



L'outillage des étudiants et des nouveaux professionnels : un levier essentiel pour l'amélioration des services de santé en français

Rapport final
de recherche

Préparé par

Pier Bouchard, professeure
Sylvain Vezina, professeur

En collaboration avec :

Christine Paulin
Michele Provencher

Septembre 2009



UNIVERSITÉ DE MONCTON
CAMPUS DE MONCTON

Faculté des arts et des sciences sociales
Département d'administration publique

Table des matières

<i>AVANT PROPOS</i>	i
1. MISE EN CONTEXTE :	1
2. L'OUTILLAGE DES FUTURS PROFESSIONNELS : UN LEVIER ESSENTIEL POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES ET DES SOINS DE SANTÉ EN FRANÇAIS.....	6
2.1 Repérer les problèmes :	7
2.2 Explorer, clarifier, élucider les problèmes :	10
2.3 Pistes de solutions privilégiées :	11
2.4 Prendre des mesures :	12
3. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	14
4. L'ÉTAT DES LIEUX	17
4.1 La culture des étudiants et nouveaux professionnels à l'égard de la santé en français.....	25
4.2 La langue française en milieu de travail : quelques défis et enjeux	32
5. LES ACTIONS À MENER	37
5.1 Les actions sur la formation.....	37
5.1.1 Les contenus à livrer	39
5.1.2 Les outils à développer.....	47
5.2 Les actions sur le milieu	51
5.2.1 Les stratégies envers le corps professoral	51
5.2.2 Les stratégies envers la communauté	52
5.2.3 Les stratégies envers le milieu de travail	53
6. CONCLUSION	56
Annexe 1	60
Bibliographie	63

AVANT PROPOS

Depuis sa création, le Consortium national de formation en santé (CNFS) s'engage à améliorer les services de santé en français dans les communautés francophones en situation minoritaire au Canada. Pour cela, il assure la formation post secondaire de professionnels francophones de la santé en collaboration avec ses onze institutions membres constituées d'universités et de collèges francophones dans les communautés francophones en situation minoritaire.

L'objectif de cette alliance stratégique consiste à accroître la présence et l'apport de professionnels de la santé et de chercheurs francophones pour répondre pleinement, en français, aux communautés francophones en situation minoritaire. Le CNFS veut ainsi renforcer une contribution significative au mieux-être et au plein épanouissement de ces communautés.

Le CNFS travaille étroitement avec son partenaire privilégié la Société Santé en français qui s'engage à promouvoir le développement de la santé en français pour les communautés francophones et Acadiennes en situation minoritaire au Canada. La Société Santé en français œuvre dans des domaines tels que le réseautage, l'organisation des services, le développement et l'utilisation appropriée des technologies de pointe.

Le CNFS a bénéficié d'un financement de cinq ans dans le cadre du Plan sur les langues officielles de Santé Canada, de 2003 à 2008. Depuis 2008, il bénéficie toujours d'un financement de Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour la dualité linguistique canadienne 2008-2013.

Lors de l'évaluation formative du CNFS réalisée en 2006, l'évaluateur a soumis une recommandation entre autres, qui touchait particulièrement la formation des étudiants. Cette recommandation était libellée comme suit : analyser la problématique de l'outillage des étudiants leur permettant de faire face au défi de l'offre active des services de santé en français dans les établissements de santé et développer une stratégie visant à transmettre la compréhension des enjeux et les aptitudes et les habiletés requises pour faire face à ce défi.

Pour adresser cette problématique, le CNFS a mandaté une équipe de chercheurs de l'Université de Moncton. Ce rapport ce veut donc la première étape de ce projet

et offre un portrait de l'état de sensibilisation des étudiants et diplômés sur les enjeux, les aptitudes et les habilités requises pour faire face à l'offre de services de santé de qualité en français.

Une deuxième phase du projet permettra d'engager les acteurs (étudiants, professionnels, professeurs, dirigeants, gestionnaires, experts, décideurs) dans une réflexion dans le cadre d'un forum de type dialogue. L'objectif est de mieux informer et impliquer ces acteurs dans l'identification des objectifs de formation, des contenus à développer et des outils à mettre en place pour mieux outiller la prochaine génération de professionnels de la santé aux défis de l'offre de services de santé de qualité en français.

Ultimement, le projet vise à conscientiser les futurs professionnels aux enjeux et défis liés à la prestation des services de santé en français et mieux les outiller pour qu'ils puissent intervenir de façon efficace dans un contexte minoritaire.

Le CNFS tient à remercier...

- *L'équipe de recherche*
Pier Bouchard, professeure à l'Université de Moncton
Sylvain Vézina, professeur à l'Université de Moncton
Christiane Paulin, agente de recherche, Université de Moncton
Michèle Provencher, chargée de projet, Université de Moncton
- *Les coordonnatrices et coordonnateurs du CNFS dans les institutions membres du CNFS, pour leur intérêt et leur collaboration dans ce projet ;*
- *Les étudiantes, étudiants et nouveaux professionnels qui ont répondu au questionnaire ;*
- *Les professeurs, chercheurs, gestionnaires et professionnels de la santé pour avoir accepté de faire une entrevue.*

*Lynn Brouillette
Gestionnaire cadre
Consortium national de formation en santé*

1. MISE EN CONTEXTE :

L'un des principaux défis rencontrés en matière de prestation de services de santé en français dans un contexte minoritaire tient au fait qu'un grand nombre des francophones sont appelés à œuvrer dans un milieu de travail anglo-dominant où l'accès à des services de santé en français est souvent limité. Ainsi, dans un récent rapport d'évaluation des activités du *Consortium National de Formation en Santé* (CNFS)¹, il est mentionné que, dans certains établissements, il y a peu et même aucun service disponible en français ou encore les services ne sont pas appropriés pour les francophones. À l'évidence, il s'agit là d'un enjeu majeur pour les communautés francophones, car il existe un lien étroit entre la langue utilisée par le professionnel de la santé et l'efficacité des services de santé. À titre d'exemples, la barrière de la langue peut augmenter le nombre d'erreurs dans les diagnostics et les traitements, réduire la qualité des services où une bonne communication est essentielle et réduire la satisfaction des usagers à l'égard des services.² Certains auteurs soutiennent que les barrières linguistiques et culturelles ont également des répercussions importantes sur la satisfaction et éventuellement sur la santé des patients :

« [...] When cultural and linguistic barriers in the clinical encounter negatively affect communication and trust, this leads to patient dissatisfaction, poor adherence [...] and poorer health outcomes. »³

Bref, pour ces différents motifs, il est essentiel d'offrir des services dans la langue choisie par le patient et de prendre en compte les attentes des communautés francophones en situation minoritaire. Il convient de s'adapter aux besoins des communautés francophones et d'assurer un

¹ Pierre LeBlanc (2008). « Rapport de l'évaluation sommative du Projet de formation et de recherche du Consortium national de formation en santé ».

² Sur cette question voir : Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français, Rapport au ministre fédéral de la santé, Février 2007, p.14.

³ J.R. Betancourt, Green....et ali., (2003) Defining cultural competence : a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care, *Public health reports*, No. 118, vol. 4, p. 297 cité dans Consortium national de formation en santé Société Santé en français, *Pouvoir mesurer la réalité des communautés francophones en situation minoritaire dans le domaine de la santé et du mieux-être, Un incontournable pour une offre active de services de santé et de services sociaux en français*, 27 mars 2009.

accès adéquat à des services de qualité et à une prestation sécuritaire de services. La question de la sécurité des patients est, en effet, étroitement associée à la notion de qualité des services.⁴

À ce titre, signalons la mise sur pied, par Santé Canada, d'un Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé à l'intention des communautés de langue officielle en situation minoritaire lequel vise à mieux répondre aux besoins des communautés. Les résultats visés étant l'amélioration de l'état de santé de ces communautés et un accroissement de l'efficacité générale du système de santé.⁵ De même, au cours des dernières années, certains organismes gouvernementaux se sont engagés à offrir aux minorités de langue officielle un service de qualité égale à celui de la majorité. Par exemple, il est question de fournir une présence du service en fonction de l'emplacement des communautés minoritaires de langue officielle (CMLO), de faire de la promotion de ses services dans les médias locaux; de s'assurer que le temps d'attente est raisonnable et similaire à la majorité; d'éviter que les traductions des documents nuisent à la compréhension des projets des CMLO et dévalorisent l'identité francophone; de transformer les mentalités comme l'attitude à l'effet que le citoyen qui comprend la langue de la majorité devrait faciliter les processus en utilisant la langue de la majorité.⁶

De son côté, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) soutient que les communautés francophones doivent être dotées d'organismes gérés par et pour les francophones et être assortis de ressources humaines et financières adéquates. Il importe, en plus des actions menées en matière de formation de professionnels francophones, d'intervenir tant sur la gouvernance que sur l'organisation et la prestation des services de santé en français. Tel que précisé par ce comité, les francophones doivent être présents dans les structures décisionnelles et dans la gouvernance de leurs services de santé afin de s'assurer que l'on prend

⁴ Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Mesure des performances des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives », 25-27 juin 2008, p.7.

⁵ Santé Canada (avril 2005). *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé*, Communiqué de presse, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_27bk1_f.html, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

⁶ Service Canada (2007). *Consultations sur les services et l'accès pour les communautés minoritaires de langue officielle*, <http://www1.servicecanada.gc.ca/fr/dgpe/slocc/sommaire.shtml>, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

en compte leurs préoccupations linguistiques et culturelles dans le processus de prise de décisions.

« (...) plus les francophones sont présents dans la structure décisionnelle et la gouvernance des établissements de santé, plus la place du français est respectée et est reflétée dans la prestation des services, ce qui contribue au développement et à l'épanouissement des communautés francophones en situation minoritaire »⁷

C'est dans cet esprit que s'inscrit le présent projet de l'outillage des professionnels de la santé. Bien que les décideurs sont appelés à jouer un rôle de premier plan en matière d'amélioration de l'accès à des services de santé en français, il reste que, pour progresser en ce domaine, il est également important d'intervenir à d'autres niveaux. Ainsi, il y a lieu de conscientiser les futurs professionnels de la santé aux enjeux liés à l'offre des services de santé à l'intention des francophones en contexte minoritaire et de les outiller pour qu'ils puissent intervenir de façon efficace dans leur milieu de travail. Comme le mentionne P. LeBlanc dans une récente étude, ces diplômés sont appelés à « devenir les artisans, pour ne pas dire les fers de lance de l'amélioration des services de santé en français là où vivent les francophones, dans toutes les régions du pays ».⁸ D'où l'importance de développer un leadership en ce domaine, car il s'agit là d'un enjeu majeur pour l'amélioration de la santé des citoyens francophones.

« C'est très bien de former des personnes dans des programmes en français, mais il faut reconnaître que ça ne fait pas d'eux automatiquement des professionnels de la santé qui interviendront en français »

« Devant moi, je vois des leaders, des individus qui peuvent faire une différence pour les prochaines générations. Des personnes qui vont certainement assurer et même élargir l'offre de services en français. C'est plus qu'une question de langue et d'équité. C'est une question de santé. »⁹

⁷ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Rapport au ministre fédéral de la santé, Septembre 2001, p.22.

⁸ Pierre LeBlanc (2008). Op. cit., page 42.

⁹ Gisèle Lalonde (2004). « Services en français : question de langue, d'équité et de santé, l'expérience de l'hôpital Montfort », Le Bloc notes, Bulletin 7, page 4, <http://leblocknotes.ca>, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

Certains participants de notre étude abordent également cette question de l'importance d'engager les étudiantes et étudiants :

« La mobilisation autour de la cause des services de santé en français viendra d'abord des « tripes » et non du cerveau. »

Cette étude nous a donc conduits à nous intéresser à la question de l'engagement et de la construction identitaire¹⁰ de cette nouvelle génération de professionnels de la santé appelée à œuvrer dans un contexte minoritaire. Comme l'a affirmé récemment J-Y Thériault l'enseignement postsecondaire peut constituer un excellent moyen de développement identitaire.

*« Avoir des institutions francophones n'est donc pas uniquement un enjeu qui tente de répondre aux besoins en formation, en recherche, en développement, mais c'est aussi un formidable outil de construction d'une identité acadienne. »*¹¹

Cela étant dit, il est utile de présenter les principaux objectifs poursuivis dans le cadre de la présente recherche :

- Produire des connaissances nouvelles pour améliorer notre compréhension de l'outillage des futurs et nouveaux professionnels de la santé. Au cours de la dernière année, nous avons réalisé des entretiens avec des personnes familières avec le sujet et un sondage auprès des étudiantes et étudiants et de nouveaux professionnels issus des programmes de formation soutenus par le CNFS. Ces informations renseigneront le lecteur sur leurs

¹⁰ Sur la question identitaire, nous nous inspirons en particulier des travaux de R. Landry, R. Allard, et K. Deveau qui proposent un modèle sur l'autonomie culturelle soit un projet politique auquel aspirent les minorités linguistiques. Selon ce modèle, le mode de gouvernance, les politiques et les services et l'engagement communautaire jouent aussi un rôle clé dans la construction de l'identité collective des francophones en milieu minoritaire. Voir R. Landry, R. Allard, et K. Deveau, (2008) « Profil sociolangagier des élèves de 11^e année des écoles de langue françaises de l'Ontario : Outil de réflexion sur les défis de l'aménagement linguistique en éducation », *De la théorie à la pratique*, Monographie no.2, Ontario ; voir aussi, leur modèle conceptuel nommé le modèle intergroupe de la revitalisation ethnolangagière : une perspective macroscopique tel que présenté dans l'article de Landry, Deveau et Allard, Au-delà de la résistance : principes de la revitalisation ethnolangagière, Francophonies d'Amérique, Automne 2006, No.22, p. 44; voir aussi le récent document sur les intentions des jeunes à faire carrière dans leurs communautés intitulé Et après le postsecondaire ? Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, Association des universités de la francophonie canadienne, Les bourses du millénaire 2009. http://www.millenniumscholarships.ca/images/Publications/090429_AUFC_Rapport_complet.pdf

¹¹ Joseph Yvon Thériault, Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en mondialisation, citoyenneté, démocratie Sociologie/UQAM/Montréal, « L'enseignement postsecondaire au service des communautés acadiennes et francophones », Communication présentée à la séance d'ouverture du Rendez-vous citoyen sur les opportunités, enjeux et défis de l'enseignement postsecondaire au Nouveau-Brunswick, Bathurst, 16 janvier 2009.

différentes perspectives et l'état de leurs connaissances ainsi que leur engagement en ce domaine. Les résultats de cette recherche-action permettront éventuellement de peaufiner le cadre d'analyse afin de mieux saisir l'articulation des principaux concepts utilisés : construction identitaire, engagement des futurs et nouveaux professionnels, qualité des services et modèle d'amélioration continue, culture institutionnelle, droits à des services de santé dans la langue de son choix, etc.

- Engager une démarche impliquant les divers acteurs concernés afin d'identifier et de développer des éléments essentiels à inclure dans la formation des futurs professionnels - connaissances, compétences et aptitudes - pour les préparer à relever les défis liés à la prestation et à l'organisation des services de santé en français dans un contexte minoritaire. Le résultat visé étant d'en arriver à concevoir une boîte à outils à l'intention des formateurs en ce domaine. Il importe en effet que les futurs professionnels soient bien informés sur les besoins spécifiques des francophones en matière de services de santé ainsi que les enjeux politiques, juridiques, administratifs, linguistiques, sociaux et de santé liés à l'organisation des services et à la gouvernance. Plus précisément, il y aura lieu d'examiner attentivement la question de l'amélioration des services de santé en français notamment en se familiarisant avec les nouvelles pratiques de prestation de service.
- Repérer les méthodes pédagogiques appropriées pour favoriser l'acquisition de compétences et d'aptitudes nouvelles qui permettront d'établir une relation de qualité avec les citoyens francophones. Par exemple, des études de cas pourront alimenter les discussions en classe et servir à développer des compétences linguistiques et culturelles chez les apprenantes et les apprenants.¹²
- Recourir à l'approche dialogique pour approfondir la question de l'outillage. Cet exercice favorisera un apprentissage interactif entre les acteurs concernés et les sensibilisera à la nécessité d'agir pour mieux préparer les étudiants à intervenir en ce domaine. Le rôle de

¹² Sur cette question nous renvoyons le lecteur aux travaux de Alexander Green, *The Impact of Language Barriers on Health Care, Communication* présentée au Rendez-vous Santé en français, « Faire la Différence », February, 22, 2007, Ottawa. ; voir aussi Aucoin (2008) *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : analyse critique de la littérature*, InfoVeilleSanté.

ceux-ci étant primordial pour améliorer l'organisation et la livraison de services de santé en français.

Bref, dans le présent rapport, le lecteur pourra prendre connaissance du cheminement de la recherche en lien avec un modèle d'amélioration continue des services et des soins de santé en français que nous présenterons plus loin. Ensuite, nous présenterons les résultats de l'enquête et du sondage menés au cours de la dernière année ce qui permettra de mieux saisir les diverses perspectives, défis et pistes de solution proposés tant par les personnes familières en ce domaine que par les étudiants et nouveaux professionnels issus des programmes de formation soutenus par le Consortium national de formation en santé.

2. L'OUTILLAGE DES FUTURS PROFESSIONNELS : UN LEVIER ESSENTIEL POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES ET DES SOINS DE SANTÉ EN FRANÇAIS

La démarche privilégiée dans cette étude est celle de la *qualité* des services. Comme précisé dans les réformes en santé, il importe désormais de mettre les citoyens au centre des préoccupations des divers intervenants du système. Les changements constants de l'environnement ainsi que les nouvelles attentes des citoyens incitent les divers intervenants à opter pour un processus d'amélioration continu des services de santé.

En outre, la qualité devient un enjeu incontournable pour les acteurs tant du point de vue clinique, organisationnel que de celui du système. De plus, il s'agit là d'un thème rassembleur qui interpelle directement les divers acteurs du système de santé.¹³ Inspiré des travaux de Peter Stoyko, le modèle que nous présentons ici vise à favoriser la créativité et l'innovation durable.¹⁴ Spécifions que les principaux concepts liés à cette étude sont présentés en annexe du présent document.

¹³ Sur cette question, voir les travaux de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Québec (2005), « Mobilisés ensemble pour la qualité des services. Démarche régionale et locale des établissements de santé et de services sociaux de la région de la capitale nationale (version synthèse) », p.3

¹⁴ Peter Stoyko et al. (2006). « La créativité à l'œuvre : guide du leadership – À nous la réussite! », Table ronde de recherche-action de l'École de la fonction publique du Canada sur la créativité.

Le tableau qui suit présente le cheminement de la recherche selon un cycle d'amélioration continue des services de santé en français. Ce processus comprend les quatre étapes suivantes :

2.1 Repérer les problèmes :

Au cours de leur formation, les futurs professionnels n'ont pas toujours l'occasion d'étudier les effets des barrières linguistiques sur l'accès des patients aux services et sur la qualité des soins.¹⁵ Cette question est importante, car on estime de plus en plus que l'amélioration de la qualité des services de santé en français passe par un engagement soutenu des futurs et nouveaux professionnels. Il importe donc de porter une attention particulière à la question de l'outillage voire aux moyens à privilégier pour sensibiliser et conscientiser les futurs et nouveaux professionnels de la santé aux réalités des communautés francophones en contexte minoritaire.

La problématique de l'outillage
« Les étudiants doivent être outillés pour faire face aux réalités des milieux de travail anglo-dominants, et en même temps, être conscientisés à l'offre des services aux francophones en milieux minoritaires. » ¹⁶
« Se rappelant que plusieurs membres de cette future génération de professionnels de la santé seront appelés à devenir des gestionnaires d'établissements de santé dans un avenir plus ou moins rapproché, il faut identifier les éléments de formation et d'encadrement qui leur permettront d'organiser et de gérer des services de santé en français qui seront linguistiquement et culturellement appropriés. » ¹⁷
« Promouvoir la demande active c'est d'éduquer les CMLO ¹⁸ à l'égard de leurs droits et d'encourager l'utilisation des services gouvernementaux dans la langue officielle de leur choix. La promotion de la demande active dépasse le rôle plus passif de courroie d'information traditionnellement octroyé aux agents des ministères à vocation de service. » ¹⁹

¹⁵Sur cette question voir : S. Bowen (2001), *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, p.66

¹⁶ Pierre LeBlanc (2008), « Rapport de l'évaluation sommative du Projet de formation et de recherche du Consortium national de formation en santé », page 43.

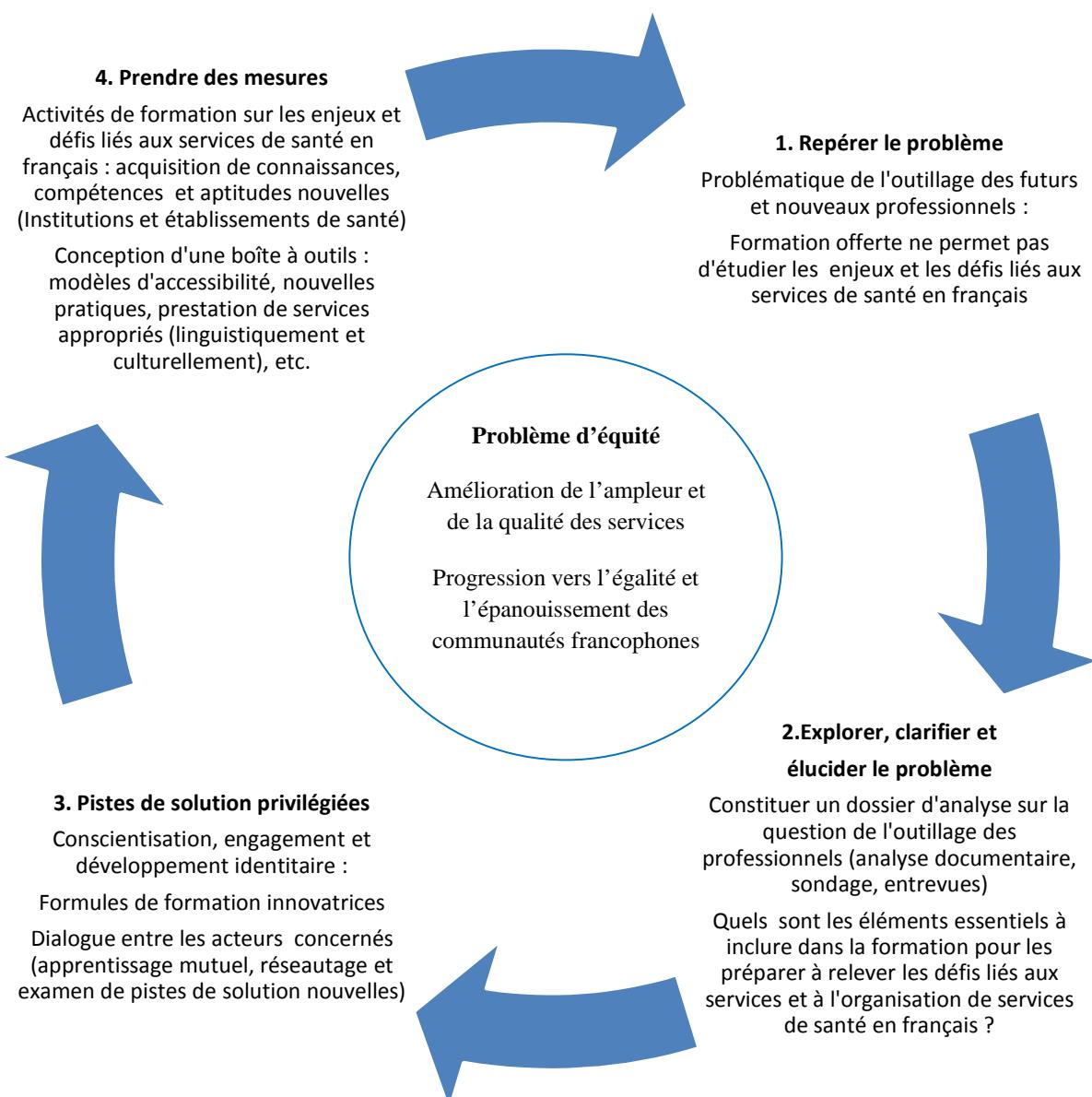
¹⁷ *Ibid.*, page 43.

¹⁸ Communautés Minoritaires de Langue Officielle

¹⁹ Service Canada (2007). *Consultations sur les services et l'accès pour les communautés minoritaires de langue officielle*, <http://www1.servicecanada.gc.ca/fr/dgpe/slocc/sommaire.shtml>, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

FIGURE 1

**LE CHEMINEMENT DU PROJET SUR L'OUTILLAGE ET LE CYCLE
D'AMÉLIORATION CONTINUE DES SERVICES ET DES SOINS DE
SANTÉ EN FRANÇAIS**



De son côté, la Société santé en français entend encourager les communautés et les réseaux à prendre en considération les préoccupations des professionnels francophones et à déployer les efforts nécessaires pour valoriser leur rôle et favoriser leur mobilisation.

Obstacles rencontrés par des professionnels dans leur milieu de travail
<p>« Comme pour l'attraction et la rétention, <i>la mobilisation des professionnels de la santé n'a pas fait l'objet d'un effort spécifique au cours de la première portion du déploiement de la stratégie</i>. Par contre, tous les intervenants reconnaissent qu'il n'y aura une disponibilité réelle de services en français que dans la mesure où les professionnels seront encouragés à s'exprimer dans cette langue. En effet, dans certaines régions, les professionnels pouvant s'exprimer en français n'ont tout simplement pas le cadre propice pour travailler auprès de la population francophone : tâches additionnelles non rémunérées, manque de reconnaissance, risque de stagnation de carrière, manque d'aisance à pratiquer en français... Il faut éviter le plus possible que les efforts importants faits pour former et attirer des ressources précieuses soient en partie ou en totalité « perdus » faute d'un environnement propice à la dispensation des services en français. »²⁰</p>

Afin de mobiliser et d'engager les futurs et nouveaux professionnels, il apparaît nécessaire d'améliorer leur compréhension de la réalité des communautés francophones au Canada.

À ce titre, les études menées par le gouvernement ou les organismes porte-parole sont d'une grande utilité, car elles mettent en évidence les enjeux et défis liés à la prestation des services de santé en français : problème d'équité, difficultés d'accès aux services de santé dans la langue de son choix (temps d'attente inappropriés en comparaison aux services de santé offerts à la majorité) et des services inadaptés linguistiquement et culturellement.

Enjeux et défis liés à la prestation des services de santé en français en contexte minoritaire
<p>Le dernier rapport du CCCFSM²¹ estime « qu'en 2001 plus de 50 à 55 % des francophones en situation minoritaire n'avaient que rarement ou jamais accès à des services dans leur langue, cette proportion a diminué, en mai 2006, à environ 45 à 50 %. »²²</p> <p>« Le rapport de Corbeil et al (2006) sur les minorités linguistiques rapporte une certaine naïveté des populations francophones quant à l'importance de recevoir des services de santé</p>

²⁰ Société Santé en français (2007). « Des communautés francophones en santé – Plans directeurs de réseautage, de déploiement des ressources humaines et d'organisation de services : 2008-2013 », page 19.

²¹ Comité Consultatif des Communautés Francophones en Situation Minoritaire

²² Société Santé en français (2007). « Des communautés francophones en santé – Plans directeurs de réseautage, de déploiement des ressources humaines et d'organisation de services : 2008-2013 », page 17.

en français. Pourtant, l'analyse comparative de 71 communautés francophones en situation minoritaire effectuée en 2001 indiquait que les membres de ces communautés étaient plus susceptibles d'avoir des *problèmes de santé* que ceux des communautés anglophones en situation majoritaire. Les raisons alors invoquées étaient l'isolement, l'âge plus élevé, la scolarisation moindre, la moins grande participation au marché du travail, etc. [...] L'accessibilité était de 3 à 7 fois plus élevées pour les anglophones (FCFA, 2001). »²³

« La vulnérabilité relative dans laquelle les personnes se retrouvent lorsqu'elles ont besoin de soins de santé est telle que la capacité de comprendre et d'être compris par les spécialistes de la santé revêt une importance toute particulière. »²⁴

« Il est difficile de développer un milieu de travail français, élément habilitant d'un service en français de qualité où le patient peut non seulement communiquer en français, mais voir son identité lui être reflétée. »²⁵

Ainsi, on peut penser que des études comme celles citées précédemment pourront éventuellement servir à alimenter les activités de conscientisation organisées dans le cadre des programmes de formation des institutions membres du CNFS. Elles permettront également de mieux saisir certains éléments essentiels pour le développement des communautés francophones telles la gouvernance et l'organisation des services de santé en français. Dans une perspective de développement durable des communautés, il s'avère indispensable, en effet, de créer un environnement favorable à la mobilisation et la valorisation du français dans les établissements de santé.

2.2 Explorer, clarifier, élucider les problèmes :

Cette étude, mandatée par le CNFS, conduira à l'identification d'éléments à inclure dans les programmes de formation à l'intention des professionnels de la santé pour bien saisir les enjeux et réalités politiques, juridiques, administratifs, linguistiques, culturels, sociaux des communautés francophones en contexte minoritaire. Il y a lieu de concevoir, en effet, un *cadre de référence intégré* pouvant servir de guide pour l'élaboration éventuelle de contenus de formation.

²³ Nathalie Boivin (2008). « Revue documentaire : La santé des communautés acadiennes et francophones de l'Atlantique », Société santé et Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Moncton, page 21.

²⁴ *Ibid.*, page 44.

²⁵ Pierre LeBlanc (2008), « Rapport de l'évaluation sommative du Projet de formation et de recherche du Consortium national de formation en santé », page 41.

Ce cadre devra inclure un profil de compétences et d'aptitudes appropriées pour la gouvernance, l'organisation et la prestation de service en contexte minoritaire : capacité à développer des réseaux, leadership, compétences culturelles, ouverture aux autres, attitude de service, etc. Les informations présentées dans l'encadré ci-dessous illustrent bien la relation étroite entre la compétence culturelle et l'efficacité des soins de santé.

Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées
<p>Vers la compétence culturelle (Loi canadienne sur la santé, Partie IV)²⁶</p> <p>« La <i>compétence culturelle</i> se définit comme la « prestation de soins de santé qui répondent efficacement aux besoins des patients et de leurs familles, car ils tiennent compte du contexte racial, culturel, linguistique, éducatif et socio-économique au sein de la communauté ». </p> <p>« La culture, par exemple, peut jouer un rôle important dans l'accessibilité aux soins de santé; il est donc essentiel que les fournisseurs de soins de santé possèdent une certaine compétence culturelle. [...] »</p> <p>La compétence culturelle comporte quatre éléments : la conscience de soi et de son système personnel de valeurs; la compréhension de la culture et de sa place dans un environnement de soins de santé; la sensibilité envers les problèmes culturels de chaque client individuel; la compréhension et la capacité d'utiliser des méthodes particulières pour traiter des problèmes culturels. »</p>

Il importe donc de développer ce que Peter Stoyko appelle la maturité en matière de diversité.²⁷ Les personnes possédant cette qualité font la promotion de la diversité et tentent de mieux comprendre la situation des autres. Il en résulte que certaines formes de conflits sont moins susceptibles d'apparaître en milieu de travail et que l'organisation est mieux en mesure de répondre aux besoins spécifiques de certaines catégories de citoyens. Bref,

2.3 Pistes de solutions privilégiées :

Comme nous le mentionnions précédemment, la stratégie de formation devrait favoriser la conscientisation et la mobilisation des individus par rapport aux réalités spécifiques des

²⁶ Santé Canada (2001). « « Certaines circonstances » : Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées », Ottawa, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equity-acces/part4-doc1_f.html, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

²⁷ Peter Stoyko et al. (2006). « La créativité à l'œuvre : guide du leadership – À nous la réussite! », Table ronde de recherche-action de l'École de la fonction publique du Canada sur la créativité, page 25.

francophones en contexte minoritaire voire à l'importance d'améliorer les services de santé en français.

À ce titre, le contenu du présent rapport devrait servir à alimenter un *dialogue* entre les divers acteurs : étudiants, nouveaux professionnels, personnes familières avec le sujet (chercheurs, coordonnateurs en matière de langue officielle), établissements de santé, responsables des formations, responsables des organismes porte-parole, représentants de citoyens/patients, etc. Ces échanges sur les enjeux et défis en matière de services de santé en français favoriseraient une plus grande mobilisation des acteurs, un apprentissage mutuel, un engagement soutenu, et éventuellement la résolution de problèmes liés aux services de santé en français. Aussi, le réseautage entre les divers acteurs du système de santé s'en trouvera renforcé. Une fois sensibilisées, les parties prenantes (professeurs, étudiants, gestionnaires...) souhaiteront accorder davantage d'importance à ces enjeux et poursuivront plus avant leur réflexion au profit de la résolution de problèmes liés à la prestation de services en contexte minoritaire.

Dialogue et décloisonnement des professions de santé

« Nous croyons fermement que chaque geste que nous posons doit améliorer ou augmenter les services à la population. Notre cible, c'est le citoyen, celui qui, au bout du compte, reçoit le service auquel il est en droit de s'attendre. Et pour cela, il faudra briser les silos dans lesquels les partenaires ont parfois tendance à s'enfermer au détriment des citoyens. »²⁸

2.4 Prendre des mesures :

Le quatrième élément du modèle consiste à mettre en place des activités de formation sur les enjeux et les défis afin d'acquérir de nouvelles connaissances, compétences et aptitudes, de conscientiser les futurs et nouveaux professionnels et de mettre en application des idées innovatrices.

Une pédagogie de la conscientisation

« Une pédagogie de la conscientisation et de l'engagement qui développe la pensée critique

²⁸ Société Santé en français (2007). « Santé en français, communauté en santé : Une offre active de services de santé pour une meilleure santé des francophones en situation minoritaire – Résumé du Plan directeur 2008-2013 », page 3.

et l'analyse réflexive, de sorte que les jeunes deviennent conscients de leur situation minoritaire et des relations de pouvoir dans la société et soient capables d'imaginer des moyens d'une prise en charge de leur destinée.(...) Cette pédagogie de la conscientisation et de l'engagement « cultive la prise de conscience des sources d'iniquité et d'injustice et vise le développement d'une conscience sociale critique et la prise en charge d'une transformation des conditions historiques, sociales, politiques et économiques. »²⁹

Il importe également de concevoir une *boîte à outils* susceptible d'être utilisée par les professeurs dans les programmes de formation des institutions membres du CNFS, animateurs d'atelier, professionnels de la santé, gestionnaires, etc.³⁰ À titre d'exemple, elle pourrait traiter de sujets tels que les compétences culturelles, la connaissance des droits des minorités, les conditions des communautés en situation minoritaire, la langue comme déterminant de la santé par l'entremise de stages, études de cas ou conférences. Bref, il y est question d'enrichir la formation des étudiants et des nouveaux professionnels appelés à intervenir dans un contexte minoritaire par une pédagogie de conscientisation et d'engagement.

Le présent rapport de recherche est relié aux deux premières étapes du cycle présenté à la Figure 1 (Repérer et Explorer, clarifier et élucider le problème). On y présente un état des lieux sur les problèmes et défis associés à l'outillage et à la qualité des services de santé en français. Le lecteur y trouvera également quelques énoncés d'actions destinés à alimenter la réflexion, le dialogue et la stratégie à définir aux étapes trois (Pistes de solution privilégiées) et quatre (Prendre des mesures).

On peut penser qu'à plus long terme, l'approche de résolution de problèmes employée dans ce processus pourra contribuer à l'amélioration des politiques, programmes et services destinés aux francophones en facilitant l'accès à une information pertinente et en favorisant le réseautage des parties prenantes vers un plan d'action concerté.

²⁹ R. Landry et S. Roussel (2003). « Éducation et droits collectifs : au-delà de l'article 23 de la Charte », Les Éditions de la Francophonie, Moncton, page 128-129.

³⁰ Cette boîte à outils pourrait contenir de documents s'inspirant des travaux de l'équipe de A. Green. On pense notamment à : A. Green et ali., *Worlds Apart, facilitator's guide : A Four-Part Series on Cross-Cultural Healthcare*, Produce at the Stanford University Center for Biomedical Ethics, Distributed by Fanlight Productions.

3. CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Les observations qui suivent résultent de l'emploi de deux méthodes de collecte de données. Nous avons d'abord réalisé une série de 39 entrevues avec des personnes considérées comme expertes ou/et engagées dans les questions relatives à l'outillage et à la qualité des services de santé en français offerts en milieu minoritaire (professeurs, chercheurs, gestionnaires, professionnels de la santé, coordonnateurs du CNFS...). Outre quelques experts identifiés par l'équipe de recherche, la sélection de la majorité des personnes rencontrées a été réalisée avec l'aide des coordonnateurs et coordonnatrices du CNFS. Leur répartition se présente comme suit : 15 hommes et 24 femmes; 3 sont originaires de l'Alberta, 3 du Manitoba, 4 de la Nouvelle-Écosse, 10 du Nouveau-Brunswick et 19 de l'Ontario.

Nous avons dans un deuxième temps distribué un questionnaire auprès d'étudiantes et étudiants et de nouveaux professionnels issus de domaines liés à la santé. En lien avec les objectifs de l'étude, nous avons employé une méthode d'échantillonnage respectant les critères de sélection suivants : les répondants devaient être inscrits dans un des programmes de formation en santé soutenus par le CNFS et devaient avoir complété un minimum de 66% des crédits de leur programme d'étude ou être rendu en dernière année de leur programme. D'autre part, les nouveaux professionnels contactés sont tous des diplômés des programmes de formation en santé soutenus par le CNFS et travaillaient, au moment de remplir le questionnaire, dans le secteur de la santé depuis moins de 3 ans.³¹

Le sondage a été réalisé par voie électronique. Une lettre de sollicitation a été acheminée à 898 personnes (871 étudiants et 27 nouveaux professionnels) réparties dans les institutions d'enseignement soutenues par le CNFS à travers le Canada. Cette lettre a été acheminée de façon

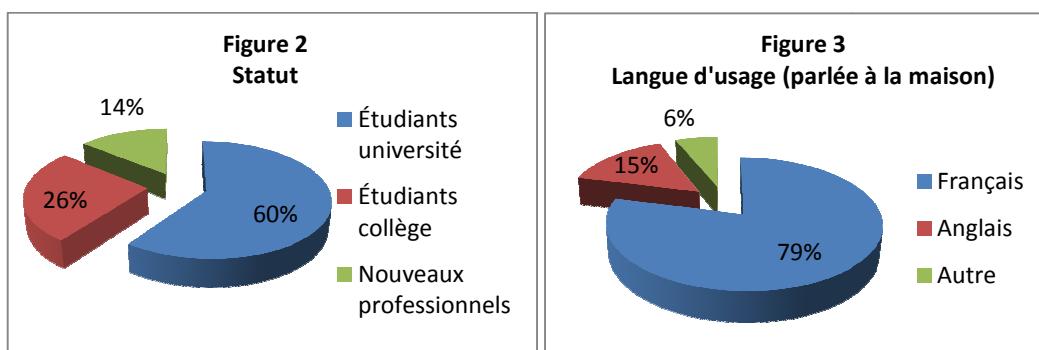
³¹ Le questionnaire ainsi que les procédures de cueillette, d'analyse et de conservation des données ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de la Faculté des études supérieures et de la recherche de l'Université de Moncton ainsi que les comités déontologiques des institutions universitaires concernées : Université Sainte-Anne, Collège universitaire de Saint-Boniface, Université Laurentienne et l'Université d'Ottawa.

électronique, et, pour des raisons de confidentialité, directement par les institutions d'enseignement.³²

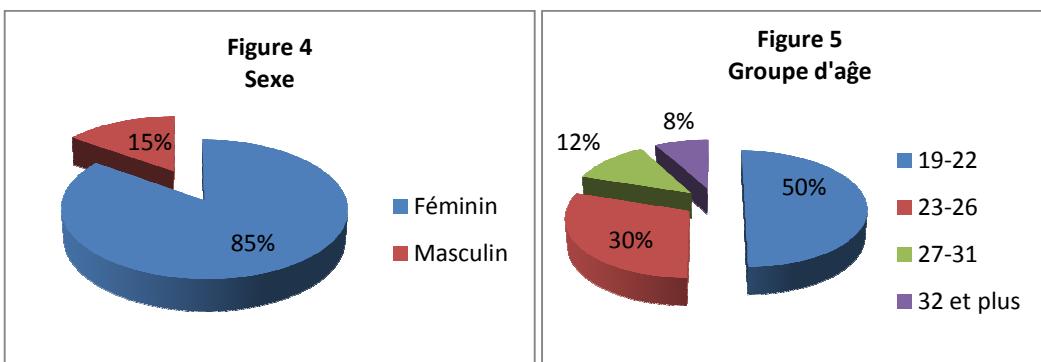
Le nombre total de répondants ayant participé à l'étude est de 143 et le nombre total de répondants ayant répondu à l'ensemble du questionnaire est de 127 : 109 étudiants et 18 nouveaux professionnels. Le taux de réponse se situe donc à 12.5 % pour les étudiants et 67 % pour les nouveaux professionnels. Le taux de réponse pour l'ensemble des répondants est de 16 %.

La cueillette des données s'est effectuée entre le 3 novembre et le 3 décembre 2008 par l'entremise du site internet 'Survey Monkey', lequel permet de créer et gérer des sondages en ligne en toute confidentialité. Une vérification de l'exactitude des données compilées à partir du site 'Survey Monkey' a été faite en exportant la base de données sous format Excel.

Le profil des répondants au sondage se présente comme suit : 86 % sont des étudiantes et étudiants (70 % universités, 30 % collèges), 79 % parlent français à la maison, 85 % sont de sexe féminin et tous les groupes d'âge sont représentés avec une majorité de répondants dont l'âge se situe entre 19 et 26 ans.



³² Pour des raisons de confidentialité, les bases de données comprenant l'adresse électronique des étudiants et des nouveaux professionnels ont été préparées par les coordonnatrices et coordonnateurs CNFS et pour certains, en collaboration avec le registrariat de l'institution. Cette procédure a eu pour effet de limiter le contrôle de l'équipe de chercheurs sur la qualité des envois et rendait parfois impossible l'envoi d'un rappel aux personnes n'ayant pas répondu.



En ce qui se rapporte à l'origine des répondants, nous avons opté pour la province de résidence. Or, dans le cas des étudiantes et étudiants, le lieu de résidence peut différer du lieu où ils font leurs études, car ils se réfèrent souvent à la résidence de leurs parents. Conséquemment, nous nous retrouvons avec une proportion de 10 % de personnes qui se disent résidentes du Québec. Aussi, nous notons, à la lecture de la Figure 7, une surreprésentation de répondants issus du Nouveau-Brunswick et du Manitoba et une sous-représentation des autres provinces en relation avec leur poids démographique national.

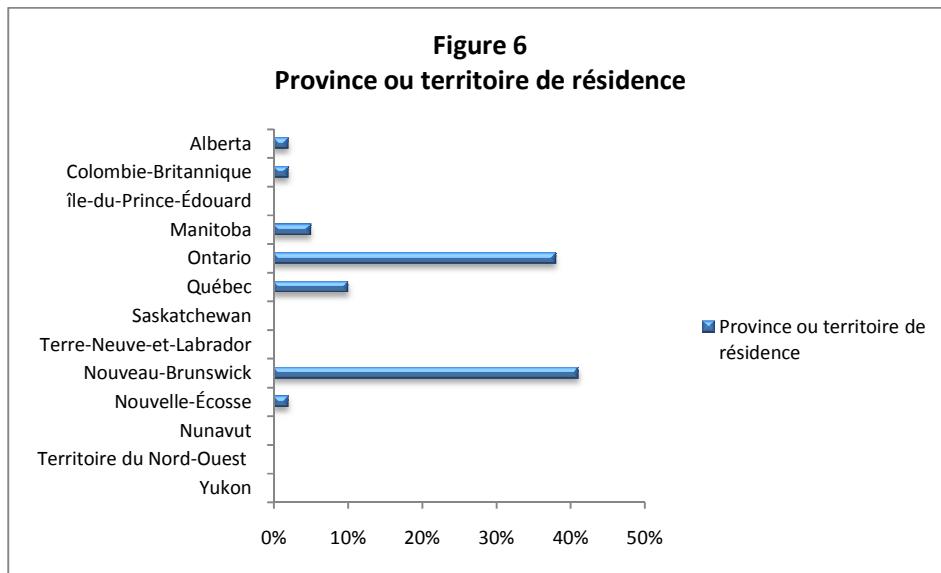
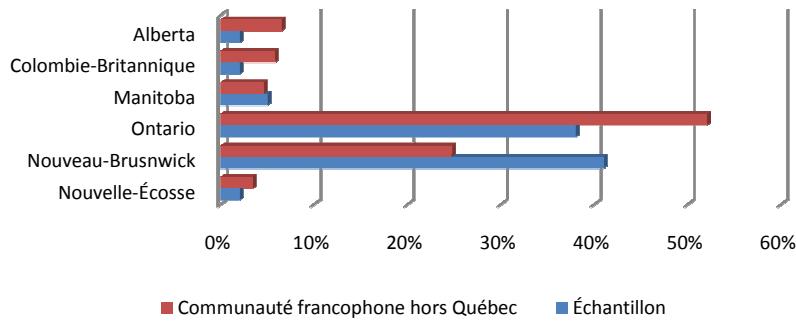


Figure 7
Représentativité des répondants selon le poids
démographique national et par province



Sources : Statistique Canada, Recensement de la population de 2006, page consultée le 3 mars 2009 : <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/demo11a-fra.htm> et notre enquête.

Compte tenu des petits nombres obtenus (sauf pour le Nouveau-Brunswick et l'Ontario) il sera difficile de soutenir des comparaisons selon les provinces. Cela dit, nous proposons de regrouper, pour certaines questions, les résultats obtenus dans les provinces de l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse où les communautés francophones sont de taille plus modeste afin de faire ressortir certaines tendances. Cependant, il ne faut pas en déduire que la situation dans ces provinces est uniforme. Aussi, les nombres demeurent petits, le total de ces provinces ne représentant que 11 % de l'échantillon. Toute tentative de généralisation appelle donc à la prudence. Nous croyons d'ailleurs qu'une recherche plus poussée avec un plus large échantillon dans ces provinces mériterait d'être menée pour vérifier l'exactitude des indications que suggèrent nos résultats. D'ailleurs, comme il s'agit d'une recherche exploratoire, on relèvera à divers moments dans ce texte le besoin de développer de recherches plus poussées sur certains thèmes donnés.

4. L'ÉTAT DES LIEUX

Lorsqu'interrogés sur la raison d'être d'une réflexion autour de l'outillage des professionnels de la santé relativement à l'enjeu de l'offre de services de santé en français de qualité, les personnes rencontrées en entrevue répondent que la langue est non seulement une nécessité pour améliorer

la qualité des services, mais, au-delà des structures, elle devrait être considérée comme un déterminant de la santé. Précisons que plusieurs exemples sont apportés pour illustrer l'impact de la langue sur l'efficacité des soins de santé dont entre autres :

- Le fait qu'un patient soit mal compris par le professionnel de santé peut fausser le diagnostic. En effet, une personne peut être jugée confuse alors qu'en fait, elle comprend mal l'anglais.
- Une personne comprend mal les explications sur sa maladie et les indications relatives au traitement, ce qui affecte sa condition de santé.
- Le délai accru dans l'obtention d'un service en raison d'une offre limitée de services en français même dans des situations considérées urgentes.

« Si un médecin ne sait pas communiquer dans la langue de son patient, son rôle n'est pas très différent de celui d'un vétérinaire. »

Comme l'indique S. Bowen cette question de l'impact de la langue sur l'accès aux soins de santé devrait être davantage reconnue. Elle affirme que la recherche en ce domaine semble indiquer que « la connaissance d'une langue officielle est en soi un déterminant de la santé, en interaction éventuelle avec l'ethnicité et le statut socioéconomique. Il s'agit d'une variable qui doit définitivement être incorporée aux études futures. »³³

Bref, l'accès à des services de santé dans sa langue serait plus qu'une question de droit, ce serait une question de sécurité. Spécifions que certains auteurs sont d'avis que le statut de minoritaire devrait être reconnu comme un nouveau déterminant de la santé.³⁴

Selon nos interlocuteurs, il ne faut pas négliger le fait qu'une personne malade est souvent vulnérable, nerveuse et dépendante. Aussi, elle peut être intimidée par les professionnels de la santé et n'osera pas questionner, faire répéter ou même exiger qu'on lui explique dans sa langue.

³³ Bowen, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, p.117.

³⁴ Voir à ce sujet, Bouchard L (2008) « Capital social, solidarité réticulaire et santé », Dans Frohlich K, et ali.. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. PUM : 187-209; Bouchard L, Gilbert A, Landry R, Deveau K (2006) Capital social, santé et minorités francophones. *Revue canadienne de santé publique*, no. 97 vol.2, 17-21.

D'ailleurs, elle préférera souvent parler dans la langue du professionnel de la santé estimant qu'il vaut mieux ne pas courir le risque d'être mal compris en s'exprimant en français.

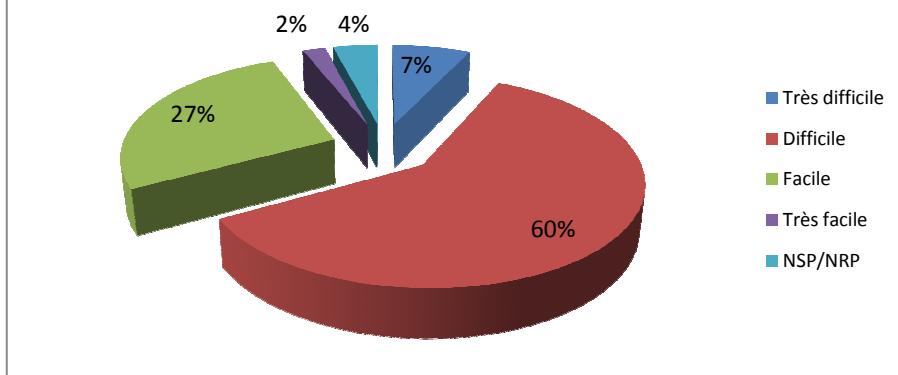
« La description de l'histoire médicale et des symptômes, le diagnostic et l'efficacité du traitement dépendent tous d'une bonne communication entre le professionnel et son patient. »³⁵

Un nombre important de répondants soutiennent que les délais d'attente généralement plus importants pour un service en français tendent à orienter le patient vers un service en langue anglaise. D'ailleurs, le plus souvent ces délais s'accroissent à mesure que l'on progresse dans le système vers des services plus spécialisés.

« Est-ce qu'on va attendre pour un soin en français si ça prend plus de temps? Le plus souvent, on préfère que ça aille le plus vite possible surtout lorsqu'il y a des conséquences sur notre état de santé. »

Lorsque nous demandons aux étudiants et nouveaux professionnels à quel point il est difficile, selon eux d'obtenir des services de santé en langue française, 67 % répondent que s'est très difficile ou difficile.

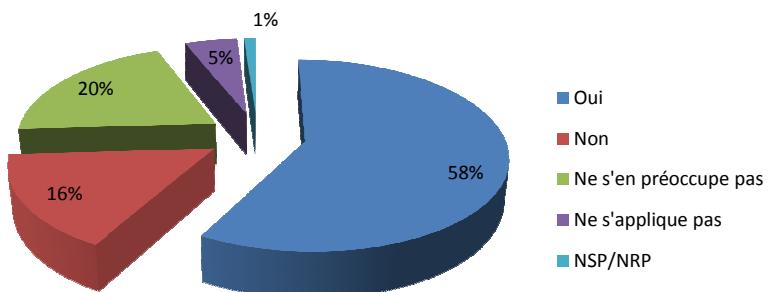
Figure 8
Difficulté à obtenir des services en français



En revanche, plus de 58 % nous disent qu'ils se sentent à l'aise de demander que leurs services leur soient offerts en français.

³⁵ J.-P. Corbeil, C. Grenier et S. Lafrenière (2007). « Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle – 2006 », Statistique Canada, Division de la démographie, Ottawa, page 44.

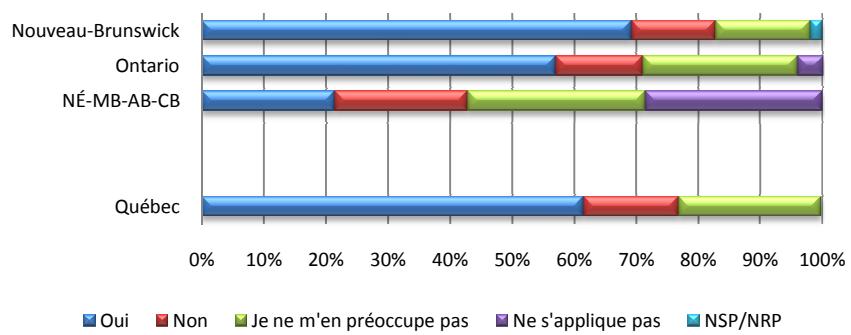
Figure 9
Se sent libre de demander un service en français
(national)



La figure qui suit (figure 10) nous semble utile pour rendre compte de la variété des perceptions selon les provinces, selon les conditions des communautés francophones en particulier.

Rappelons toutefois notre mise en garde relativement aux petits nombres de répondants pour les provinces de l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse et à l'effet que leur regroupement ne signifie en rien qu'elles soient identiques.

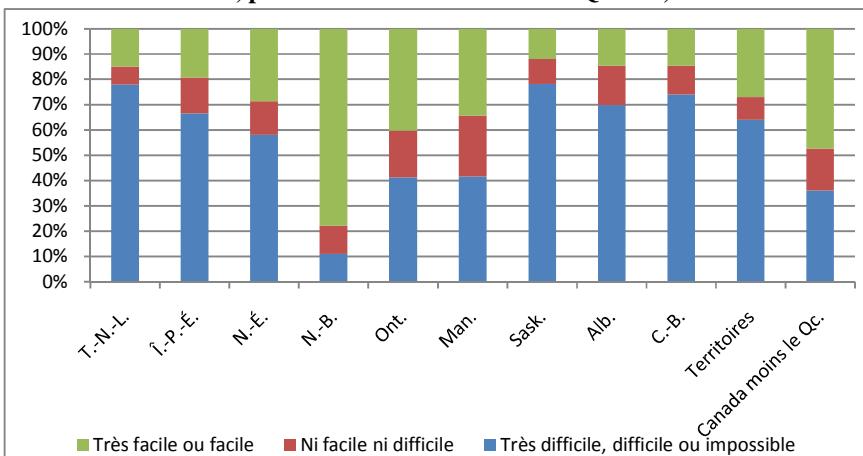
Figure 10
Se sent libre de demander un service en français
(selon la province de résidence)



Or, il ressort des différences importantes entre les trois catégories de communautés francophones en situation minoritaire qui reflètent assez bien la réalité : les répondants du Nouveau-Brunswick se sentent le plus à l'aise à demander un service de santé en français alors que ceux de l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse se sentent le moins à l'aise. Pour leur part, les répondants de l'Ontario présentent des positions très variées, ce qui correspond vraisemblablement à la variété des conditions des communautés francophones qui l'habitent. La position des répondants du Québec surprend à première vue, car ils sont moins nombreux à se sentir à l'aise que ceux du Nouveau-Brunswick alors que les services de santé en français y sont généralement très accessibles. Elle s'explique possiblement du fait que ces personnes étudient ou oeuvrent présentement à l'extérieur du Québec et répondent en fonction de cette réalité.

Ces données nous semblent confirmer le constat rapporté par J.-P. Corbeil, C. Grenier et S. Lafrenière selon les statistiques relevées auprès de la population en général. Aussi, la taille de leur échantillon permet une comparaison interprovinciale plus précise :

Figure 11
Pourcentage d'adultes de langue française qui connaît le français et l'anglais selon le niveau de difficulté perçu à obtenir des services de santé dans la langue de la minorité, provinces et Canada moins le Québec, 2006



Source : J.-P. Corbeil, C. Grenier et S. Lafrenière (2007). « Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle – 2006 », Statistique Canada, Divisoin de la démographie, Ottawa (Ontario), page 147.

Ainsi, on parle généralement d'un cercle vicieux : les services de santé en français étant offerts en quantité insuffisante, leur accès nécessite le passage à une liste d'attente. Cette attente décourage les demandeurs qui estiment, pour cette raison, que la qualité des services en français est inférieure et se tournent vers les services en langue anglaise. Conséquemment, la faiblesse de la demande rend difficile la justification d'un accroissement des services offerts, ce qui nous ramène à la difficulté d'accès.

À cela s'ajoute une forme de culture du minoritaire selon laquelle on n'osera pas imposer sa langue et exiger le service en français. Plusieurs craignent, en effet, qu'une telle exigence soit perçue comme un geste de revendication politique pouvant être mal interprété. Certains ne veulent pas être associés à des revendeurs qui parlent trop fort, car on craint les représailles. Le réflexe du minoritaire étant d'éviter de faire trop de vagues, on se pliera à la majorité et on s'adressera d'abord en anglais, car c'est plus simple, ça passe partout et c'est moins risqué. Bref, il semble que les marques de la répression à l'endroit des francophones sont encore très présentes dans certaines communautés.

« Si tu parles français, tu risques que la personne ne te comprenne pas ou te considère comme un militant. La voie la plus facile c'est donc de parler anglais! »

À ce titre, il ne faut pas sous-estimer les comportements acquis dans le passé, car c'est en cachette, à la maison ou à l'église, que l'on parvenait à garder son français. En vertu de cette culture, la langue doit être cachée et il faut surtout éviter de l'imposer. C'est pourquoi, encore aujourd'hui, dès qu'un anglophone se joint à un groupe d'une vingtaine de francophones, le réflexe du groupe sera souvent de privilégier l'anglais.

Conséquemment, la grande majorité des patients vont s'adresser d'abord en langue anglaise. Certains craignent que cette culture soit renforcée par la conjoncture où l'on insiste sur la pénurie de personnel en santé et l'augmentation du coût des services. Les gens n'auront-ils pas tendance à se dire : « *Vaut mieux prendre le service qu'on nous offre même s'il est en anglais, car c'est mieux que rien !* »

« Il ne faut jamais oublier qu'après plusieurs décennies sans services de santé en français, il se crée chez les gens une conviction qu'il est impossible d'en recevoir. La sensibilisation a pour but de les informer que les services sont vraiment

disponibles et qu'ils peuvent s'en servir. C'est ce que nous appelons l'offre active de services. Elle doit pénétrer dans la communauté afin que les citoyens croient vraiment que ces services sont disponibles, qu'ils peuvent et doivent s'en servir. Car il en va de leur propre santé. »³⁶

Cela dit, cette représentation de la réalité reflète mal la complexité du phénomène et la diversité des conditions. Bien sûr on note d'importantes variations selon la province d'appartenance. Par exemple, la situation des francophones du Nouveau-Brunswick qui représente 1/3 de la population de cette province et qui disposent de protections légales ne se compare pas à celle des francophones de la Saskatchewan, de l'Alberta, de la Colombie-Britannique ou de la Nouvelle-Écosse peu nombreux et conséquemment moins en mesure d'être protégés par des lois provinciales et d'influencer les politiques publiques en matière de santé et encore moins à celle prévalant à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et même au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. D'ailleurs, ces conditions objectives variées devront être prises en compte lorsque viendra le temps de définir des orientations en faveur de l'outillage de nos professionnels de la santé.

Cependant, il ressort de nos entrevues des variations qui nous semblent tenir plus à la taille et au degré de concentration des communautés francophones qu'aux structures et aux règles. En d'autres mots, le francophone isolé de la région de St-Jean au Nouveau-Brunswick a beaucoup en commun avec celui d'Edmonton en Alberta. De la même manière, les francophones vivant dans des communautés à l'est de l'Ontario partagent bon nombre de perceptions et préoccupations des francophones de la Péninsule acadienne au Nouveau-Brunswick.

Dans le cas des populations dispersées et formant de petites communautés souvent rurales noyées dans un océan d'anglophones, on relèvera certaines problématiques.

D'abord, leurs difficultés à obtenir des services en français en raison de la taille modeste de la communauté. Ensuite, il est loin d'être acquis que les citoyens utiliseraient régulièrement les services de santé qui leur seraient accessibles. En effet, la santé est un secteur sensible où la protection de la vie privée est essentielle. On ne veut pas que toute la communauté sache qu'on a un problème de santé et encore moins prendre le risque que soit divulguée la nature de ce

³⁶ Société Santé en français (2007). « Santé en français, communauté en santé : Une offre active de services de santé pour une meilleure santé des francophones en situation minoritaire – Résumé du Plan directeur 2008-2013 », page 5.

problème. Ainsi, certaines personnes hésiteront à employer les services locaux en français et iront plutôt vers les services offerts en langue anglaise jugés plus anonymes. Ce phénomène fait en sorte que l'on ne peut aborder la question de l'accès à des services de santé en français de la même manière que dans d'autres secteurs, celui de l'éducation en particulier. Ainsi, on ne peut déduire avec certitude que la présence du service conduira automatiquement à son utilisation.

On comprendra que les communautés où la concentration de francophones est plus importante sont moins affectées par ce phénomène. Non seulement le nombre rend plus facile l'obtention de services de santé en français, mais il augmente le niveau de protection de la vie privée.

Une autre problématique nous est suggérée pour comprendre l'hésitation de certaines populations francophones à exiger des services de santé en français, celle de la qualité de la langue parlée. On pense ici à ces francophones dont le langage renferme des patois ou des expressions et formules empruntées à l'anglais et qui entretiennent une forme de complexe devant le professionnel de la santé souvent étranger et qui emploi un français considéré différent. Craignant de ne pas comprendre son français ou de ne pas être compris, il préférera même parfois s'adresser à un professionnel anglophone, car si la difficulté de communication est similaire, il a au moins pour prétexte de ne pas partager la même langue maternelle!

Ces problématiques reliées à la demande de services de santé en français posent un défi important dans la mesure où les gestionnaires et décideurs, souvent anglophones, questionnent la nécessité de développer des services de santé en français en raison d'une faible demande et d'une capacité démontrée des francophones à accéder aux services en anglais. Cette perception d'une demande hésitante de services de santé en français réduit considérablement la capacité à exiger plus de services et de qualité.³⁷

« Le problème de la demande est aussi important que celui de l'offre. Les Anglais disent : « on offre des services en français, mais on n'a pas de demande, alors on n'en a pas besoin! »

Il importe donc de briser ce cercle, de rendre accessibles les services en français de qualité afin que les gens s'en servent en toute confiance. Si l'offre et la demande seront toujours dans un rapport dialectique, il importe, à notre avis, de travailler

³⁷ Pour connaître la définition donnée ici au mot qualité, voir le glossaire, Annexe 1.

d'abord sur une offre qui tienne compte de la culture des francophones en situation minoritaire. Or, il est entendu que les professionnels de la santé y tiennent un rôle déterminant et en particulier les jeunes qui seront appelés à définir les contours des services de santé de demain et qui donneront vie aux organisations chargées de livrer des services de santé aux populations francophones. Le professionnel de la santé se trouve souvent en position d'autorité par rapport à son patient. Il ne devrait jamais remettre la responsabilité à ce dernier de demander des services de santé en français. C'est pourquoi il importe d'imaginer et rendre disponibles les outils nécessaires pour encourager et soutenir un tel engagement.

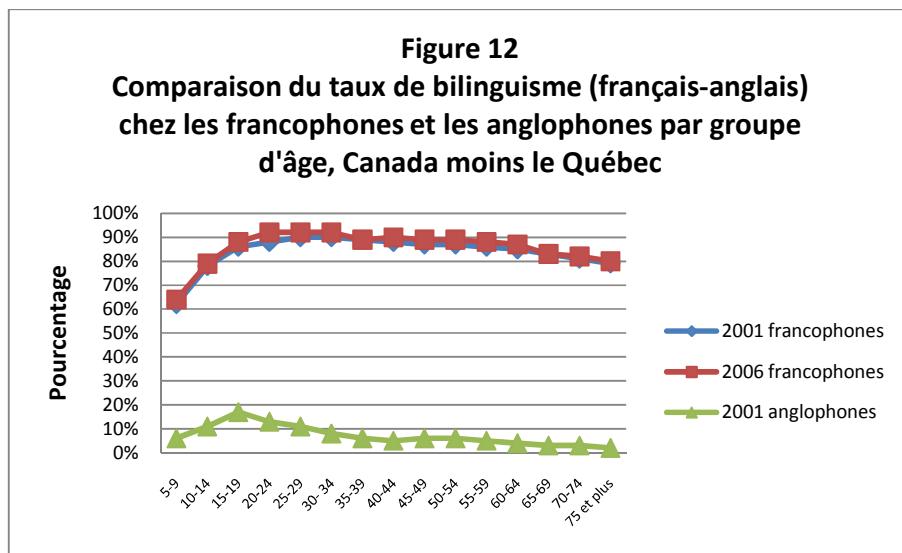
4.1 La culture des étudiants et nouveaux professionnels à l'égard de la santé en français

Nous avons tenté, par le biais de nos entretiens et de notre enquête par questionnaire de mettre en relief la perception des étudiants et nouveaux professionnels à l'égard du français dans la livraison des services de santé. On note à nouveau que, s'il y a des variations importantes principalement en vertu de la concentration des populations francophones, certaines constantes peuvent être dégagées.

Ainsi, un très grand nombre de nos répondants affirment noter une progression du bilinguisme chez les jeunes francophones. Sauf dans quelques rares milieux où le français à un statut quasi majoritaire (on pense par exemple ici à la Péninsule acadienne au Nouveau-Brunswick), les étudiants francophones et les nouveaux professionnels maîtriseraient le plus souvent les deux langues et parfois même mieux l'anglais. Cela contrasterait avec leurs aînés qui, en raison d'une maîtrise plus limitée de l'anglais, étaient plus enclins à résister à l'assimilation et à revendiquer des services en français. D'ailleurs, plusieurs des répondants à notre questionnaire ont relevé leur bilinguisme comme une force qu'ils souhaitent mettre à profit dans la livraison des services de santé.

Pourtant, les données que nous fournit Statistique Canada, si elles confirment l'existence d'un écart selon le groupe d'âge, ne permettent pas de retenir ce facteur comme un élément déterminant pour expliquer l'attitude des plus jeunes à l'endroit du français, car la proportion de répondants se disant bilingues ne varie que d'environ 10% entre le groupe des 25-29 ans et celui des plus de 75 ans. D'ailleurs, ces données nous apparaissent comme relativement

encourageantes dans la mesure où l'on constate une progression significative du bilinguisme chez les jeunes anglophones.



Source : Statistique Canada, recensement de la population, 2001 à 2006³⁸

Cela dit, la majorité des personnes rencontrées en entrevue ont manifesté des craintes à l'égard du bilinguisme croissant chez les jeunes. Leur grande maîtrise de l'anglais, sa valorisation notamment au travers les médias électroniques et leurs habitudes de vivre aisément en anglais sont perçues comme renfermant un risque élevé d'assimilation lorsque viendra le moment d'intégrer le marché de l'emploi dans le secteur de la santé.

On estime généralement que, mis à part les jeunes issus d'un milieu familial sensible à l'importance de la survie de la langue française, la tentation d'opter pour l'anglais en milieu de travail sera très forte. Contrairement à leurs parents et grands-parents, ils ne percevraient pas toujours la nécessité de lutter pour des services de santé en français. Pour eux, il serait souvent plus simple ou encore plus efficace de recourir spontanément à l'anglais. Bref, plusieurs

³⁸ Statistique Canada, recensement de la population, 2001 à 2006, données consultées en ligne le 6 mars 2009 : http://www12.statcan.ca/fraancais/census06/data/topics/RetrieveProductTable.cfm?TPL=RETR&ALEVEL=3&APATH=3&CATNO=&DETAIL=_0&DIM=&DS=99&FL=0&FREE=0&GAI=0&GC=99&GK=NA&GRP=1&IPS=&METH=0&ORDER=1&PID=89201&PTYPE=88971_97154&RL=0&S=1&ShowAll=No&StartRow=1&SUB=704&Temporal=2006&Theme=70&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=

craignent qu'un nombre croissant de jeunes n'aient pas le feu sacré, car ils ne ressentent pas le besoin de recourir au français dans un milieu de travail où tout se passe en anglais. Certains jeunes ne seraient pas conscients des luttes qui ont été menées par le passé pour améliorer les services de santé en français, d'où l'importance de les sensibiliser à la nécessité d'offrir des services de santé en français de qualité.

« Pour eux, la crise de Montfort c'est de l'histoire ancienne, ça ne veut plus rien dire! »

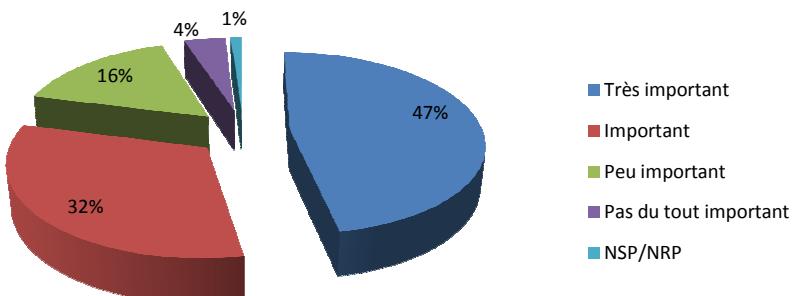
« J'ai souvent à éduquer les nouveaux employés sur les raisons pour lesquelles on doit obliger l'usage du français, car le réflexe c'est de s'exprimer en anglais sans se poser de question. Nos employés francophones nous disent « pourquoi ne pas offrir telle formation en anglais parce que les francophones vont comprendre et ça va servir aussi aux anglophones! »

Préoccupés d'abord par l'obtention d'un emploi qui leur convient (conditions salariales et conditions de travail), il existerait un danger réel que ces jeunes s'assimilent rapidement surtout si cela facilite leur progression sur le plan de la carrière.

On nous a également communiqué à quelques reprises une préoccupation tout à fait opposée. En effet, certains professeurs œuvrant dans des institutions au Nouveau-Brunswick et en Ontario nous ont fait part de la nécessité de s'assurer que les professionnels de la santé qu'ils forment aient une bonne maîtrise de l'anglais. Comme le plus souvent le milieu du travail fonctionne en anglais, les professionnels unilingues francophones seraient, selon eux, pénalisés. La maîtrise de l'anglais leur apparaît donc être une condition essentielle à leur intégration au marché de l'emploi.

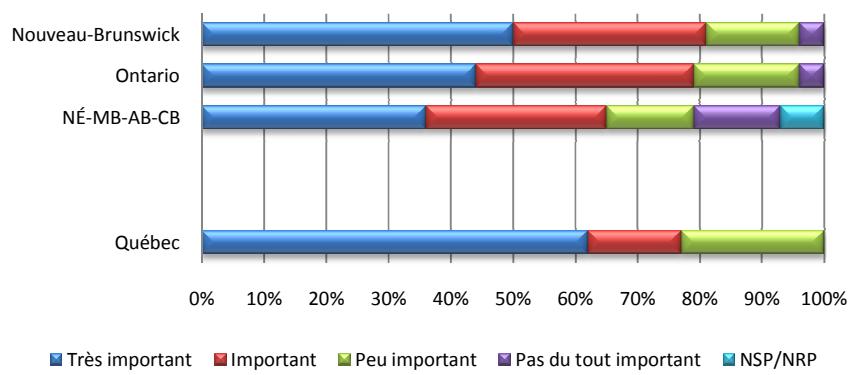
La perception manifestée à l'endroit des étudiants et nouveaux professionnels par bon nombre des personnes rencontrées en entrevue semble donc plutôt pessimiste. Ce qui ressort de notre enquête par questionnaire auprès des étudiants et nouveaux professionnels appelle pourtant à plus d'optimisme. Ainsi, plus de 79 % des répondants affirment qu'il est très important ou important pour eux d'obtenir des services de santé en langue française.

Figure 13
Importance d'obtenir des services de santé en français

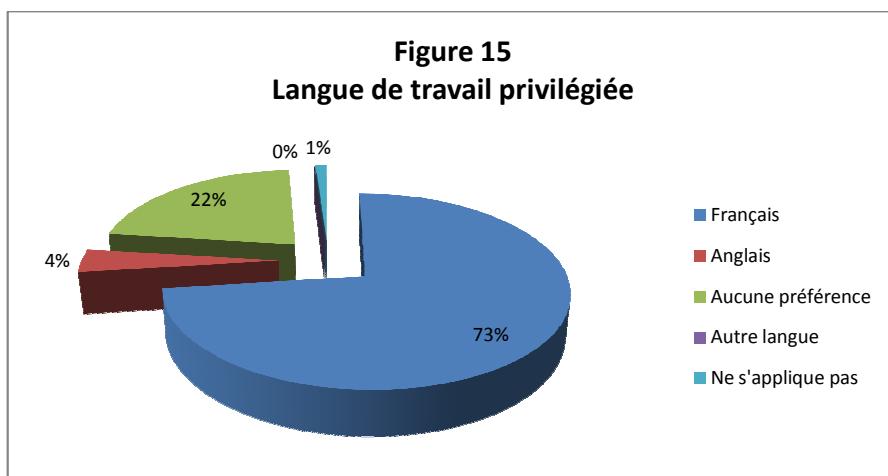


À titre indicatif, la variation selon le lieu de résidence est aussi significative. Une fois de plus, les répondants du Nouveau-Brunswick sont les plus nombreux à y accorder de l'importance et ceux des provinces de l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse les moins nombreux. Il est aussi intéressant de constater que les répondants du Québec ne se démarquent pas tellement des autres, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick en particulier sinon qu'une plus grande proportion les juge très importants. Une fois de plus, les répondants de l'Ontario sont plus partagés. Leur perception se rapproche toutefois de celle que l'on retrouve au Nouveau-Brunswick.

Figure 14
Importance d'obtenir des services de santé en français (selon la province de résidence)



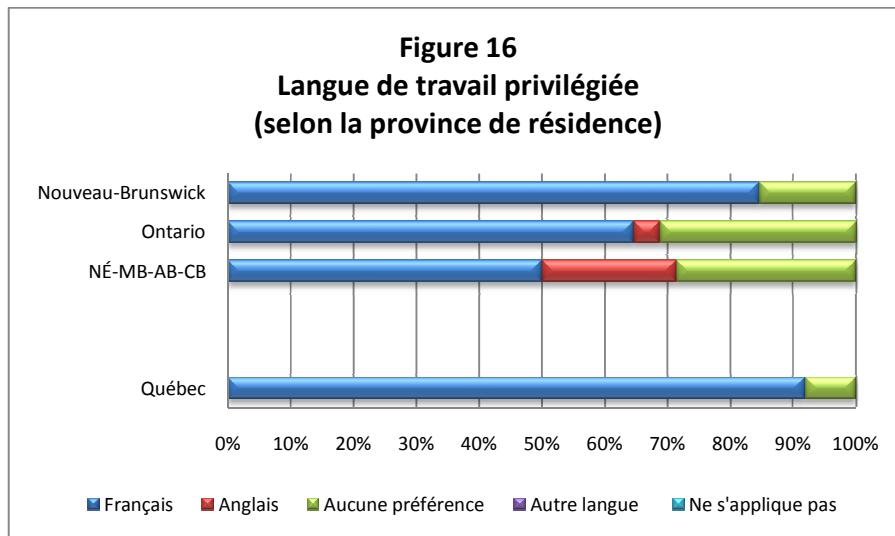
En ce qui se rapporte à la langue de travail, plus de 73 % répondent qu'ils aimeraient privilégier le français.



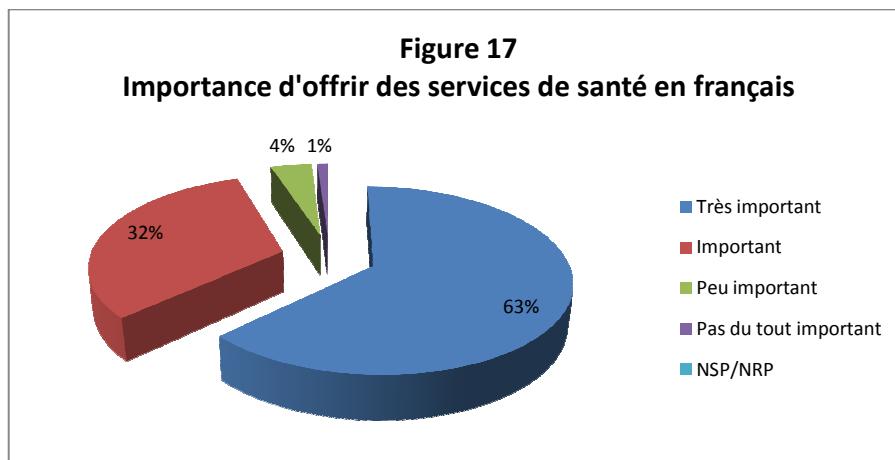
On remarquera toutefois qu'un groupe d'environ 20 % semble beaucoup plus nuancé vis-à-vis de l'importance de la langue. Plus de 22 % (dont 16 % ayant le français comme langue d'usage) répondent qu'ils n'ont aucune préférence pour la langue de travail et plus de 20 % (dont 11 % ayant le français comme langue d'usage) estiment qu'il est peu ou pas important d'obtenir des services de santé en langue française et qu'ils ne s'en préoccupent pas. Nous relèverons un commentaire écrit qui nous semble bien résumer l'état d'esprit de ces répondants :

« Je crois que le type de service reçu est plus important que la langue, dans laquelle le médecin transmet ses services. J'aimerais mieux avoir un bon médecin qui parle seulement anglais qu'un médecin francophone qui n'est pas aussi bon! »

Bien que l'écart selon le lieu de résidence soit sensiblement moins important que pour les deux autres questions présentées plus haut, les répondants du Nouveau-Brunswick demeurent, après ceux du Québec, les plus nombreux à privilégier le français comme langue de travail. Mais ici, ce sont les résidents de l'Ontario qui sont les plus nombreux à affirmer n'avoir aucune préférence alors que c'est chez ceux des quatre autres provinces que l'on retrouve la plus grande proportion de personnes préférant l'anglais.

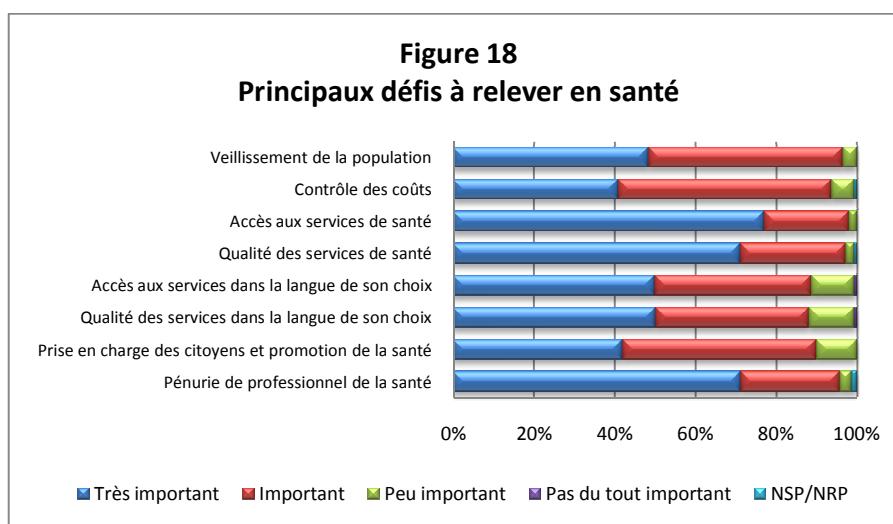


Lorsque nous demandons aux répondants quelle importance ils accordaient au fait de pouvoir offrir des services de santé en français dans un contexte minoritaire, le résultat est très positif. Plus de 95 % d'entre eux répondent que c'est important ou très important.



Cependant, lorsqu'on leur demande de mettre en perspective cet objectif avec d'autres défis à relever dans le domaine de la santé, leur position est plus nuancée. Ainsi, il ressort que l'accès aux services de santé (76,9 % très important) est plus important que leur accès dans la langue de

son choix (49,7 %), même que plus de 11 % ont répondu que c'était peu ou aucunement important. De la même manière, la qualité de services de santé (71,3 % très important) est plus importante que la qualité dans la langue de son choix (50,3 %) alors que près de 12 % répondent que c'est peu ou aucunement important.



Dans leurs commentaires, les répondants relèvent surtout des défis reliés aux ressources, financières très certainement, mais d'abord humaines. On parlera de la pénurie en matière de personnels, de leur manque de disponibilité et des carences en matière de motivation.

Cela dit, on relève plusieurs commentaires (une douzaine) où les personnes affirment avoir pour projet de contribuer à offrir des soins aux francophones en situation minoritaire :

« *Je me présente toujours en français en premier et j'encourage les autres infirmières à poursuivre des cours en français.* » « *Je veux pouvoir offrir mes services à la population âgée qui a peut-être de la difficulté à communiquer en anglais.* » « *J'ai décidé de compléter mon stage dans une communauté au nord de l'Alberta pour aider et apprendre comment contribuer aux services de santé en français dans un milieu minoritaire.* » « *J'ai étudié en français dans un programme relié à la santé pour faire la différence, pour améliorer les services de santé en français du futur.* »

4.2 La langue française en milieu de travail : quelques défis et enjeux

Pour bien mettre en perspective la culture des étudiants et nouveaux professionnels à l'égard des services de santé en français, il nous paraît nécessaire de relever quelques défis et enjeux soulevés en cours d'enquête relativement à l'usage de la langue française en milieu de travail.

Le premier défi qui nous semble ressortir est celui de la dispersion des professionnels francophones dans des organisations de santé essentiellement anglophones. Les francophones sont souvent isolés et laissés à eux même en milieu de travail anglo-dominant. On comprendra aisément que, dans un tel contexte, la mission de préserver l'offre de services en français est souvent quasi surhumaine. Plusieurs facteurs doivent être ici retenus :

« Ici à Edmonton on rencontre en moyenne 4 patients francophones sur 100, il est donc difficile de garder son français! »

- Comme nous le mentionnions plus tôt, le patient francophone aura le plus souvent tendance à s'adresser d'abord en anglais, car il fait l'hypothèse que la probabilité d'avoir un interlocuteur francophone est mince et qu'il est plus pratique de s'adresser à eux en anglais. Le professionnel francophone, souvent surchargé de travail et forcé d'employer majoritairement l'anglais avec ses collègues de travail, répondra spontanément en anglais même s'il décelait un accent français chez son interlocuteur. On comprendra que pour faire autrement, il devrait faire preuve d'une discipline hors du commun et prendre le risque de s'adresser en français à un patient qui l'a interpellé en anglais. À ce stade, les francophones en viennent eux-mêmes à se questionner : « *Pourquoi parlerait-on français puisque tout le monde comprend l'anglais* ».
- Certaines organisations majoritairement anglophones qui se veulent bilingues ont adopté pour pratique, en vue de répondre à la demande de services en français, de faire appel à leurs employés bilingues (généralement francophones) pour assurer, en plus de leurs responsabilités professionnelles, les fonctions de traduction. Cela se traduit le plus souvent par un alourdissement significatif de la tâche de ce traducteur de service auquel on demande même parfois d'assurer la traduction de documents écrits. Non seulement

cela entraîne-t-il une surcharge de travail, mais ça engage parfois la responsabilité du professionnel dans un domaine qu'il ne maîtrise pas toujours. De plus, un patient francophone qui réussit à identifier un membre du personnel parlant sa langue aura tendance à s'adresser le plus souvent à cet employé et prolongera la conversation pour le réconfort que lui procure le fait de se sentir en milieu familial. Cela incite au découragement et les francophones bilingues comprendront vite qu'il est plus prudent de ne pas s'afficher comme bilingue. Ils seront ainsi peu enclins à pratiquer l'offre active de services de santé.

- Les employeurs ont souvent une attitude ambiguë envers leurs employés francophones. Ils les recrutent souvent en raison de leurs compétences linguistiques qui s'ajoutent à leurs compétences professionnelles, mais restreignent en même temps leur latitude à s'exprimer en français. On exige d'eux qu'ils tiennent les dossiers des patients uniquement en anglais, les outils de travail, notamment pour les examens, sont disponibles uniquement en anglais et le plus souvent, on leur impose de s'exprimer uniquement en anglais avec leurs collègues de travail même s'il s'agit d'une conversation entre deux francophones.

« Ma patronne est anglophone et elle ne veut pas que je parle en français aux patients francophones, parce qu'elle ne comprend pas le français. Alors, j'ai deux options : où bien je m'assimile aux anglophones, où bien je quitte pour un autre établissement francophone. Dans les deux cas, je n'aide pas les patients francophones qui fréquentent mon établissement. »

Nombreux seraient les exemples où des professionnels francophones se voient refuser la possibilité de parler entre eux dans leur langue, car, si une personne de langue anglaise est le moindrement méfiante, elle craindra que l'on parle contre elle sans qu'elle ne le sache. Bref, c'est comme si certains employeurs souhaitaient afficher le caractère bilingue de l'établissement, mais dans la mesure où cela ne compromet en rien la domination de l'anglais. Il sera difficile pour un professionnel, dans de telles conditions, de maintenir ses compétences linguistiques en français.

- Ce qui ajoute à cette difficulté c'est que les syndicats participeraient souvent à cette répression du français dans des établissements de santé dits bilingues. D'abord, comme ils sont généralement composés en grande majorité de professionnels anglophones, ils se préoccupent peu des questions relatives à la qualité des services de santé en français. À tout le moins, c'est rarement leur priorité. Mais plus préoccupant encore, on nous signale plusieurs situations où le syndicat représente plutôt une embûche. Ce fut le cas à l'hôpital général de St-Boniface où le syndicat avait porté plainte en raison d'un nombre trop élevé d'embauches de personnes bilingues. Le syndicat allait même jusqu'à prétendre que l'ajout d'un nombre trop important de professionnels de langue française risquait de mettre en danger la santé des patients!³⁹

« Imaginez le jeune professionnel de la santé francophone qui est confronté à cette réalité. C'est difficile pour lui de s'affirmer et de travailler en français. On lui dit dès le départ : « On t'a embauché parce que tu es bilingue, mais tu dois parler en anglais à tes collègues, patients, etc. ». Lorsque ton syndicat tient ce genre de propos, on peut imaginer ce que ça fait sur la volonté du professionnel de la santé de valoriser le français. »

Si le syndicat et le patronat s'entendent pour craindre que la présence de personnes bilingues s'exprimant en français compromette la qualité du travail au sein de l'établissement, voire la sécurité des patients, on ne se surprendra pas d'entendre des francophones se plaindre de leur difficulté à progresser dans leur carrière au niveau de postes de responsabilité. C'est en tout cas la perception d'un bon nombre d'entre eux qui se disent frustrés du fait que la majorité des francophones demeurent au bas de l'échelle.

Conséquemment, l'offre de services de santé en français de qualité nécessiterait l'application de mesures de sensibilisation principalement auprès des gestionnaires du système afin qu'ils contribuent à la valorisation des professionnels francophones et à l'organisation des équipes de travail en tenant compte de cette variable. Les gestionnaires doivent cesser de dire : « *What's the problem, you all speak English !* » Ils doivent reconnaître le rôle central du professionnel francophone dans la capacité de l'établissement à offrir un service de qualité. De là, ils pourront

• ³⁹ Voir article dans le Winnipeg free press :
<http://www.winnipegfreepress.com/local/story/4102283p-4700541c.html>

mieux réfléchir au meilleur emploi possible des ressources humaines francophones. En ce sens, une présence accrue de gestionnaires francophones serait ici un facteur de succès important.

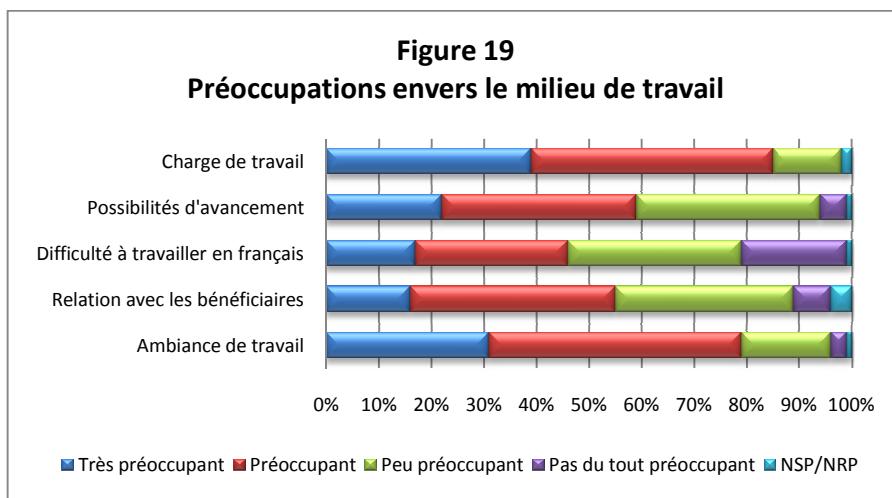
Sans l'appui des gestionnaires et de leurs syndicats, nos diplômés, ces nouveaux professionnels qui entrent dans le système, ne feront pas le poids. Intimidés par la lourdeur de la tâche et la structure de l'organisation, ils seront incapables de s'imposer, de brasser les choses et « *ils se feront « avaler » par la machine anglophone* ».

Ainsi, il nous semble que trois scénarios se présentent au nouveau diplômé. Le premier, le plus favorable, est celui où il a accès à un établissement de santé important fonctionnant essentiellement en langue française. Ici la problématique de l'offre de services de qualité en français ne se pose pratiquement pas et notre nouveau diplômé s'y consacre entièrement sans même s'en rendre compte.

Les deux autres sont plus contraignantes. Il y a celui que nous venons de décrire où sans l'appui de la direction de l'établissement, le nouveau professionnel n'aura d'autre choix que de s'assimiler, ce qui constitue un échec au plan de l'offre de services de santé en français de qualité. Le troisième scénario est d'intégrer un établissement communautaire francophone offrant des services de première ligne. Avec la première, cette option apparaît comme la plus susceptible de contribuer à l'offre de services de santé de qualité en français. Elle comporte toutefois trois défauts. D'abord, dans la perspective du patient, notre diplômé délaissera une part importante des services de santé offerts dans les plus grands établissements et consacrera leur caractère anglophone. Ensuite, dans la perspective de sa carrière, il devra faire le sacrifice de plusieurs possibilités de promotions qui ne se trouvent que dans les établissements de plus grande importance. Enfin, il sera appelé à œuvrer principalement en milieu rural, plus isolé, ce qui ne correspond pas aux aspirations du plus grand nombre. D'ailleurs, la plupart font leurs études dans des centres urbains, plusieurs y prennent des habitudes, se font des réseaux d'amis et sont alors réticents à retourner dans leur milieu d'origine.⁴⁰

⁴⁰ Voir notamment :R.A. Malatest & Associates Ltd (2002). « Jeunes des régions rurales, phase II, La migration des jeunes ruraux : Explorer la réalité derrière les mythes, *Secrétariat rural, Agriculture et Agroalimentaire Canada, Direction de la recherche et de l'analyse*, pages 21-45; Rural and Small Town Programme, Université Mount Allison (2005). « Repopulation des régions rurales du Canada atlantique – Document de discussion », *Comité panatlantique sur la repopulation, Secrétariat rural – Région de l'Atlantique; Partenariat rural canadien* (2003).

Lors de notre enquête par questionnaire auprès des étudiants et nouveaux professionnels, nous avons demandé d'indiquer leur niveau de préoccupation à l'endroit de 5 éléments prédéterminés. Or, il s'avère que ce soit la charge de travail qui occupe le premier rang avec 85,5 % de répondants qui s'en disent préoccupés ou très préoccupés.



Mais, ce qui nous semble le plus préoccupant dans la perspective de l'offre de services en français, c'est la dernière place occupée par la difficulté à travailler en français et envers laquelle plus de 52 % des répondants se disent peu ou aucunement préoccupés. Trois types d'explication nous semblent pouvoir être retenus ici : le premier serait que la majorité des répondants vivent dans des communautés où les francophones sont nombreux et estiment qu'ils pourront travailler en français; le second se rapporterait à un défaut de sensibilisation aux conditions réelles de travail des professionnels francophones en situation minoritaire; enfin, le troisième serait lié à leur niveau de bilinguisme faisant en sorte qu'ils ont tendance à minimiser l'importance de cet enjeu. Les trois explications nous paraissent pertinentes. Nous croyons que la dernière correspondrait principalement à la position des 20 % qui ont indiqué n'avoir aucune préférence en ce qui concerne la langue de travail. Cela nous suggère donc qu'approximativement 30 % des répondants ne se préoccupent pas ou peu de cette question en raison d'une méconnaissance ou d'une évaluation optimiste de la réalité à l'égard de l'enjeu linguistique en milieu de travail. Cela

dit, pour apporter une réponse plus précise et mieux éclairée il faudrait poursuivre la recherche auprès d'un échantillon élargi.

5. LES ACTIONS À MENER

La démonstration qui précède nous conduit à affirmer que s'il faut d'abord se préoccuper de l'offre de services de qualité, il ne faudra pas négliger les moyens susceptibles de favoriser également la demande. C'est pourquoi si nous relèverons principalement des actions relatives à la formation des professionnels de la santé, nous ne nous y limiterons pas et aborderons également des moyens relatifs au milieu, soit à la communauté et au milieu du travail.

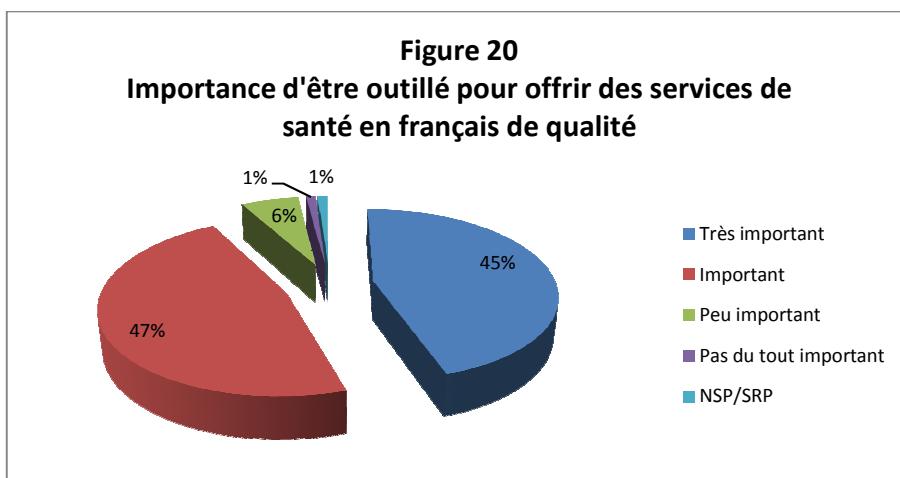
5.1 Les actions sur la formation

Nous avons relevé à quelques reprises les différences de conditions des communautés francophones en situation minoritaire. Ces variations appellent aussi une variété d'actions concrètes. Nous entretenons la conviction que l'efficacité de toute mesure dépend de son adaptation aux réalités de chacune des communautés. Toutefois, nous ne sommes pas en mesure de présenter ici des actions adaptées à chacune de ces situations. Nous croyons plus opportun, à ce moment-ci, de dresser la liste des suggestions issues de notre cueillette de données et laisser à chaque communauté l'initiative d'en faire la sélection, l'adaptation, voire de la compléter, l'améliorer dans un dialogue constructif.

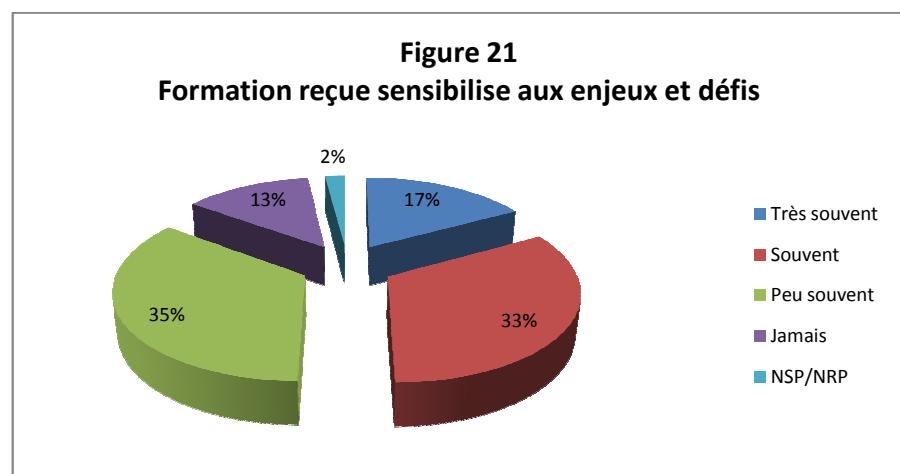
Soulignons au départ qu'une majorité de nos interlocuteurs s'entendent pour dire que nonobstant la qualité de la formation professionnelle qu'ils reçoivent, les diplômés sont généralement mal préparés pour faire face à la réalité du marché du travail en ce qui a trait aux enjeux, problèmes et défis rencontrés par les francophones en contexte minoritaire relativement à la qualité des services de santé. Certaines exceptions ont toutefois été soulevées par exemple, celle des diplômés en travail social dont la formation intègre généralement ce type de questions. Ainsi, au-delà des connaissances et des compétences à acquérir, la formation devrait être l'occasion d'une appropriation, par les professionnels en devenir, de la cause de la qualité des services de santé en français et servir à renforcer leur engagement à y contribuer. On nous a même suggéré l'idée que le CNFS, conjointement avec ses partenaires, devrait exiger l'acquisition de cette compétence

pour l'obtention d'un diplôme en santé. Cette compétence s'avérant tout aussi importante que le fait de détenir certaines compétences techniques.

Les répondants à notre questionnaire sont pratiquement unanimes (plus de 92 %) pour dire qu'au-delà des compétences techniques ou professionnelles, il est important ou très important qu'un programme de formation dans le domaine de la santé fournisse les outils nécessaires pour contribuer à l'amélioration des services de santé en français.



En revanche, lorsqu'on leur demande s'ils ont été sensibilisés, en cours de formation, aux défis et enjeux dans le domaine de la santé pour les francophones en contexte minoritaire, on obtient un résultat très mitigé. 50 % nous répondent par l'affirmative (souvent, très souvent) et pratiquement 50 % par la négative (peu souvent, jamais).



Cela nous semble confirmer la nécessité d'une réflexion et de l'établissement d'une stratégie en la matière.

5.1.1 Les contenus à livrer

Ici les suggestions sont nombreuses et nous les présenterons selon un ordre de fréquence, soit le nombre d'interlocuteurs qui les ont relevées. Il est entendu toutefois que la fréquence ne doit pas être notre seul critère et l'exercice de réflexion qui suivra la production de ce rapport devra également tenir compte du potentiel de chacun des contenus en rapport à l'objectif de l'outillage des professionnels de la santé au profit d'une offre de services de santé de qualité.

Ainsi, dans l'ordre les thèmes ayant été relevés par nos interlocuteurs rencontrés en entrevue en vue de leur intégration dans la formation des professionnels de la santé sont : les compétences culturelles, la connaissance des droits des minorités, les réalités et conditions spécifiques des communautés en situation minoritaire, l'impact de la langue sur la santé, les compétences linguistiques en anglais comme en français, la fierté d'être francophone, le leadership et enfin, les habiletés sociales.

a) *Les compétences culturelles*

La notion de compétences culturelles est jugée très complexe et on estime que le simple fait d'être francophone ne signifie aucunement que le professionnel de la santé en maîtrise le sens et les comportements qu'elles appellent. Comment faire en sorte qu'un professionnel de la santé intègre dans sa pratique une sensibilité aux différences culturelles, un respect des valeurs du patient ? La qualité du service en serait largement affectée.

« Les questions d'identité culturelle et de construction identitaire doivent faire parties du paysage de tous les cours de A à Z. Ces questions doivent être un fil conducteur à travers le programme d'étude ».

« Les différences culturelles donnant lieu à des communications inefficaces et à des malentendus contribuent souvent à créer d'autres obstacles encore. Une

communication limitée résulte souvent en une évaluation incomplète et, par conséquent, en un traitement restreint. »⁴¹

Plusieurs parleront plus largement d'orienter le contenu vers l'interculturel, l'ouverture aux autres. Il est question ici de tenir compte des spécificités culturelles dans les différents milieux. On nous mentionne le fait que certains programmes ont développé des outils pour savoir transiger avec des autochtones ou des immigrants. Il serait important de faire la même chose pour les francophones, et ce, dans tous les programmes.

Ainsi, il faudrait voir à développer des contenus sur les questions relatives à la diversité culturelle et à l'inclusion et à les intégrer dans les programmes de formation.

b) La connaissance des droits des minorités

On estime généralement que les professionnels de la santé devraient maîtriser un minimum de connaissances sur les droits de la minorité francophone et le contexte législatif provincial. Ils doivent connaître non seulement les droits acquis par les francophones du Canada, mais également les responsabilités gouvernementales concrètes, contenues dans la loi, relativement à l'offre de services de santé en français de qualité. Il faut les initier aux processus prévus dans la législation et la réglementation pour faire respecter les droits des francophones.

Cette connaissance servirait de support à leur engagement, voire leur responsabilité à revendiquer et défendre les droits des francophones. Cela pourrait également leur être utile pour opérer, en tant que francophone dans leur milieu de travail respectif. Il faudrait leur faire comprendre qu'ils ont le droit de travailler dans leur langue et d'offrir des services en français aux patients.

« Ils doivent entretenir le sentiment que leurs revendications linguistiques ne sont pas du « chialage », mais plutôt une question de droit. »

Cependant, il nous est apparu que le choix en faveur de ce thème appelle à certaines nuances. En effet, si tout le monde s'entend sur le besoin de sensibiliser les futurs professionnels aux questions relatives aux droits des francophones, certains estiment qu'il serait préférable de

⁴¹ Santé Canada (2001). http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/part4-doc1_f.html, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne], op.cit..

valoriser d'abord le respect de la personne et la qualité des services de santé. Avant d'être un droit, l'accès à des services dans sa langue doit être compris comme un déterminant de la santé.

Les professionnels de la santé, tout comme les gestionnaires, ne devraient pas offrir des services en français uniquement en raison de leurs obligations légales, mais d'abord parce qu'ils reconnaissent que la prise en compte des conditions sociales, de la langue et de la culture est un facteur essentiel à la livraison de services de qualité. On devrait donc insister, dans la formation des professionnels de la santé, non pas sur les contraintes et les recours, mais sur les motifs qui font en sorte qu'il est nécessaire d'intégrer la langue dans les conditions d'un service de qualité.

« Ce n'est pas juste une question légale, c'est une question de santé un point c'est tout ! »

c) Les réalités et conditions des minorités

On estime ici que les professionnels de la santé doivent être informés du contexte et des enjeux relatifs aux conditions des francophones en situation minoritaire. Cela comprendrait une perspective historique qui mettrait en relief les luttes des communautés minoritaires (ex. Montfort) pour conserver et développer les services de santé dans leur langue, l'évolution de ces services, les acquis à défendre. À la dimension historique, il faudrait ajouter les dimensions politique, culturelle et sociale. On pense par exemple ici aux outils existants et à développer pour influencer la décision en faveur de services de santé en français de qualité. On pense aussi aux conditions sociales variables dans les communautés francophones en situation minoritaire dont, entre autres, le niveau d'alphabétisation qui appelle à des ajustements dans le langage employé avec les patients.

Un tel contenu servirait de base à leur engagement dans la mesure où le message serait qu'ils ont un rôle majeur à jouer dans la poursuite de la lutte pour maintenir ces acquis, voire améliorer la qualité des services de santé mis à la disposition des francophones.

d) La langue comme déterminant de la santé

On estime que, le plus souvent, les professionnels de la santé ne reconnaissent pas la langue comme un important facteur de santé. Ainsi, les programmes de formation devraient insister sur l'importance de considérer la langue comme un déterminant de la santé. Il faut les sensibiliser, faire en sorte qu'ils réalisent à quel point la langue influence l'état de santé des gens. On estime qu'une fois qu'ils en comprendront l'importance, ils seront plus enclins à en faire leur cause et adopteront des comportements au travail en faveur d'une offre active de services de santé en français. Bref, on insiste à nouveau sur le fait que les professionnels de la santé doivent s'avoir clairement pourquoi ils doivent desservir leurs patients en français, que ce n'est pas qu'une question de droit, mais une question de santé.

e) Les compétences linguistiques

Avec les compétences linguistiques, on se réfère bien entendu au langage employé par les professionnels de la santé dans leurs rapports avec leurs patients. On y fait référence au niveau de langage, à l'usage de patois dans les communautés comme à celui de la terminologie médicale. Il importe ici de bien faire comprendre aux futurs professionnels l'importance de simplifier le message pour accroître l'efficacité des interventions auprès des patients.

On se réfère également à la qualité de la langue française, principalement écrite, des étudiants qui n'est pas toujours d'un niveau acceptable. Mais on nous a aussi indiqué à quelques reprises la nécessité de former nos futurs professionnels à la terminologie anglaise dans la mesure où ils y seront systématiquement confrontés en milieu de travail.

Enfin, certains estiment que l'offre de services de santé en français de qualité repose aussi sur l'apprentissage par les anglophones de la langue française.

f) La fierté d'être francophone

Plusieurs de nos interlocuteurs craignent le désengagement des jeunes à l'égard de la cause francophone. Il faut à tout prix éviter que les jeunes échappent à la culture francophone,

« Il faut faire en sorte que ce soit « cool » d'être francophone. »

la jugeant plus folklorique que fonctionnelle.

L'enjeu serait donc de construire, en cours de formation, le sentiment de fierté francophone. Ils doivent comprendre l'importance de leur rôle, à titre de professionnels de la santé, d'abord sur leur environnement de travail, la qualité du service offert aux patients et, à terme, sur la vitalité de leurs communautés. Ils doivent prendre conscience de l'impact qu'ils peuvent avoir sur l'épanouissement de la langue et la culture française au Canada.⁴²

Pour y arriver, une personne nous suggérait de s'intéresser à ce qui fait qu'une personne va s'identifier comme médecin ou infirmière.

« Une fois qu'on aura compris ça, on aura juste à faire pareil avec l'idée de s'identifier comme francophone. Le professionnel de la santé devrait se sentir appartenir à sa communauté linguistique avant sa profession, mais c'est plutôt le contraire qui arrive. »

Il faudrait aussi construire cette fierté en valorisant les succès, en identifiant les acquis, les services disponibles en français, en établissant des comparaisons avec ceux qui réussissent le mieux pour fixer des buts constructifs derrière lesquels les gens seraient fiers de se mobiliser.

g) Le leadership

Un professionnel de la santé francophone qui comprend l'importance de son rôle pour la qualité des services de santé et la vitalité de sa communauté doit exercer un certain leadership principalement en milieu de travail. Aussi, il faut développer les compétences de leadership chez nos diplômés afin qu'ils puissent mieux contribuer à sensibiliser leur milieu, promouvoir l'offre de services de santé de qualité et ainsi faire progresser l'état des choses.

« Si on continue à jouer des rôles de troisième niveau, il nous faudra un temps fou pour arriver à changer des choses. C'est pour ça qu'on a besoins de francophones compétents qui occupent des positions clés et exercent du leadership. »

« Il faut sensibiliser les professionnels de la santé pour qu'ils comprennent qu'ils ont une responsabilité d'exercer un leadership à l'intérieur du système. »

⁴² Voir notamment à ce sujet : Landry, R. (2005). « L'éducation : pierre angulaire de la revitalisation des communautés francophones et acadiennes ». Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des langues officielles, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.

Aussi, il faudrait former des gestionnaires francophones qui puissent occuper des postes clés leur permettant d'exercer le leadership nécessaire au profit du renforcement de l'organisation des services de santé en français.

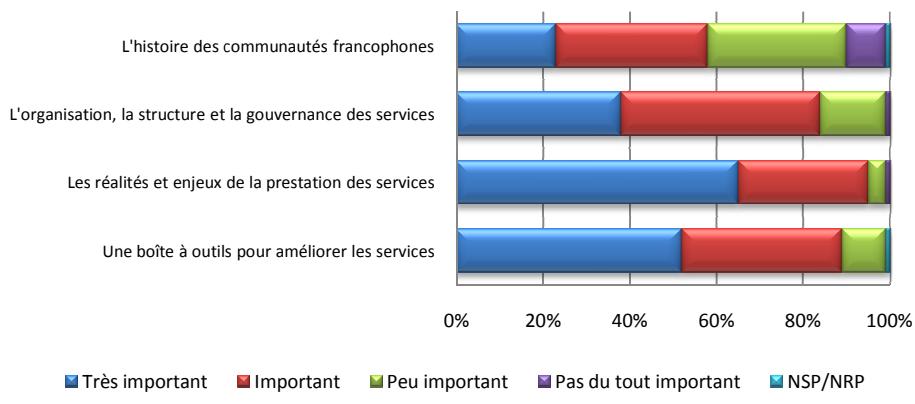
h) Les habiletés sociales

Les professionnels de la santé ne devraient pas se limiter à la mécanique de leurs interventions, mais aussi développer leur « savoir-faire » et « savoir-être ». Les habiletés sociales sont donc très importantes. On se réfère ici aux relations interpersonnelles, à l'éthique, à la créativité et à l'intelligence émotionnelle.

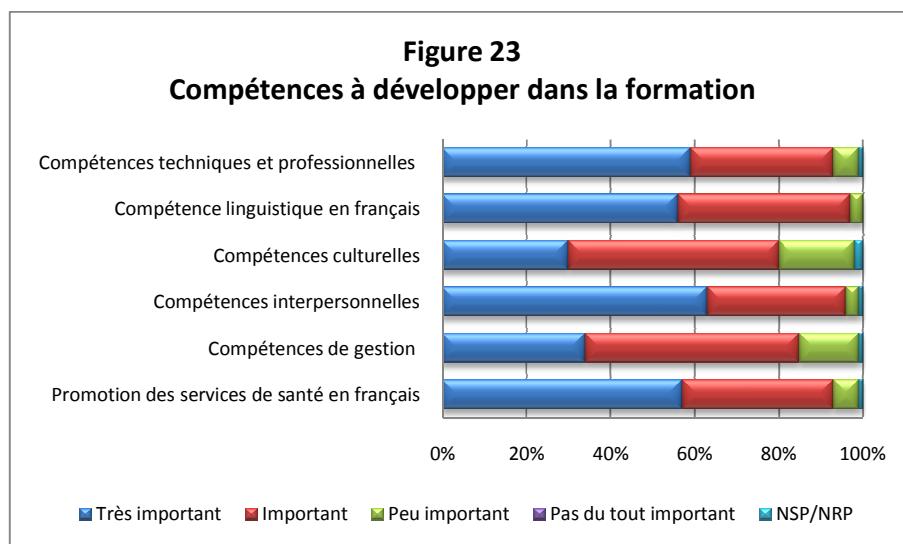
*
* *

En ce qui se rapporte aux répondants à notre questionnaire, nous leur avons posé trois questions relatives aux contenus à développer, deux fermées et une ouverte. Dans une première question où nous leur présentions 4 domaines de connaissances prédéterminés, nous remarquons que s'ils les accueillent toutes favorablement, deux positions se démarquent. D'abord, la plus populaire est sans conteste les connaissances relatives aux réalités, enjeux et défis liés à la prestation des services de santé en français. Ensuite, celle qui apparaît comme sensiblement moins populaire se rapporte à l'histoire des communautés francophones en contexte minoritaire.

Figure 22
Domaines de connaissance à inclure dans la formation



Une seconde question présentait, selon la même formule, un choix de 6 compétences à développer. Ici, les résultats sont nettement plus serrés, mais il ressort que les compétences linguistiques en français sont favorisées par un très grand nombre, presque à égalité avec les compétences interpersonnelles. Le résultat le plus bas est obtenu par les compétences culturelles, mais on peut émettre l'hypothèse qu'elle n'est pas très bien comprise par tous.



Dans le cadre d'une question ouverte, les répondants étaient invités à nous communiquer les thèmes, sujets ou questions qui devraient, selon eux, être abordés dans une formation à l'intention des professionnels de la santé afin de mieux les préparer à intervenir dans le sens de l'amélioration des services de santé en français dans leur milieu de travail. Les nombreuses suggestions peuvent être regroupées selon 5 thèmes. Deux de ces thèmes ont été l'objet de très nombreuses suggestions : les compétences linguistiques en milieu de travail (23 énoncés) et la compréhension des conditions des communautés en situation minoritaire (21 énoncés). Les trois autres ont été moins fréquemment relevés : les outils pour l'offre de services en français (7 énoncés), les droits des francophones (6 énoncés) et les programmes et services gouvernementaux existants (3 énoncés).

i) Les compétences linguistiques en milieu de travail

Les préoccupations soulevées ici rejoignent celles recueillies lors de nos entrevues. Il y est question d'être formé aux moyens permettant une bonne communication avec les patients francophones, d'adapter le langage en employant un vocabulaire accessible à tous. On relève aussi la nécessité de s'assurer de la qualité du français oral et écrit des professionnels de la santé. Enfin, cinq commentaires portent sur la nécessité du bilinguisme alors qu'une personne suggère même d'inclure un cours de traduction dans les programmes.

j) La compréhension des conditions des communautés en situation minoritaire

Ce thème regroupe trois sous thèmes. De nombreux énoncés portent sur la compréhension des enjeux, défis et besoins quotidiens des francophones en situation minoritaire. On relève un nombre tout aussi important d'énoncés qui se rapportent à la communication de données pour connaître le profil des communautés francophones (distribution géographique, accès aux services, taux de satisfaction, épidémiologie, comparaison avec les anglophones..). Enfin, deux énoncés relèvent la nécessité de connaître l'histoire de la langue française au Canada.

k) Les outils pour l'offre de services en français

Ici, les répondants aimeraient être informés des outils existants pour faire la promotion du français dans les milieux minoritaires. D'autres souhaiteraient connaître les endroits qui offrent des services de santé en français.

l) Les droits des francophones

Les énoncés répertoriés ici portent sur les lois et règlements traitants des services de santé pour les communautés minoritaires, le droit de travailler en français et surtout, comment aider les gens à connaître leurs droits.

5.1.2 Les outils à développer

Lorsqu'il est question d'identifier les voies les plus susceptibles de permettre une transmission efficace des contenus identifiés, trois commentaires généraux ont été formulés et sont, dans un ordre d'importance :

D'abord, les contenus susceptibles de favoriser l'implication des nouveaux professionnels dans l'offre de services de santé de qualité ne devraient pas faire l'objet d'un ou de quelques cours spécifiques, mais devraient plutôt constituer une toile de fond traversant l'ensemble des programmes de formation.

« C'est dans les petites choses quotidiennes du programme qu'on aura un effet. Il faut répéter le message pour conscientiser. C'est avec les années que ça se développe. »

Ensuite, on estime qu'il faut varier les méthodes de transmission de ces contenus. Il faudrait trouver des formules flexibles, adaptées aux différentes disciplines, orientées vers la pratique et qui susciteront l'intérêt des étudiants les plus jeunes.

« Plus il y aura de façons différentes de faire la promotion de l'importance d'offrir des services de santé en français, plus les étudiants auront accès à des contenus variés, plus le message sera ancré chez les jeunes professionnels de la santé. »

Enfin, on considère que la majorité des programmes sont très chargés et que les responsables académiques sont réticents à réduire la part de contenu spécifique à la discipline pour laisser plus de place à des contenus de formation générale. Aussi, certains soutiennent que ce type de contenu devrait être livré à l'extérieur des programmes. En revanche, d'autres soulignent la nécessité de rendre ces contenus obligatoires sans quoi on risque de n'y intéresser que les personnes déjà convaincues. Cela dit, trois outils à privilégier ressortent de nos entrevues. Dans l'ordre de fréquence, on retrouve : l'intégration de ces contenus aux exigences des stages; l'emploi de simulation et d'études de cas; la tenue de conférences.

a) Les stages

La question des stages a été abordée par la plupart de nos interlocuteurs rencontrés en entrevue alors que trois répondants à notre questionnaire ont relevé la nécessité de faire des stages en français. On y a discuté non seulement de leur potentiel, mais également des difficultés inhérentes à leur mise en application.

Les principales qualités des stages qui nous ont été signalées sont :

- Qu'ils se retrouvent dans un nombre croissant de programmes de formation en santé, voire de la quasi-totalité.
- Qu'ils relèvent de la pratique, recoupant ainsi une part importante des contenus devant être livrés. Le stage étant l'activité le plus près de la réalité du vécu du professionnel, il représente un lieu à privilégier pour sensibiliser à l'importance de la langue et aux défis rencontrés en milieu de travail.
- Que les stages sont une occasion idéale de conscientisation par une expérience concrète d'intégration à la communauté et donneront des résultats plus forts que toute formation théorique.
- Que l'intégration en leur sein de sujets relatifs à l'offre de services de santé de qualité en français risque peu d'alourdir les programmes de formation.

Une étudiante francophone, de retour de stage affirmait :
« J'ai réalisé à quel point je ne serai pas une infirmière comme les autres en raison de ma connaissance du français! »

« Après avoir travaillé en milieu de stage, les étudiants auront pu mesurer, par leur vécu, l'importance de servir le patient dans sa langue. Ils sont témoins du soulagement sur le visage des patients lorsqu'ils reçoivent le service dans leur langue. »

Aussi, il y aurait lieu d'inclure des objectifs propres à l'offre et la demande de services en français dans l'encadrement et l'évaluation des stages. Lors des séminaires liés aux stages, les défis rencontrés en rapport aux minorités francophones devraient être abordés de façon sinon prioritaire, du moins équitable afin de conscientiser les futurs professionnels à leur rôle à l'égard de l'offre de services de santé de qualité en langue française. Aussi, chaque stage devrait être accompagné d'un cahier de sensibilisation sur les questions relatives à l'offre de services en

français. De plus, les grilles d'évaluation des stages devraient inclure des critères propres à ces questions. Quelle est la réalité du bilinguisme dans un milieu anglo-dominant? Faut-il servir dans la langue du patient où dans celle du patron? Ce type de questions devrait faire l'objet de discussions lors du retour de stage.

Si certains craignent que l'ajout de ces éléments de formation au stage se traduise par un alourdissement du fardeau des stagiaires d'autres suggèrent plutôt d'augmenter le nombre d'heures de stage pour en réservier spécifiquement à cet objectif. Il serait, par exemple, utile que les étudiants réalisent des stages diversifiés, en milieu rural et urbain par exemple. Cela permettrait de les sensibiliser au pluralisme des réalités et défis des francophones en contexte minoritaire et au fait que la langue constitue un déterminant de la santé.

Si l'intérêt du stage ne semble faire aucun doute, sa mise en pratique pose de nombreux défis, principalement en matière d'accès à des milieux de stage et à des précepteurs francophones. La capacité d'accueil des réseaux de stage en français étant parfois limitée, on est souvent forcés d'accepter des stages en milieu faussement bilingues ou carrément anglophones. Ici, les précepteurs sont généralement anglophones ce qui contribue à alimenter la perception chez le professionnel en formation que le milieu du travail sera essentiellement anglophone.

« Le stage est un moyen efficace pour valoriser le français comme un instrument de qualité de service de santé, mais s'ils font des stages là où le français n'est pas valorisé, ça risque d'avoir l'effet contraire. »

En revanche, il ne semble pas plus judicieux de retenir des lieux de stages dans des milieux fortement francophones, comme au Québec par exemple. Dans de tels milieux, la maîtrise de l'anglais est souvent valorisée, ce qui ne contribue pas à mettre en valeur la maîtrise du français dans la livraison des services, bien au contraire.

Outre le nombre limité de précepteurs francophones, on soulève également le faible degré de compétence et de sensibilité en matière de qualité des services en français chez plusieurs d'entre eux. Il faudrait donc initier une stratégie d'encadrement des précepteurs pour les sensibiliser à la nécessiter de former et évaluer les stagiaires en regard de leurs compétences linguistiques. Il faut les convaincre de l'importance d'offrir des services de qualité dans la langue du patient afin qu'ils le communiquent à leurs stagiaires.

Aussi, l'espoir réside dans le fait qu'une stratégie visant l'outillage des diplômés francophones au profit d'une offre de service de santé de qualité en français devrait se répercuter à moyen terme sur la question des précepteurs. En effet, les futurs diplômés sont aussi de futurs précepteurs qui auront été sensibilisés à l'importance de cette question.

b) L'emploi de simulations et études de cas

Poursuivant dans l'orientation selon laquelle le type de connaissances et de compétences nécessaires à l'outillage de nos futurs professionnels en matière d'offre de services de qualité en français s'acquierte surtout par des expériences concrètes, nos interlocuteurs suggèrent que l'on prévoit dans tous les programmes, voire dans la majorité des cours, l'emploi d'études de cas et de simulations où les étudiants sont face à des situations réelles en la matière et doivent identifier le comportement professionnellement et culturellement souhaitable. D'ailleurs, cet outil pourrait servir tout autant aux anglophones en formation afin qu'ils prennent conscience de l'importance des services faits à la personne qui ne peut être soignée dans sa langue. Plusieurs cas réels pourraient être répertoriés et documentés en vue de construire des simulations et études de cas. On relève à nouveau le fait que ce type d'outil existe actuellement dans certains programmes pour outiller les étudiants qui auront à transiger avec des autochtones et des immigrants. Certains estiment d'ailleurs que ce type d'exercice devrait être expérimenté avant même le premier stage prévu au programme de l'étudiant.

Par ailleurs, la méthode d'apprentissage par problème employé dans un nombre croissant de programmes s'applique parfaitement ici. Il suffirait d'y intégrer des exercices répondant aux principes d'offre active de services en français. Aussi, l'intérêt de telles méthodes serait accru dans la mesure où l'exercice est suivi de discussions, d'échanges sur les perceptions, les valeurs en jeu, les fautes commises, les solutions à apporter, les étapes à respecter.

Quatre des répondants au sondage souhaiteraient être mis en contact avec des cas concrets, des histoires vécues de personnes qui ont été affectées par la langue de livraison des services de santé. L'un d'eux suggère l'emploi d'une simulation où les participants seraient en rapport à un professionnel employant une langue qui leur serait totalement inconnue. Ils réaliseraient ainsi l'impact sur la qualité du service de l'emploi d'une langue que l'on ne comprend pas. Cela devrait les convaincre de la nécessité de livrer le service dans la langue du patient.

c) La tenue de conférences

Les conférences représenteraient un outil simple à mettre en œuvre dont le potentiel ne devrait pas être sous-estimé. Leur principale force est de former par l'exemple. On compte ainsi sur le processus d'identification qui, au-delà de la sensibilisation, procure un modèle de succès et participe à la valorisation du comportement souhaité.

Pour y arriver, il faudrait disposer d'une banque de conférenciers, le plus souvent recrutés chez les professionnels en place, leurs pairs, qui seraient en mesure de communiquer leurs histoires à succès, partager leurs solutions, outils et pratiques novatrices et susciter l'enthousiasme. Si l'échange autour d'expériences concrètes en milieu de travail devait idéalement se faire en personne, il serait avantageux de recourir à des vidéos, voire à l'usage des nouveaux médias. L'important serait de multiplier l'exposition au message, quel qu'en soit le médium.

5.2 Les actions sur le milieu

La mise en œuvre d'un plan d'action au profit de l'outillage des futurs professionnels de la santé en matière d'offre de services de santé en français de qualité, nécessiterait la mise en œuvre d'une stratégie multiple s'adressant aux différentes composantes du milieu.

« Comme le soulignait avec insistance la stratégie de 2001, la sensibilisation et l'engagement du milieu sont absolument nécessaires à l'amélioration de l'accès aux services de santé en français et à la pérennité des efforts déployés. »⁴³

Notre étude nous permet, à ce moment-ci d'en relever trois : les stratégies envers le corps professoral; les stratégies envers la communauté; les stratégies envers le milieu du travail.

5.2.1 Les stratégies envers le corps professoral

Nul ne contestera le fait que tout projet d'outillage des futurs professionnels de la santé dans le cadre des programmes de formation existants nécessitera l'implication enthousiaste d'une partie du corps professoral.

⁴³ Société Santé en français (2007). « Des communautés francophones en santé – Plans directeurs de réseautage, de déploiement des ressources humaines et d'organisation de services : 2008-2013 », page 19.

« La stratégie de départ doit consister à mobiliser les « coachs », c'est-à-dire les enseignants, les superviseurs de stage, etc. Ils doivent accepter d'inclure certains éléments dans les curriculums. Si eux n'y croient pas, comment pourra-t-on les inclure? »

Acteurs clés du processus de formation, ils ont un rôle essentiel à y jouer. D'abord, ils doivent être eux-mêmes sensibles aux problématiques de l'offre de services en français si l'on veut qu'ils s'appliquent à sensibiliser à leur tour leurs étudiants. Pour s'impliquer dans un effort de valorisation du fait français et donner confiance en leur langue aux futurs professionnels de la santé, ils doivent considérer l'insertion de la question linguistique comme un atout important, une valeur ajoutée à la formation qu'ils assurent.

Est-ce qu'un nombre important de professeurs sont conscients de l'existence du CNFS, de ses objectifs, ses programmes? Quelle proportion d'entre eux a acquis, par l'expérience, une compréhension des défis et enjeux en cause? Combien sont prêts à intégrer volontairement à leur matériel de cours des exercices de sensibilisation?

Cela dit, l'insertion de tels contenus ne pourra être imposée aux professeurs. Il faudra donc penser une stratégie de sensibilisation du corps professoral. Peut-être faudrait-il, selon certains, procéder d'abord avec des projets pilotes et, petit à petit, à force de succès, créer ou alimenter le mouvement. Cela dit, il ne faudrait pas non plus surestimer le niveau de résistance. Par exemple, certains professeurs ont mentionné qu'ils avaient, avec le temps, négligé d'intégrer de telles notions dans leurs curriculums et que le simple échange sur le sujet les avait sensibilisés à nouveau sur son importance et qu'ils ne seraient aucunement réfractaires à réviser leurs cours en conséquence. Alertés sur l'état de la situation, des professeurs ont donc déjà la volonté de le faire.

Les répondants à notre sondage ont formulé quelques commentaires à cet égard. Certains souhaiteraient que les professeurs fassent un effort important pour identifier des manuels récents disponibles en langue française où de s'assurer d'une bonne compréhension des documents en anglais. D'autres parlent d'ouvrir l'accès à des cours de français par la gratuité d'inscription et de récompenser la bonne maîtrise de la langue française.

5.2.2 Les stratégies envers la communauté

Si les professeurs ont un rôle important à jouer, ils devraient, selon certains, le jouer en collaboration avec la communauté. La responsabilité de l'outil au profit d'une offre de

services de santé en français de qualité ne reviendrait pas uniquement aux professeurs, mais appartiendrait à l'ensemble de la communauté.

Ce ne serait d'ailleurs pas la responsabilité unique des francophones, mais devrait engager tout autant la responsabilité des anglophones. « *On a des alliés anglophones et il faut les inclure dans notre stratégie!* » Conséquemment, les institutions d'enseignement devraient impliquer la communauté dans l'identification des contenus et des outils à développer pour participer à améliorer l'accès et la qualité des services de santé offerts en français. L'engagement des communautés étant essentiel, il importe de développer des processus mettant en relation l'ensemble des acteurs de la communauté avec les professeurs, étudiants, professionnels et gestionnaires des services de santé. Il faut voir à créer des ponts, développer des partenariats, décloisonner les milieux (établissements de santé, établissements de formation, associations...) afin que chacun s'implique. De la même manière, il faut que la communauté reconnaissse les efforts des professionnels et des institutions de formation de manière à ce que chacun valorise le succès des autres. C'est pourquoi, il serait important de s'appliquer à informer les communautés, voir à les former en regard des services auxquels ils ont accès et à leur rôle pour la survie et l'amélioration de ces services.

Bref, le développement des services de santé en français de qualité se réalisera simultanément avec le développement des capacités communautaires. Il faut donc développer les partenariats et favoriser le réseautage de manière à maintenir un sentiment d'appartenance à la francophonie même pour les communautés les plus isolées. À ce titre, il faut s'assurer de la meilleure circulation possible de l'information afin de combattre l'isolement et favoriser la mobilisation du plus grand nombre.

Aussi, un certain nombre d'étudiants et de nouveaux professionnels affirment qu'ils doivent s'impliquer dans la cause, revendiquer des services de santé de qualité en français, sensibiliser les décideurs à l'importance du sujet et établir le contact en français avec les patients francophones.

5.2.3 Les stratégies envers le milieu de travail

Nous avons abordé plus haut quelques défis et enjeux en matière linguistique qui se retrouvent en milieu de travail. Il apparaît clairement que tout projet en faveur de l'offre de services de santé en français de qualité ne pourra se limiter à la formation des professionnels de la santé, mais

devra comporter également des stratégies à employer en milieu de travail. Si le traitement des problématiques relatives à la formation des professionnels relève principalement du CNFS, cet aspect de la question interpelle de façon particulière la Société santé en français. Les mesures à prendre sont nombreuses et variées. Énumérons, dans le désordre, celles qui ont été portées à notre attention :

Ainsi, il faut :

- Sensibiliser et outiller les employeurs si l'on veut qu'ils contribuent à leur tour à sensibiliser et outiller les nouveaux professionnels.
- Engager les gestionnaires dans nos partenariats afin qu'ils développent des milieux de stages accueillants et pertinents à la cause de l'offre de services en français et assurent un encadrement adéquat.
- Faire un travail de sensibilisation auprès des syndicats et des ordres professionnels.
- Mener des actions d'information et de sensibilisation des gestionnaires anglophones.
- Développer des moyens pour valoriser, reconnaître et récompenser les professionnels qui participent à l'offre de services en français de qualité. Le français doit être reconnu comme une valeur ajoutée par les différents milieux de travail, même chez les anglophones. Les succès doivent être l'objet d'une importante diffusion pour susciter l'enthousiasme et contribuer à la mobilisation des nouveaux professionnels.
- Mettre en réseau les professionnels de la santé œuvrant en français dans différents milieux afin de pallier à l'isolement et entretenir le sentiment d'appartenance à un groupe, une identité partagée. L'emploi du « Web » pourrait être envisagé ici.
- Développer le mentorat entre professionnels francophones.
- Généraliser et automatiser le port de l'épinglette identifiant les professionnels en mesure d'employer le français.
- Créer, chez les professionnels francophones, par des mesures incitatives, le réflexe de se présenter d'abord en français auprès du patient.
- Revoir l'emploi des ressources humaines francophones de manière à corriger le fait que les employés bilingues se retrouvent souvent avec une charge de travail accrue en raison de leur bilinguisme.

- S’assurer que les employés travaillant dans les établissements de santé comprennent l’importance d’offrir des services de santé dans la langue du patient.
- Assurer un suivi en milieu de travail pour maintenir les compétences linguistiques des professionnels de la santé.
- Développer des programmes de formation continue pour les professionnels déjà en poste.
- Favoriser la création de nouvelles associations professionnelles ou de réseaux nationaux de professionnels de langue française.

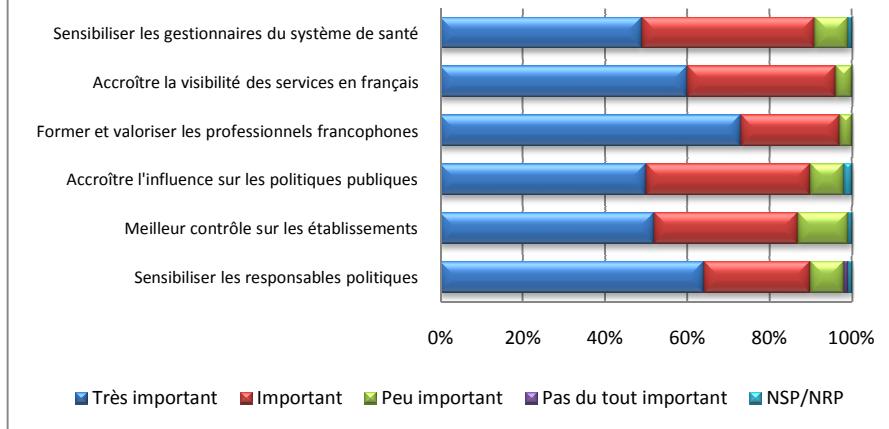
Une voie qui nous a été suggérée à quelques reprises lors de nos entrevues est celle de créer des milieux de travail où l’on valorise l’usage du français et où les professionnels formés par le CNFS pourront exceller.

Dans de tels milieux, la maîtrise du français serait récompensée et reconnue comme une valeur ajoutée importante pour le système de santé. Bref, l’outillage de futurs professionnels de la santé ne devrait pas, selon certains de nos interlocuteurs, viser uniquement la livraison ponctuelle de services de santé en français, mais avoir pour ambition de permettre la complétude institutionnelle et jeter ainsi les bases d’une transformation du système.

Par ailleurs, lorsque nous avons demandé aux étudiants et nouveaux professionnels quelles sont les pistes de solutions les plus efficaces pour améliorer les services de santé, ont note une faible variation en rapport aux 6 pistes suggérées. Notons toutefois que celle qui consiste à former, mobiliser et valoriser les professionnels de la santé francophones est considérée comme très importante et importante par le plus grand nombre.

« Il faut créer un milieu attractif et enrichissant où les professionnels francophones pourront fonctionner dans leur langue et conséquemment voudront y faire carrière. »

Figure 24
Pistes de solution pour l'amélioration des services



À cette longue liste de stratégies, il serait opportun d'ajouter en priorité, selon certains de nos interlocuteurs, la nécessité d'une réflexion sur l'adéquation entre la formation soutenue par le CNFS et les nouveaux services de santé en français auxquels ont accès nos communautés. Cela nous amène à l'importance de la gestion des services et à la nécessité d'y assurer la présence francophone la plus étendue.

6. CONCLUSION

Notre étude relève une importante disparité entre les réalités des communautés francophones à travers le Canada tant en matière d'accès à des services de santé en français de qualité que sur le plan de la perception qu'en ont les étudiants et les nouveaux professionnels. Ces disparités sont attribuables notamment à la taille des communautés et à leur degré de dispersion. Cela dit, l'étendue de notre échantillon dans certaines provinces nous invite à la prudence quand vient le moment d'interpréter les données quantitatives. Nous suggérons d'ailleurs, à cet égard, de poursuivre la recherche dans ces provinces en s'assurant d'un appui solide des intervenants du milieu afin d'élargir l'échantillon et de vérifier la justesse de ces résultats.

Par ailleurs, les résultats de notre enquête révèlent des craintes exprimées par un grand nombre de personnes rencontrées en entrevues relativement à l'engagement des étudiants et des nouveaux professionnels envers l'offre de services de santé en français, mais elles doivent être nuancées.

En effet, 80 % des étudiants et nouveaux professionnels ayant répondu au sondage estiment qu'il est important ou encore très important d'obtenir des services de santé en français et 73 % disent privilégier le français comme langue de travail. Les nouveaux professionnels formés grâce à l'appui du CNFS offrent donc un très grand potentiel quand il s'agit de contribuer à l'amélioration de l'accès à des services de santé en français. Cela dit, si la situation n'est pas pour autant dramatique, elle n'en demeure par moins préoccupante. Comme on l'a vu, les futurs diplômés et les nouveaux professionnels ont placé la difficulté de travailler en français au 5^e rang de leurs préoccupations, et ce, bien derrière la charge de travail. Nous proposons ici trois types d'explications : ils estiment qu'ils peuvent aisément travailler en français; ils sont peu sensibilisés aux conditions réelles de travail des professionnels francophones; ils maîtrisent suffisamment les deux langues. Aucune de ces trois hypothèses ne nous semble s'imposer à ce moment-ci. Voilà donc une question qui mériterait d'être approfondie dans la poursuite de cette recherche.

Au chapitre des actions à poser pour améliorer l'outillage des professionnels de la santé, divers thèmes devraient être porté à l'attention des étudiantes ou étudiants des programmes de formation en santé : les compétences linguistiques et culturelles, la connaissance des droits des minorités, les conditions spécifiques des communautés en situation minoritaire, la langue comme déterminant de la santé, les compétences linguistiques en anglais comme en français, la fierté d'être francophone, le leadership et enfin, les habiletés sociales et compétences interpersonnelles. De plus, on a été en mesure d'observer que les connaissances historiques retiennent peu l'attention des étudiants et nouveaux professionnels alors que les connaissances sur les réalités et enjeux de la prestation des services, les compétences interpersonnelles et les compétences linguistiques en français suscitent chez eux davantage d'intérêt.

En ce qui se rapporte aux modes de transmission des contenus identifiés, trois commentaires généraux méritent d'être rappelés : ces contenus ne devraient pas faire l'objet de cours spécifiques, ils devraient plutôt traverser l'ensemble des programmes de formation; il faut varier les modes de transmission des contenus et les orienter vers la pratique; il faut prendre en compte les exigences des programmes de formation et les réviser de manière à ne pas trop les alourdir ou encore les affaiblir. Cela dit, trois outils semblent devoir être privilégiés : l'intégration des contenus aux exigences des stages; le recours à des simulations et des études de cas; la tenue de conférences et la participation de leaders invités dans des cours.

Par ailleurs, notre enquête confirme la nécessité d’élargir le champ d’action. En plus de la confection d’une boîte à outils et de son intégration aux programmes de formation, il est important d’intervenir sur le milieu. Il s’agit de sensibiliser et de mobiliser le corps professoral, mais également d’impliquer les communautés et les intervenants en milieu de travail.

Bref, il importe de rendre visible les professionnels de la santé francophones que l’on forme et de maximiser leur impact non seulement en favorisant leur engagement, mais également en intervenant sur l’organisation des services de manière à maintenir et à mettre plus à profit leurs compétences linguistiques. L’outillage devrait donc contribuer à la transformation du système, à promouvoir une nouvelle culture organisationnelle en faveur d’une meilleure organisation des services de santé en français.

En terminant, nous souhaitons insister à nouveau sur les différentes réalités et conditions des communautés francophones en situation minoritaire. Un défi important s’impose alors, soit d’identifier un fil conducteur pouvant guider une action nationale commune tout en étant suffisamment souple pour s’adapter à chacune des réalités locales, régionales ou provinciales. L’efficacité de toute stratégie reposant sur son adaptation aux réalités de chacun des milieux, il importe de prévoir un mécanisme d’échange autour des constats de cette étude. C’est pourquoi nous croyons opportun de poursuivre la réflexion dans le cadre d’un exercice dialogique. Un tel dialogue devrait réunir les acteurs concernés par cette question et ayant en commun des préoccupations, objectifs, réalités et défis similaires (étudiants, experts, gestionnaires, praticiens, professeurs, responsables de programmes de formation et chercheurs).

Le dialogue devrait contribuer à élucider le problème de l’outillage et apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : quels sont les éléments essentiels à inclure dans la formation des futurs professionnels afin d’améliorer leur compréhension des réalités et enjeux en lien avec les services et l’organisation des services de santé des francophones en contexte minoritaire et favoriser leur engagement? Quelles connaissances, compétences et aptitudes nouvelles devraient-ils acquérir pour être mieux outillés et préparés à relever les défis liés aux services de santé en français ? Les participants seraient invités à examiner des pistes d’action concrètes pour favoriser la transmission de tels contenus. En définitive, cela donne à penser que le succès d’un tel exercice contribuerait à accroître sensiblement l’impact des programmes mis de l’avant par le CNFS et à mieux répondre aux besoins des communautés francophones au pays.

Annexe 1

Définitions clés pour la recherche sur l'outillage des étudiants et des nouveaux professionnels

1. APPROCHE DE LA COMPLÉTITUDE INSTITUTIONNELLE

« Les communautés sont inscrites dans un chantier de développement qui normalement vise la complétude institutionnelle de leur espace linguistiquement homogène. Tout l'appareil, le gestionnaire, les agents et la philosophie d'intervention doivent épouser cette vision de travailler vers une plus grande autonomie et une prise en charge des CMLO. Ce réflexe doit être inscrit dans la culture organisationnelle. »⁴⁴

2. BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET CULTURELLES

« Au Canada, quatre groupes peuvent rencontrer des barrières linguistiques à l'accès aux services de santé du fait que leur langue maternelle n'est pas une langue officielle : les communautés des Premières Nations et des Inuits, les nouveaux arrivants au Canada (immigrants et réfugiés), les personnes sourdes et, selon le lieu de résidence, les locuteurs d'une des langues officielles du pays. En vertu de la Loi canadienne sur la santé de 1984, tous les Canadiens ont droit aux services de soins de santé dont ils ont besoin. Néanmoins, l'accès a généralement été interprété comme l'absence de barrières financières formelles aux soins de santé. Toutefois, depuis que de récentes contestations fondées sur la Charte canadienne des droits et libertés ont confirmé le droit des personnes sourdes aux services d'interprétation pour les soins de santé, le droit des autres locuteurs d'une langue minoritaire n'est pas clair. »⁴⁵

3. DEMANDE ACTIVE

« Cette idée est revenue à chacune des consultations. Promouvoir la demande active c'est d'éduquer les CMLO à l'égard de leurs droits et d'encourager l'utilisation des services gouvernementaux dans la langue officielle de leur choix. La promotion de la demande active dépasse le rôle plus passif de courroie d'information traditionnellement octroyé aux agents

⁴⁴ Service Canada (2007). *Consultations sur les services et l'accès pour les communautés minoritaires de langue officielle*, <http://www1.servicecanada.gc.ca/fr/dgpe/slocc/sommaire.shtml>, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

⁴⁵ Sarah Bowen (2001). « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé », Santé Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/exsum-sommaire_f.html, page consultée le 15 mai 2008, [En ligne].

des ministères à vocation de service. En promouvant la demande active, Service Canada se responsabilise également à l'égard de la partie VII. »⁴⁶

4. OFFRE ACTIVE

« L'offre active signifie que les fournisseurs de services font savoir au public qu'il peut s'adresser à eux et se faire servir dans les deux langues officielles et s'assurent que la population est aussi à l'aise dans une langue que dans l'autre lorsqu'elle traite avec le personnel des centres de services désignés. Les membres du grand public doivent être convaincus dès le départ que s'ils utilisent la langue officielle de leur choix, la qualité du service sera aussi bonne, et cela, quel que soit l'endroit où le service est offert. [...]

Un service en français, qui est équivalent au service en anglais et qui est non seulement disponible, mais aussi accessible en tout temps, c'est-à-dire un service offert en français de telle manière que les Francophones n'aient pas à faire une démarche spéciale pour l'obtenir. Le client reçoit un service complet à compter du moment où il indique son choix de langue jusqu'au moment où le service est rendu. »⁴⁷

« Ultimement, l'amélioration des services de santé en français doit passer par :

- Un accroissement de la connaissance et de la visibilité de l'offre;
- Le développement de lieux de services.

Dès 2001, il avait été reconnu que pour développer l'accès aux services de santé pour les minorités francophones, on devait non seulement travailler sur l'offre de services, mais aussi rendre cette offre plus visible, voire proactive. Plusieurs des initiatives réalisées depuis 2003 ont permis d'accroître cette visibilité. Par contre, les résultats en termes de développement de nouveaux lieux de services et de pro activité de l'offre demeurent encore limités. »⁴⁸

5. UN SERVICE DE QUALITÉ ÉGALE À LA MAJORITÉ⁴⁹

⁴⁶ Service Canada (2007). *Consultations sur les services et l'accès pour les communautés minoritaires de langue officielle*, <http://www1.servicecanada.gc.ca/fr/dgpe/slocc/sommaire.shtml>, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

⁴⁷ Conférence ministérielle sur la francophonie canadienne. « Directive n° 1 – Concept de l'offre active », [http://bonjour-hello.ca/DATA/MB/MEDIA/Part II Guideline 1 Active Offer Concept.pdf](http://bonjour-hello.ca/DATA/MB/MEDIA/Part%20II%20%20Guideline%201%20Active%20Offer%20Concept.pdf), page consultée le 11 mars 2008, [Document PDF], page 1.

⁴⁸ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (2007). « Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français : Rapport au ministre fédéral de la Santé », page 49.

⁴⁹ Consultations sur les services et l'accès pour les communautés minoritaires de langue officielle (Sommaire du rapport final) p.3

[http://www.servicecanada.gc.ca/fra/dgpe/slocc/sommaire.shtml p.3](http://www.servicecanada.gc.ca/fra/dgpe/slocc/sommaire.shtml); Voir aussi, Institut canadien de recherche en politiques et administration publiques, Principes directeurs en matière de services et d'accès pour le segment des

Un service de qualité égale à la majorité signifie par exemple que le temps d'attente doit être raisonnable et similaire à la majorité, l'utilisation de formulaires bilingues, une présence de services qui correspond à l'emplacement des CMLO, la promotion de l'organisme dans les médias locaux, etc. Tel que spécifié dans un document préparé à l'intention de Service Canada, on pourrait résumer la discussion en affirmant que dans bien des cas, les participants ne recherchent que le service qu'obtient, normalement, la majorité linguistique. Ils désirent un service accessible, dans leur langue, sans délai et adapté à leur réalité. »

6. STRATÉGIE DE SEGMENTATION DE LA CLIENTÈLE

« Service Canada a adopté un modèle de prestation de service axé sur une stratégie de segmentation de clientèle, qui permet à Service Canada de concevoir le service de façon plus intégrée et d'améliorer l'expérience du citoyen. Pour y parvenir, Service Canada s'est doté de huit segments -- jeunes, aînés, familles, employeurs et travailleurs, autochtones, nouveaux arrivants, personnes handicapées, et communautés minoritaires de langues officielles -- qui permettent de repenser le service en fonction des caractéristiques et des besoins propres à chacun de ces groupes. »⁵⁰

7. VITALITÉ

« La capacité d'une communauté de se prendre en charge à partir de plusieurs types de ressources (démographiques, politiques et juridiques, sociales, économiques et culturelles), qui sont transformées pour le bien collectif grâce à un leadership dynamique. »⁵¹

communautés minoritaires de langue officielle, Rapport final présenté à Service Canada, Université de Moncton, Janvier 2007, p.43

⁵⁰ Service Canada (2007). *Consultations sur les services et l'accès pour les communautés minoritaires de langue officielle*, <http://www1.servicecanada.gc.ca/fr/dgpe/slocc/sommaire.shtml>, page consultée le 13 mai 2008, [En ligne].

⁵¹ Johnson Marc L., Paule Doucet, Une vue plus claire : évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire, Commissaire aux langues officielles du Canada, Ottawa, 2006, cité dans Commissaire aux langues officielles, Les indicateurs de vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire 1 : les francophones en milieu urbain, http://www.ocol-clo.gc.ca/html/stu_stu_sum_som_10_07_f.php page consultée le 30 mai 2008.

Bibliographie

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Québec (2005). « Mobilisés ensemble pour la qualité des services – Démarche régionale et locale des établissements de santé et de services sociaux de la région de la capitale nationale (version synthèse) », Ottawa.

Allard R., K. Deveau et R. Landry (2009). « Et après le secondaire? », *Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, Association des universités de la francophonie canadienne et la Fondation canadienne des bourses d'études du millénaire*, Montréal (Québec), http://www.millenniumscholarships.ca/images/Publications/090429_AUFC_Rapport_complet.pdf

Aucoin (2008). « Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : analyse critique de la littérature », InfoVeilleSanté.

Betancourt, J. R., A. Green et ali., (2003). « Defining cultural competence : a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care », *Public health reports*, No. 118, vol. 4.

Boivin, Nathalie (2008). « Revue documentaire : La santé des communautés acadiennes et francophones de l'Atlantique », Société santé et Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Moncton.

Bouchard, L. (2008) « Capital social, solidarité réticulaire et santé », Dans Frohlich K, et ali.. *Les inégalités sociales de santé au Québec*. PUM : 187-209.

Bouchard, L. et ali. (2006) « Capital social, santé et minorités francophones », *Revue canadienne de santé publique*, vol.97 no.2: 17-21.

Bowen, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/exsum-sommaire_f.html

Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (2007). « Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français : Rapport au ministre fédéral de la Santé ».

Commissaire aux langues officielles, *Les indicateurs de vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire 1 : les francophones en milieu urbain*, http://www.oclclo.gc.ca/html/stu_etu_sum_som_10_07_f.php

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé (2008). « Systèmes de santé, santé et prospérité : Mesure des performances des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives ».

Conférence ministérielle sur la francophonie canadienne. *Directive n° 1 – Concept de l'offre active*, http://bonjourhello.ca/DATA/MB/MEDIA/Part_II_Guideline_1_Active_Offer_Concept.pdf

Consortium national de formation en santé Société Santé en français (2009). « Pouvoir mesurer la réalité des communautés francophones en situation minoritaire dans le domaine de la santé et du mieux-être, Un incontournable pour une offre active de services de santé et de services sociaux en français ».

Corbeil, J.-P., C. Grenier et S. Lafrenière (2007). « Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle – 2006 », Statistique Canada, Division de la démographie, Ottawa.

Green, A., (2007). « The Impact of Language Barriers on Health Care », *Communication présentée au Rendez-vous Santé en français, « Faire la Différence »*, Ottawa.

Green, A. et ali., *Worlds Apart, facilitator's guide : A Four-Part Series on Cross-Cultural Healthcare*, Produce at the Stanford University Center for Biomedical Ethics, Distributed by Fanlight Productions.

Institut canadien de recherche en politiques et administration publiques, Principes directeurs en matière de services et d'accès pour le segment des communautés minoritaires de langue officielle, Rapport final présenté à Service Canada, Université de Moncton, Janvier 2007.

Johnson M., P. Doucet (2006), Une vue plus claire : évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire, Commissaire aux langues officielles du Canada, Ottawa.

Lalonde, G. (2004). *Services en français : question de langue, d'équité et de santé, l'expérience de l'hôpital Montfort*, Le Bloc notes, Bulletin 7, <http://leblobnotes.ca>

Landry, R., R. Allard et K. Deveau, (2008) « Profil sociolangagier des élèves de 11^e année des écoles de langue françaises de l'Ontario : Outil de réflexion sur les défis de l'aménagement linguistique en éducation », *De la théorie à la pratique*, Monographie no.2, Ontario

Landry R., K. Deveau et R. Allard (2006). « Au-delà de la résistance : principes de la revitalisation ethnolangagière », Francophonies d'Amérique, Automne 2006, No.22.

Landry, R. (2005). « L'éducation : pierre angulaire de la revitalisation des communautés francophones et acadiennes ». *Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des langues officielles*, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.

Landry, R. et S. Roussel (2003). « Éducation et droits collectifs : au-delà de l'article 23 de la Charte », Les Éditions de la Francophonie, Moncton.

LeBlanc, P. (2008). « Rapport de l'évaluation sommative du Projet de formation et de recherche du Consortium national de formation en santé », Ottawa.

Malatest R.A. et ali. (2002), « Jeunes des régions rurales, phase II, La migration des jeunes ruraux : Explorer la réalité derrière les mythes, *Secrétariat rural, Agriculture et Agroalimentaire Canada, Direction de la recherche et de l'analyse*, pages 21-45.

Partenariat rural canadien (2003). *Rapport du dialogue avec les jeunes champions ruraux : Beresford (Nouveau-Brunswick)*, http://www.rural.gc.ca/dialogue/report/nb/beresford_f.html, page consultée le 15 mars 2009

Rural and Small Town Programme, Université Mount Allison (2005). « Repopulation des régions rurales du Canada atlantique – Document de discussion », *Comité panatlantique sur la repopulation, Secrétariat rural – Région de l'Atlantique*.

Santé Canada (2001). « *Certaines circonstances* » : *Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, Ottawa, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/part4-doc1_f.html

Santé Canada (avril 2005). *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé*, Communiqué de presse, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_27bk1_f.html

Service Canada (2007). *Consultations sur les services et l'accès pour les communautés minoritaires de langue officielle*, <http://www1.servicecanada.gc.ca/fr/dgpe/slocc/sommaire.shtml>

Société Santé en français (2007). « Des communautés francophones en santé – Plans directeurs de réseautage, de déploiement des ressources humaines et d'organisation de services : 2008-2013 ».

Société Santé en français (2007). « Santé en français, communauté en santé : Une offre active de services de santé pour une meilleure santé des francophones en situation minoritaire – Résumé du Plan directeur 2008-2013 ».

Stoyko, P. et al. (2006). « La créativité à l'œuvre : guide du leadership – À nous la réussite! », Table ronde de recherche-action de l'École de la fonction publique du Canada sur la créativité.

Thériault, J. Y. (2009). « L'enseignement postsecondaire au service des communautés acadiennes et francophones », *Communication présentée à la séance d'ouverture du Rendez-vous citoyen sur les opportunités, enjeux et défis de l'enseignement postsecondaire au Nouveau-Brunswick*, Bathurst.

Winnipeg Free Press. <http://www.winnipegfreepress.com/local/story/4102283p-4700541c.html>, consulté le 20 juin 2008.