connaissances; quelques mots seulement » et
7 veut dire « comme qq'un pour qui c'est la langue maternelle et qui est unilingue. Qui parle seulement cette langue ».

OU

I want you to rate your own abilities for each language. We are using a 7-point scale. On this scale, 1 means "no knowledge, or a couple of words",
and 7 means "like a native speaker who is just like you" (same age, education, occupation) but who speaks only that one language".

How would you rate your ability to (scale of 1 to 7)
Quelle serait votre capacité à (échelle de 1 à 7) :
[on met le chiffre dans la colonne qui y correspond.
Pour alléger le formulaire, les noms des langues ne sont que dans une langue].

Understand what people say in:
Comprendre ce que les gens disent en : Anglais_____Français_____Autre_____

Express your own ideas and thoughts in:
Dire ce que vous pensez, vous exprimer (en parlant) : Anglais_____Français_____Autre_____

Read (understand, speed)
Lire
(niveau pour comprendre et vitesse) : Anglais _____Français _____ Autre_____

Write (grammar, spelling, speed)
Écrire, vous exprimer par écrit
(Grammaire, orthographe, vitesse) : Anglais _____Français _____Autre_____

Instructions to read verbatim:
Now, I would like you to rate _____ abilities on the same scale.
(Insert relationship to the patient who is the topic of the interview)

Maintenant, je vous demande de juger du niveau de _____ sur ces mêmes échelles.

We are using a 7-point scale. On this scale, 1 means "no knowledge, or a couple of words".
And 7 means "like a native speaker who is like _____ (same age, education, occupation) but,
who speaks only that one language". So, someone who is just like _____ but unilingual.

OU
Je vous demande maintenant d'évaluer SON niveau dans chacune des langues. On utilise une échelle de 7 points.
Sur cette échelle, un cote de 1 veut dire « pas ou peu de connaissances; quelques mots seulement. »
Et 7 veut dire « comme qq'un qui est comme _____ (même âge, scolarité, type d'emploi [si pertinent], et pour qui c'est la langue maternelle et qui est unilingue. Comparé à quelqu'un comme _____ qui parle seulement cette langue. »

Please rate your _____'s ability to:
[fill in relation to the person receiving care]
Quelle serait la capacité de votre _____ [enfant/parent/mère, etc.] à :

How would you rate HIS/HER ability to [scale of 1 to 7]:
Quelle serait SA capacité à [échelle de 1 à 7] :
[on met le chiffre dans la colonne qui y correspond. Pour alléger le formulaire, les noms des langues ne sont que dans une langue.]

Understand what people say in:
Comprendre ce que les gens disent en : Anglais ___Français___Autre_____

Express his/her own ideas and thoughts in:
Dire ce qu'il/elle pense, s'exprimer [en parlant] : Anglais ___Français___Autre_____

Read [understand, speed]:
Lire [niveau pour comprendre et vitesse] : Anglais ___Français __ Autre_____

Write [grammar, spelling, speed]:
Écrire, s'exprimer par écrit
[Grammaire, orthographe, vitesse] : Anglais ___Français ___Autre_____

Annexe 3

Grille de première entrevue avec le proche de l'aîné

Protocole d'entrée :

- Pour faire suite au formulaire que vous venez de signer, je vais vous poser des questions sur l'état de santé et la situation de l'aîné que vous aidez, votre expérience auprès des services sociaux et de santé qu'il ou elle a reçu, ses besoins en matière de services sociaux et de santé, ceux en français.

***Mise en contexte* :**

- Racontez-moi un peu la maladie de votre proche.
- Quelle sorte de soutien reçoit votre proche ?
- Quelle sorte de soutien est-ce que vous recevez dans les soins que vous apportez à votre proche ?

***Motifs [notamment facteur déclencheur]* :**

- Comment en êtes-vous arrivé à consulter ?
- Racontez-moi ce qui est arrivé lorsque vous avez fait une première demande de service…
- Est-ce que cela s'est déroulé en français, en anglais ou dans les deux langues [spécifier ; proportion, avec qui] ? et pourquoi pensez-vous que c'était dans cette langue/ces langues ?

***Utilisation des services et trajectoire* :**

- Racontez-moi ce qui est arrivé ensuite [depuis combien de temps **(dates)**, liste d'attente **(temps)**, à quelle fréquence, combien de services avez-vous consultés et lesquels ? Est-ce suffisant ?]
- Est-ce que cela s'est fait en français, en anglais ou dans les deux langues ?
- Jusqu'à quel point est-ce important pour vous d'obtenir des services en français ? Y a-t-il des moments ou des types de services pour lesquels c'est plus important ? Pourquoi ? Et est-ce que ce besoin a été respecté ?

Pratiques :

- Qu'est-ce qu'on a fait pour votre proche ? [AVC : en aigu, en réadaptation, en communauté/Démence : au diagnostic, en communauté, en répit…]
- Est-ce que cela s'est déroulé en français, en anglais ou dans les deux langues ? et pourquoi pensez-vous que c'était dans cette langue/ces langues ?

Succès :

- Pour vous et votre proche, quels ont été les bons coups dans votre expérience avec les services sociaux et/ou de santé ?

***Difficultés* :**

- Quand vous pensez aux services que vous et votre proche avez reçus, quelles ont été les difficultés rencontrées ? Est-ce que quelque chose aurait pu améliorer la situation ?

Conclusion :

- Somme toute, avez-vous l'impression que vos besoins et ceux de votre proche ont été rencontrés ?
- En conclusion, décrivez en quelques mots votre expérience auprès des services sociaux et de santé que l'aîné dont vous vous occupez et que vous avez reçu en français, a) du point de vue de la langue des services, et b) de tout autre point de vue.

Annexe 4

Grille pour la deuxième entrevue avec le proche de l'aîné

Interprétation des trajectoires :

- L'intervieweur présente le schéma de la trajectoire faite par les chercheurs à partir de la 1ère entrevue, et ce, pour la valider auprès des participants tout en précisant les aspects qui demeurent nébuleux aux yeux des chercheurs.
- En une phrase, comment décrirez-vous votre expérience avec les services que vous avez reçus ?

Conditions favorables [Moment pivot-point tournant ou personne pivot] :

- Y a-t-il eu un moment pivot-point tournant qui a facilité l'accès aux services que vous avez reçus ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
- Y a-t-il eu une personne pivot qui a facilité l'accès aux services que vous avez reçus ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
- Y a-t-il eu d'autres événements ou conditions qui ont été favorables dans votre cheminement de services ?

Défis rencontrés :

- Lors de la première entrevue, nous avons discuté des difficultés que vous avez rencontrées dans votre cheminement de services. Pouvez-vous m'en parler à nouveau ?
- Quel a été le défi le plus important que vous avez rencontré ?

Stratégies utilisées :

- Quelles stratégies avez-vous utilisées pour contourner les défis rencontrés [ex. : réseau formel et informel de soutien social, recours aux services privés] ?
- Est-ce que ces stratégies ont été efficaces ?

Démarches faites par les intervenants :

- Est-ce qu'il est arrivé qu'un des intervenants de qui vous avez reçu des services vous ait aidé à obtenir des services d'une autre organisation ? Si oui, quel genre de soutien vous a-t-il offert ?
- Avez vous été référé vers d'autres services par un des intervenants avec qui vous avez été en contact ?
- Comment cette référence a-t-elle été effectuée [ex. l'intervenant a uniquement donné une carte d'affaires ou un numéro de téléphone ou il est lui-même entré en contact avec l'autre ressource] ?
- Avez-vous reçu des services de la part de l'organisme référé ?

Besoin ou importance de recevoir des services en français :

- Est-il important pour vous de recevoir des services sociaux et/ou de santé en français ?
- Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?