



uOttawa

Expériences de soins à domicile et enjeux linguistiques en Ontario :

Perspectives d'aîné·es francophones, de proches aidant·es, d'intervenant·es et de gestionnaires

RAPPORT DE RECHERCHE

Solange van Kemenade

Jacinthe Savard

Josée Benoît

Katrine Sauvé-Schenk

Louise Bouchard

9 janvier 2026



Équipe de recherche

Cette recherche a été effectuée dans le cadre des travaux de la Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa et de l'Institut du savoir Montfort sur la santé des francophones de l'Ontario (2019-2024), dont Louise Bouchard et Jacinthe Savard étaient les cotitulaires. Elle a été financée par une subvention des IRSC intitulée « Les aînés francophones de l'Ontario : conditions de vie, états de santé et expériences des soins en contexte minoritaire » (L. Bouchard, J. Savard, K. Sauvé-Schenk, M. Lagacé, B. Ray. Projet # 178125, 2021-2025).

Associées de recherche

Josée Benoit
Solange van Kemenade

Assistants de recherche

Morgan Dumont
Dominic Lerouezès

Avec la collaboration des Entités de planification de services de santé en français (et de leurs directeurs/directrices). Au moment de notre étude :

- Paul Levac, Entité 1 de planification des services de santé en français dans les régions Érié St.-Clair/Sud-Ouest
- Annie Boucher, Entité 2 de planification des services de santé en français dans les régions de Waterloo Wellington, Hamilton Niagara et Haldimand Brandt
- Constant Ouapo, Entité 3 de planification des services de santé en français dans les régions du Centre-Toronto, Centre-Ouest et Mississauga-Halton
- Oureye Seck et Stephen Beaupré, Entité 4 de planification des services de santé en français dans la région du Centre Sud-Ouest
- Jacinthe Desaulniers et Joëlle Plourde, Entité 5, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (RSSFE)
- Diane Quintas et Chantal Chartrand, Entité 6, Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario

Conception graphique et mise en page : Julia Stomal

Édition et diffusion :

Groupe de recherche sur la formation et les pratiques en santé et service social en contexte francophone minoritaire (GReFoPS)
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario) K1S 5L5

Courriel : josee.benoit@uottawa.ca ou grefops@uottawa.ca

Téléphone : 613-562-5800 poste 8065

Lieu de publication : Ottawa, Ontario

Date : 2026

Le présent document doit être cité comme suit :

van Kemenade, S., Savard, J., Benoit, J., Sauvé-Schenk, K., Bouchard, L. (2026). Expériences de soins à domicile et enjeux linguistiques en Ontario : Perspectives d'aîné·es francophones, de proches aidant·es, d'intervenant·es et de gestionnaires. Rapport de recherche. Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa et de l'Institut du savoir Montfort sur la santé des francophones de l'Ontario (2019-2024), Université d'Ottawa.

Toute reproduction partielle ou totale de cette publication est autorisée conditionnellement à la mention de la source. Elle est disponible en version électronique à l'adresse suivante :

https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/rapport_integral_soins_domicile.pdf

ISBN : 978-0-88927-556-0

Dépôt légal – Janvier 2026 Bibliothèque et Archives Canada
© Université d'Ottawa, Ottawa, 2026. Tous droits réservés

REMERCIEMENTS

Cette étude a été menée grâce à un financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du programme de la Chaire de recherche de l'université d'Ottawa et de l'Institut du savoir Montfort sur la santé des francophones de l'Ontario (2019-2024) sous la direction de Louise Bouchard et Jacinthe Savard, ainsi qu'à une collaboration avec les Entités de planification de services de santé en français (EPSSF).

Nous remercions toutes les personnes qui ont accepté de nous accorder un entretien. Elles ont partagé leur expérience et leurs connaissances comme gestionnaires, intervenant·es, bénéficiaires et proches aidant·es dans toutes les régions de l'Ontario.

Certaines organisations francophones provinciales comme la Fédération des aîné·es et des retraité·es de l'Ontario (FARFO), le Réseau francophone des Conseils de famille Ontario, l'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario (OSANO), et leurs antennes régionales et locales, ont facilité la diffusion de l'information sur notre étude ainsi que les annonces de recrutement. Nous remercions tout particulièrement Michel Tremblay, Cécile Paquette, Sylvie Sylvestre, Marthe Dumont et Sarah Calvin d'accueillir nos demandes de façon toujours chaleureuse.

Note : Dans ce document, nous avons tenu compte autant que possible des recommandations sur l'écriture inclusive.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iii
Liste des tableaux et figures	vi
Liste des abréviations et des acronymes	vii
Quelques définitions	viii
SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
INTRODUCTION	4
Contexte	5
Les personnes âgées francophones en Ontario : Tendances démographiques	5
Les services en français en Ontario	5
Les soins à domicile en Ontario	6
Objectifs de notre étude	9
MÉTHODE	10
Approche méthodologique	10
Recrutement des participant·es	10
Collecte de données	10
Analyse des données	11
Certificat d'approbation éthique	11
Certaines limites dans notre étude	12
RÉSULTATS	13
PARTIE 1. Quelques caractéristiques des agences de soins à domicile représentées dans l'étude et de leur clientèle	13
PARTIE 2. La perspective des gestionnaires	16
Profil des gestionnaires interviewées	16
Thème 1. Offre des services en français	17
Thème 2. Défis linguistiques, incidents critiques et stratégies pour les surmonter	19
Thème 3. Amélioration des services en français	22
Thème 4. Pratiques jugées prometteuses	27
PARTIE 3. La perspective des intervenant·es	30
Profil des intervenant·es rencontrés	30
Thème 1. Offre des services en français	32

Thème 2. Défis linguistiques, incidents critiques et stratégies pour les surmonter	39
Thème 3. Amélioration des services en français	43
Thème 4. Pratiques jugées prometteuses	50
PARTIE 4. La perspective des bénéficiaires et proches aidant·es	51
Profil des bénéficiaires et proches aidant·es interviewé·es	51
Thème 1. Offre de services en français	53
Thème 2. Défis linguistiques, incidents critiques et stratégies pour les surmonter	58
Thème 3. Amélioration des services en français	62
Thème 4. Pratiques jugées prometteuses	65
PARTIE 5. La perspective des Entités de planification de services de santé en français	67
Thème 1. État des lieux concernant les soins à domicile pour les bénéficiaires francophones	67
Thème 2. Pratiques jugées prometteuses	71
Thème 3. Amélioration des services en français	73
DISCUSSION	76
Principaux constats	76
Les bénéficiaires francophones de soins à domicile	76
Certains fournisseurs de soins à domicile mieux outillés pour répondre aux besoins des bénéficiaires francophones	76
Quelques différences selon le type de services	77
Quelques variations régionales	77
Les conséquences des barrières linguistiques	77
Des améliorations possibles	78
Quelques pratiques jugées prometteuses	79
Pistes de recherche pour l'avenir	80
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	81
Recommandations	81
Pour les autorités sanitaires et Santé à domicile Ontario	81
Pour les agences de soins à domicile	82
Pour la communauté francophone, les personnes bénéficiaires et proches aidantes	83
RÉFÉRENCES	84
ANNEXE : LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	88

LISTE DES TABLEAUX, CARTES ET ENCADRÉS

INTRODUCTION

Tableau I.1 - Première langue officielle parlée*, pour l'ensemble de la population et pour deux groupes de la population âgée	5
---	---

Figure I.1 - Les soins à domicile en Ontario	6
--	---

PARTIE 1. Quelques caractéristiques des agences de soins à domicile représentées dans l'étude et de leur clientèle

Tableau 1.1 - Les agences de soins à domicile et les participant·es, par région et par type d'organismes	13
--	----

PARTIE 2. La perspective des gestionnaires

Tableau 2.1 - Les gestionnaires interviewées par type d'organisation, poste occupé et ancienneté	16
--	----

Figure 2.1 - Pistes d'amélioration des services en français, selon les gestionnaires	22
--	----

PARTIE 3. La perspective des intervenant·es

Tableau 3.1 - Les intervenant·es interviewé·es par type d'organisation, poste occupé, ancienneté et profil linguistique	31
---	----

Figure 3.1 - Stratégies de l'organisation pour répondre aux besoins des bénéficiaires francophones	36
--	----

Figure 3.2 - Défis linguistiques	40
--	----

Figure 3.3 - Stratégies des intervenant·es pour surmonter les barrières linguistiques	41
---	----

Figure 3.4 - Pistes d'amélioration des services en français, selon les intervenant·es	44
---	----

Figure 3.5 - Les obstacles à l'amélioration des services en français, selon les intervenant·es	48
--	----

PARTIE 4. La perspective des bénéficiaires et proches aidant·es

Tableau 4.1 - Caractéristiques sélectionnées des bénéficiaires et proches aidant·es	51
---	----

Figure 4.1 - Types de soins et services à domicile	52
--	----

Figure 4.2 - Défis linguistiques et incidents critiques, selon les bénéficiaires et les proches aidant·es	58
---	----

Figure 4.3 - Incidents critiques	59
--	----

Figure 4.4 - Améliorations possibles selon les bénéficiaires et les proches aidant·es	62
---	----

Figure 4.5 - Bonnes pratiques selon les bénéficiaires et les proches aidant·es	65
--	----

PARTIE 5. La perspective des Entités de planification de services de santé en français

Tableau 5.1 - Date des entrevues avec les personnes-ressources des EPSSF	67
--	----

Figure 5.1 - Défis en matière de services à domicile en français, selon les personnes-ressources des EPSSF	68
--	----

Figure 5.2 - Bonnes pratiques ou occasions à saisir, selon les personnes-ressources des EPSSF	71
---	----

Figure 5.3 - Améliorations possibles selon les personnes-ressources des EPSSF	73
---	----

Annexe : Les services de soutien à domicile

Tableau 4.2 - Types de services de soutien à domicile mentionnés par les bénéficiaires et les proches aidant·es	88
---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

AR	Agglomérations de recensement
CAH	Centres d'accueil Héritage
EPSSF	Entités de planification des services de santé en français
FARFO	Fédération des aîné·es et des retraité·es de l'Ontario
FSLD	Foyers de soins de longue durée
HCCSS	Home and Community Care Support Services (actuellement Ontario Health atHome ou Santé à domicile Ontario)
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
LHIN	Local Health Integration Network
LSF	Loi sur les services en français
OSBL	Organisme sans but lucratif
PSSP	Préposé·e aux services de soutien à la personne
PSW	Personal support worker
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
RMEFNO	Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario
RSSFE	Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario
RMR	Régions métropolitaines de recensement
SEF	Services en français
SSDMC	Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (actuellement Santé à domicile Ontario)

QUELQUES DÉFINITIONS

Les définitions suivantes sont extraites textuellement des documents cités, à l'exception de certains acronymes qui ont été remplacés par les noms complets.

Offre active : Le ministère des Affaires francophones de l'Ontario définit le concept d'« offre active » comme l'ensemble des mesures prises par les organismes gouvernementaux afin de s'assurer que les services en français sont clairement visibles, facilement accessibles et publicisés, et qu'ils sont d'une qualité équivalente aux services offerts en anglais. Cela comprend notamment toutes les communications, c'est-à-dire l'affichage, les avis, les médias sociaux et toute autre information sur les services, ainsi que les premières communications avec les clients francophones. [...] les principes associés au concept d'« offre active » incluent l'identification des patients francophones et la prestation de renseignements sur les services de santé locaux disponibles en français. Compte tenu de la capacité en matière de services en français, ils incluent aussi la prestation de services de santé en français aux patients francophones ou les recommandations permettant aux patients francophones d'obtenir des services de santé en français (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2017, p. 25).

Désignation : La désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* est une procédure juridique et administrative qui permet aux fournisseurs de services de santé de démontrer qu'ils ont la capacité de fournir des services en français de manière active et permanente, tout en répondant aux besoins spécifiques de la population francophone qu'ils servent. En tant que reconnaissance légale, la désignation est en quelque sorte un sceau de qualité pour les services de santé en français (Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario [RSSFE], 2024).

Différentes catégories de fournisseurs de services de santé selon la *Loi sur les services en français* de l'Ontario

CATÉGORIE 1 : FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ DÉSIGNÉS

Un organisme ayant obtenu sa désignation en vertu de la *Loi sur les services en français* de l'Ontario satisfait aux exigences établies par le ministère des Affaires francophones. La désignation est une procédure juridique et administrative qui a présentement 34 exigences. [...] Lorsqu'ils sont désignés pour l'ensemble de leurs services (désignation complète), ces organismes assurent une offre active et permanente de services en français. Dans le cas d'une désignation partielle, seuls certains programmes ou services sont tenus d'offrir des services en français (RSSFE, 2020, p.16-17).

CATÉGORIE 2 : FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ IDENTIFIÉS

Les fournisseurs de services identifiés ont l'obligation d'œuvrer à l'obtention de leur désignation en vertu de la *Loi sur les services en français*. L'attente est que ceux-ci déposent éventuellement (et dans un délai raisonnable, normalement de trois ans) un plan de désignation à la suite de leur identification. Le processus d'identification lui-même n'est pas précisé dans la *Loi sur les services en français*. Toutefois, les autorités de planification des services de santé, à la suite d'analyses de la capacité locale et sur la recommandation d'acteurs œuvrant dans le milieu des services de santé en français, ont recours à l'identification d'organismes afin d'améliorer l'accès aux services en français. Les organismes identifiés en sont au stade du développement de la capacité de services en français. Ceux-ci doivent analyser leurs ressources et mettre en place des mécanismes leur permettant d'offrir des services en français. À noter que ces derniers ne sont en aucun temps garantis. Cependant, les organismes identifiés possèdent souvent une certaine capacité de services en français au sein de leurs ressources humaines, du moins dans la région de Champlain (RSSFE, 2020, p.17).

CATÉGORIE 3 : FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ NON IDENTIFIÉS / NON DÉSIGNÉS

Les organismes non identifiés n'ont aucune obligation d'offrir des services en français. Or, comme pour les organismes identifiés, il est tout de même possible que ceux-ci possèdent une certaine capacité de services en français. Ces organismes ont tout de même la responsabilité de mettre en place une stratégie afin de répondre aux besoins de leurs résidents francophones, le cas échéant. Ces plans peuvent par exemple inclure des partenariats ou encore un recours à des interprètes (RSSFE, 2020, p.17-18).

En plus des catégories créées par la loi

Certains organismes communautaires, souvent créés « par et pour » les francophones, offrent aussi certains services favorisant le maintien à domicile. Ces **organismes à mandat francophone** sont en mesure d'offrir des services en français de manière active et permanente. Généralement, tous les employés de ces organismes qui sont en contact avec les bénéficiaires parlent le français et sont capables d'offrir des services dans cette langue.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

CONTEXTE : Au Canada, 92 % des personnes âgées de 65 ans ou plus demeurent à la maison avec ou sans services (Agence de la santé publique du Canada, 2020). Le vieillissement de la population nécessite ainsi une révision des pratiques actuelles afin que le maintien à domicile devienne une option viable à long terme (Dupuis-Blanchard, 2024). En Ontario, 21 % de la population francophone se retrouve dans la tranche d'âge 65 et plus, soit autour de 123 600 personnes. La population francophone vieillit plus rapidement que l'ensemble de la population ontarienne et canadienne et est plus nombreuse que la population anglophone dans la même tranche d'âge à vivre seule et en milieu rural. Dans le contexte des francophones en situation minoritaire, la discordance linguistique, situation où la langue parlée et bien maîtrisée diffère entre l'intervenant·e et le ou la bénéficiaire de soins, peut engendrer des ruptures de communication ayant un impact direct sur la qualité, la continuité et la sécurité des soins (Bowen, 2015 ; de Moissac et Bowen, 2019 ; Jutras *et al.*, 2020 ; Seale *et al.*, 2022). Or, ces conséquences demeurent peu étudiées dans le contexte canadien, particulièrement en ce qui concerne les soins à domicile (Dupuis-Blanchard, 2024).

OBJECTIFS : La présente étude visait à comprendre l'expérience des soins à domicile aux personnes âgées francophones en Ontario et l'impact des barrières linguistiques dans ce secteur, à partir des perspectives des gestionnaires, des intervenant·es, ainsi que des bénéficiaires et de leurs proches aidant·es. Elle cherchait également à explorer les variations dans l'offre de services en français en fonction du statut linguistique des fournisseurs de services.

MÉTHODE : Une approche méthodologique qualitative a été privilégiée. Quatre catégories de participant·es ont été invitées à prendre part à l'étude : des gestionnaires d'agences qui fournissent des soins à domicile ; des intervenant·es de ces agences ; des bénéficiaires de soins à domicile et leurs proches aidant·es ; des personnes-ressources représentant les Entités de planification de services de santé en français (EPSSF). Le recrutement a été effectué en contactant les diverses agences qui fournissent des soins à domicile en Ontario, incluant Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (devenu Santé à domicile Ontario), des agences privées et des organismes sans but lucratif. D'autres stratégies comme la publication d'annonces dans les médias sociaux, sites Web, bulletins électroniques et journaux francophones, entre autres, ont été utilisées.

Un total de 45 entrevues semi-dirigées ont été réalisées de septembre 2023 à juin 2024, auprès des quatre groupes de participant·es. Un échantillonnage de type raisonné a été adopté en tenant compte de la distribution géographique des agences dans les six nouvelles régions sanitaires de l'Ontario.

Les entrevues ont été transcrites verbatim. Une analyse thématique a été réalisée pour dépouiller les données narratives et en dégager les thèmes récurrents. Le logiciel NVivo 14 a été utilisé pour l'encodage des entrevues transcrites et comme un outil d'aide à l'analyse.

RÉSULTATS : Les 40 participant·es des catégories gestionnaires, intervenant·es et bénéficiaires / proches aidant·es travaillaient ou recevaient des services à domicile de 22 agences différentes. Parmi ces agences, quatorze étaient désignées (désignation totale ou partielle), une était identifiée et sept étaient non désignées / non identifiées.

Quatre grands thèmes sont ressortis de cette analyse ; pouvant varier légèrement, selon la catégorie de participant·es.

Thème 1. L'offre de services en français : Dans l'ensemble, les fournisseurs désignés ou à mandat francophone sont mieux outillés pour assurer les services aux bénéficiaires francophones. Les organisations à mandat francophone offrent tous leurs services en français et leur personnel doit être bilingue ou francophone. Dans les autres agences désignées, on essaie de jumeler les ressources bilingues autant que possible aux bénéficiaires francophones. Malgré la bonne volonté, ce n'est pas toujours possible. Certaines agences non désignées (surtout dans la région de l'Est) favorisent le recrutement de personnel bilingue et l'allocation stratégique de ce personnel, mais ce n'est pas le cas de toutes les agences de cette catégorie.

Les services de soins personnels, de répit et d'entretien ménager étaient ceux pour lesquels la rotation du personnel était la plus élevée : les bénéficiaires recevaient des soins de plusieurs intervenant·es différent·es et, même s'il y avait parfois des intervenant·es parlant français, la continuité de ces services en français n'était généralement pas assurée.

Thème 2. Les défis linguistiques, les incidents critiques et les stratégies de l'organisation et du personnel pour les surmonter : Les barrières linguistiques génèrent du stress, de l'anxiété et de la frustration chez les bénéficiaires et leurs proches, ainsi qu'un plus grand fardeau chez les derniers. De plus, les barrières linguistiques peuvent entraîner un désistement de la demande et même un abandon du service. Quelques incidents rapportés illustrent l'importance de l'offre de services à domicile linguistiquement concordants dans plusieurs secteurs de soins et services.

Parmi les efforts pour offrir des services en français, on note la validation de la langue de préférence des bénéficiaires (compétence linguistique); le recrutement de personnel bilingue (notamment des superviseur·es); l'allocation stratégique des ressources; la mise en place de plan de contingence; des mesures incitatives au perfectionnement linguistique du personnel. Les stratégies suivantes sont mentionnées pour surmonter les barrières linguistiques lorsqu'il est impossible d'offrir le service à domicile en français : le recours à un service d'interprétation formelle (rare), à des applications de traduction (rare) ou à l'interprétation informelle (plus fréquent), ou encore à des consultations virtuelles avec des intervenant·es francophones; et enfin l'adaptation du mode de communication incluant l'utilisation du langage non verbal, de gestes, d'images, de vidéos, ou de documents écrits bilingues pour expliquer certaines situations. Des agences à mandat francophone ont aussi mis en place des services d'interprètes-accompagnateurs certifiés pour accompagner les bénéficiaires francophones qui doivent obtenir des services en anglais auprès d'autres organismes ou de médecins spécialistes

Thème 3 et thème 4. Pratiques prometteuses et amélioration des services en français : L'étude a permis de repérer des occasions à saisir et des pratiques qui tendent à améliorer les services en français. Les occasions à saisir touchent l'environnement légal et politique plus favorable pour les services en français depuis la révision de la *Loi sur les services en français* et la *Loi sur les services interconnectés* (politique de services en français et concept d'offre active appliqués à Santé à domicile Ontario, collaboration avec les Équipes santé Ontario).

Parmi les exemples de pratiques jugées prometteuses, on retrouve :

- les partenariats visant l'établissement de corridors de services en français;
- le réseautage entre les gestionnaires ou les intervenant·es de diverses organisations, permettant le partage des bonnes idées;
- des pratiques créatives pour favoriser le recrutement de personnel bilingue : publicité ciblée, offre de stages et participation à des foires d'emploi en collaboration avec les programmes de formation postsecondaire offerts en français;
- des politiques organisationnelles favorisant la formation et le perfectionnement linguistique du personnel (p. ex., contribution aux frais de scolarité ou dégagement de temps);
- la mise en œuvre de la formation à l'offre active pour le personnel, accompagné de suivis pour favoriser une culture organisationnelle axée sur l'offre active de services en français;
- certains modèles d'organisation des soins inspirants, tels que des centres de santé à mandat francophone, créés et gérés « par et pour » les francophones, qui offrent des services mixtes (en clinique et à domicile);
- les services de navigateurs du système et d'accompagnement-interprétation présents dans certaines organisations.

D'autres pistes qui sont proposées pour améliorer les pratiques actuelles et favoriser l'offre de services en français incluent une amélioration de l'identification linguistique des bénéficiaires et des pratiques de jumelage linguistiquement concordant; une meilleure identification des compétences linguistiques du personnel; une rémunération plus équitable pour favoriser la rétention du personnel (en particulier pour les préposés·es aux services de soutien à la personne); une réflexion sur l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines bilingues; la priorisation des organisations en mesure d'offrir des services en français lors de l'octroi de contrat de sous-traitance par Santé à domicile Ontario (p. ex., accorder davantage de contrats à des organismes francophones déjà existants); une plus grande reddition de comptes en matière de services en français exigée par Santé à domicile Ontario de la part des agences traitantes; la mise en place de mécanismes d'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires; un engagement constant de la communauté francophone pour soutenir les services en français.

CONCLUSION : Les soins à domicile constituent un soutien essentiel pour permettre aux personnes âgées francophones de maintenir leurs repères sociaux et environnementaux et préserver leur qualité de vie. Ils jouent également un rôle clé dans le soutien aux personnes proches aidantes, dont l'apport est déterminant pour le maintien à domicile. La priorisation du maintien à domicile fait l'objet d'un large consensus parmi les expert·es et est intégrée dans la planification des services par les autorités sanitaires, à laquelle s'aligne également le gouvernement de l'Ontario. Cette orientation s'avère moins coûteuse que le placement des personnes âgées en établissement de soins de longue durée. Dans ce contexte, et considérant que les barrières linguistiques, comme l'ont révélé les résultats de la présente étude, augmentent le fardeau des personnes proches aidantes et peuvent compromettre la qualité de vie ainsi que la sécurité des personnes bénéficiaires de soins, il apparaît essentiel d'améliorer l'offre de soins à domicile linguistiquement concordants.

Les constats de cette étude permettent de formuler des recommandations qui s'adressent à trois groupes d'acteurs : les autorités sanitaires, les agences de soins à domicile et la communauté francophone.

Pour les **autorités sanitaires et Santé à domicile Ontario**, l'étude recommande de renforcer la sensibilisation à l'importance de la langue dans les soins, d'augmenter le nombre de coordonnateur·trices de soins bilingues et d'assurer le suivi des mécanismes d'identification des besoins linguistiques des bénéficiaires. Elle souligne également l'importance de favoriser l'octroi de contrats à des agences capables d'offrir des services en français, de soutenir la diffusion de pratiques novatrices fondées sur des données probantes et de mettre en place des mécanismes de reddition de comptes permettant de mesurer l'accès réel aux services en français et la satisfaction des bénéficiaires francophones.

Pour les **agences de soins à domicile**, les recommandations portent sur le recrutement ciblé de personnel francophone ou bilingue, une meilleure identification et une optimisation des compétences linguistiques existantes, ainsi que le renforcement de la formation continue en matière d'offre active, de perfectionnement linguistique et d'utilisation des ressources d'interprétation et de traduction. Une organisation plus systématique de l'allocation des ressources bilingues et des mécanismes internes de suivi des services en français sont également recommandés.

Enfin, pour la **communauté francophone**, incluant les associations, les bénéficiaires et les personnes proches aidantes, l'étude met en évidence l'importance d'un engagement actif pour revendiquer et utiliser les services en français, participer aux instances de consultation et contribuer à la diffusion des possibilités d'emploi dans le secteur des soins à domicile. Cet engagement demeure un levier essentiel pour soutenir et pérenniser l'offre de soins à domicile en français.

INTRODUCTION

Les besoins des personnes âgées sont croissants dans les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM). Cette population vieillit plus rapidement que l'ensemble de la population canadienne (Bouchard et al., 2022; Batista et al., 2024).

Pour les CFSM, la « discordance linguistique » entre les professionnel·les de la santé et les bénéficiaires peut nuire à une bonne communication et avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins (Bowen, 2015; de Moissac et Bowen, 2019; Jutras et al., 2020; Seale et al., 2022). Cette situation se produit quand la langue parlée et maîtrisée diffère entre l'intervenant·e et le ou la bénéficiaire de soins. Or, ces impacts sont encore peu explorés dans le contexte canadien, notamment dans le cadre de soins à domicile (Dupuis-Blanchard, 2024).

Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche de trois ans et demi qui avait comme objectif de mieux comprendre les conditions de vie et les expériences de soins des personnes francophones âgées de 65 ans ou plus qui vivent en Ontario. L'étude comprenait trois objectifs. Le premier consistait à examiner et à cartographier les conditions de vie de ces personnes, leur distribution géographique et leurs caractéristiques sociodémographiques (déterminants sociaux de santé). Le second objectif visait à dresser un profil des états de santé et des limitations fonctionnelles de cette même population. Le troisième objectif consistait à cerner la disponibilité de services en français (SEF), leur accès et l'impact de barrières linguistiques sur la santé et le bien-être, la qualité et la sécurité de soins, du point de vue des gestionnaires, des intervenant·es et des bénéficiaires dans le domaine des soins de longue durée et des soins à domicile.

Ce rapport porte exclusivement sur l'enquête réalisée sur les expériences des soins que les personnes âgées francophones de l'Ontario reçoivent à domicile, menée dans le cadre du troisième objectif. L'équipe s'est penchée sur les expériences de soins à domicile offerts aux personnes âgées dans les diverses régions de la province. Un regard particulier a été porté aux barrières linguistiques et aux stratégies utilisées par les intervenant·es pour les surmonter. Un rapport distinct a été préparé au sujet des soins obtenus dans les foyers de soins de longue durée¹.

L'étude a été menée en collaboration avec les Entités de planification de services de santé en français (EPSSF) en Ontario.

Le rapport présente tout d'abord le contexte, les objectifs et la méthode de l'étude. Ensuite, la partie 1 présente quelques caractéristiques de la population francophone qui reçoit des soins à domicile selon les témoignages des gestionnaires et des intervenant·es. Les parties 2, 3 et 4 présentent les perspectives de trois catégories de participant·es (gestionnaires, intervenant·es et bénéficiaires / proches aidant·es) sur leur expérience des soins à domicile, discutées autour des quatre thèmes communs : a) l'offre de services en français, b) les défis linguistiques, les incidents critiques et les stratégies pour les surmonter, c) l'amélioration des services en français, et d) les pratiques jugées prometteuses. L'analyse a pris en considération, lorsque cela était possible, le statut linguistique des agences de soins à domicile (désignés ou non). La partie 5 du rapport expose les points saillants des entrevues réalisées auprès des personnes-ressources des EPSSF sur les soins à domicile. À la partie 6, la discussion expose les principaux constats de l'étude. Elle est suivie de la partie 7 où nous présentons la conclusion et les recommandations.

¹ Les rapports sur le volet des établissements de soins de longue durée sont disponibles ici :

Rapport intégral : https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/rapport_integral_soins_longue_duree.pdf

Rapport de synthèse : https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/rapport_synthese_soins_longue_duree.pdf

Contexte

Cette partie met en relief quelques points saillants sur la francophonie de l’Ontario et l’offre de soins et services à domicile en Ontario. Elle aborde en premier lieu quelques faits démographiques, puis présente sommairement les derniers développements en matière des politiques destinées à améliorer les services pour les francophones, ainsi qu’une brève description du fonctionnement et des transformations récentes en matière de soins à domicile en Ontario.

LES PERSONNES ÂÎNÉES FRANCOPHONES EN ONTARIO : TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES

Comme on peut le voir au Tableau 1, en 2021, 484 405 résidents de l’Ontario (3,4 % de la population) avaient le français comme première langue officielle parlée et 98 195 résidents (0,7 %) avaient le français et l’anglais comme premières langues officielles parlées (Statistique Canada, 2023). Au total, 21 % de la population francophone se trouvait dans la tranche d’âge de 65 et plus, ce qui représente 123 600 personnes.

Au recensement de 2021, la proportion de la population résidente en Ontario ayant le français comme seule première langue officielle parlée était plus élevée dans certaines agglomérations de recensement (AR) ou régions métropolitaines de recensement (RMR) du Nord-Est de la province, comme Timmins (32,4 %) et Grand Sudbury (22,7 %), ainsi que dans certaines AR ou RMR situées à proximité de la frontière québécoise, comme Hawkesbury (74,4 %), Cornwall (18,1 %) et Ottawa (14,9 %) (Statistique Canada, 2023).

Par ailleurs, plus du trois quarts des personnes ayant le français et l’anglais comme premières langues officielles parlées en 2021 résidaient dans les régions métropolitaines de recensement de Toronto (49,5 %) ou d’Ottawa (27,3 %) (Statistique Canada, 2023). Selon la même source, chez les personnes mariées et les conjoints de fait ayant le français comme l’une de leurs langues maternelles, près de la moitié (48,2 %) était en couple avec une autre personne de langue maternelle française.

Les faits suivants ressortent du portrait de la population francophone aînée élaboré dans le cadre du présent projet (Batista *et al.*, 2024) : a) la proportion de francophones âgés de 75 ans et plus est légèrement plus élevée que celle de la population anglophone, plus particulièrement dans l’Est et à l’exception de la région du Sud-Ouest; b) plus d’aîné·es francophones comparativement aux aîné·es anglophones vivent seul·es; c) les aîné·es francophones sont moins bilingues dans la région du Nord²; d) les aîné·es francophones sont plus nombreux que les aîné·es anglophones à se situer dans le quintile de revenu le plus pauvre, et ce, davantage dans le Nord; e) la proportion d’aîné·es vivant en milieu rural est significativement plus élevée chez les francophones que chez les anglophones (Batista *et al.*, 2024). Ces faits sociodémographiques déterminent les besoins des personnes aînées en matière de soins et devraient être considérés lors de la planification de services de santé et plus spécifiquement de soins de longue durée en établissement et à domicile.

LES SERVICES EN FRANÇAIS EN ONTARIO

Depuis la mise en vigueur de la *Loi sur les services en français* (LSF) en 1990, des services de santé en français doivent être disponibles dans les organismes désignés. De plus, l’Ontario met en œuvre certaines politiques pour favoriser une planification de services en français qui s’arrime aux besoins de la population. Ainsi, à partir de 2011, six entités de planifications des services en français (EPSSF) ont eu le mandat de conseiller 14 Réseaux

Tableau I.1 - Première langue officielle parlée*, pour l’ensemble de la population et pour deux groupes de la population âgée

Première langue officielle parlée	Total	65-79	80+
Anglais	13,179,400	1,755,350	507,620
Anglais et français	98,195	6,270	1,645
Français	484,405	89,640	26,045
Ni anglais ni français	337,465	102,675	62,310
Total - Première langue officielle parlée	14,099,580	1,954,240	597,950

* Selon la définition de Statistique Canada (2022)

2 Ces estimations sont à interpréter avec prudence, selon les auteurs.

locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sur les questions liées aux services, aux besoins et aux priorités en santé des communautés francophones de l'Ontario. Lorsqu'en 2019, le gouvernement crée Santé Ontario, il regroupe plusieurs des anciennes régions. Les activités de planification des EPSSF s'effectuent désormais au sein de six régions sanitaires : Ouest, Toronto, Centre, Est, Nord-Est et Nord-Ouest (Gouvernement de l'Ontario, 2019; Ministère de la Santé, 2024a). En juin 2025, les activités des six EPSSF sont transférées à un centre unique, le Centre de planification des services en français (Gouvernement de l'Ontario, 2025).

Par ailleurs, au cours des dernières années, le ministère des Affaires francophones a élaboré deux stratégies complémentaires : la *Stratégie pour les services en français*, qui soutient la vision globale du gouvernement de l'Ontario de rendre les services publics plus accessibles, et la *Stratégie de développement économique francophone*, qui appuie les efforts du gouvernement pour promouvoir la prospérité de l'Ontario (Ministère des Affaires francophones, 2022). Lancée à l'automne 2021, la première stratégie vise à renforcer l'accessibilité et la qualité des services auxquels les francophones ont droit, et repose sur trois piliers prioritaires : a) la modernisation du cadre législatif ; b) le développement de la capacité de la main-d'œuvre francophone afin de fournir des services en français de qualité ; c) la mise en place d'une approche pangouvernementale visant à améliorer la prestation de services en français en s'appuyant sur une meilleure planification des services en amont, une imputabilité accrue et une simplification des processus, comme celle du processus de désignation de fournisseurs de services. La modernisation de la LSF s'est accompagnée d'une modernisation de ses règlements d'application pour renforcer la prestation des services de qualité en français (Ministère des Affaires francophones, 2022).

Deux des ajouts réalisés affectent plus particulièrement la problématique de notre étude : a) le Règlement de l'Ontario 544/22 qui introduit le principe d'offre active dans la LSF, et b) le Règlement de l'Ontario 284/11 qui établit des responsabilités en matière de services en français pour les prestataires de soins qui offrent des services pour le compte d'organismes gouvernementaux. Ainsi, certaines agences, sans être elles-mêmes désignées, peuvent avoir des obligations de SEF à l'égard des services exécutés pour compte de Santé à domicile Ontario. Cette question est abordée plus en particulier par les représentants des EPSSF dans la partie 5 du présent rapport.

LES SOINS À DOMICILE EN ONTARIO

En Ontario, les soins à domicile financés par la province sont coordonnés par une agence publique, alors que leur prestation est le plus souvent confiée par contrat à des agences privées ou à des organismes sans but lucratif. Dans certaines régions ayant peu de ressources privées ou communautaires, la prestation des soins peut être livrée par l'agence publique de coordination des soins à domicile.

De plus, certains médecins peuvent offrir des visites à domicile et les professionnel·les travaillant au sein de certaines équipes de santé familiale ou de centres de santé communautaires peuvent offrir des programmes de promotion de la santé ou faire des visites au domicile des personnes suivies par les médecins de leur équipe, par exemple pour des évaluations de l'état cognitif ou de la sécurité à domicile. Des centres de ressources communautaires, des programmes municipaux et plusieurs organismes communautaires offrent aussi des services de soutien au maintien à domicile comme des services de répit, l'accompagnement à des rendez-vous médicaux, les services de popote roulante, etc. Ces diverses organisations reçoivent aussi des financements du gouvernement de l'Ontario, de diverses sources (pas nécessairement du ministère de la Santé), permettant d'offrir certains services gratuitement et d'autres à faible coût.

Figure I.1 - Les soins à domicile en Ontario



Cette variété d'organismes participant au maintien à domicile des personnes âgées fait qu'il est difficile de tenir un compte exact des agences offrant ce type de services. De fait, contrairement à la situation rencontrée dans notre étude sur les foyers de longue durée, nous n'avons trouvé aucun rapport rapportant le nombre d'agences offrant de tels services et la proportion d'agences désignées pour offrir des SEF.

En ce qui concerne les soins coordonnés par le public, depuis le 28 juin 2024, les 14 organisations de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) ont été fusionnées pour former une nouvelle organisation unique appelée « Santé à domicile Ontario ». (Ministère de la Santé, 2024b). Toutes les demandes de soins à domicile doivent être acheminées à cet organisme unique (Ministère de la Santé, 2024c).

Pour Santé à domicile Ontario, les priorités stratégiques 2023-2024 étaient : a) favoriser l'excellence en matière de prestation des soins et des services, b) accélérer l'innovation et la prestation de services numériques, c) faire progresser la modernisation du système de santé et d) investir dans les gens (Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, 2023-2024). La première priorité comporte deux objectifs spécifiques : « a) fournir des services de soins à domicile et en milieu communautaire de grande qualité centrés sur les patients, la famille et les soignants, le placement en foyer de soins de longue durée et l'accès à des services communautaires permettant des services sûrs, efficaces, opportuns et équitables ; b) optimiser la capacité organisationnelle pour appuyer la meilleure prestation de services et le Plan pour des soins interconnectés et commodes du ministère » (Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, 2023-2024, p. 12).

LES SOINS À DOMICILE COMME MESURE À PRIORISER

Des études montrent que « vieillir chez soi » constitue le choix préféré de nombreuses personnes âgées (Dupuis-Blanchard *et al.*, 2009 ; Simard *et al.*, 2015), du moins tant que leurs besoins de soins sont modérés (Lehnert *et al.*, 2019). Ce choix est défini comme : vivre dans son propre domicile au sein de la communauté ayant la capacité d'identifier les ressources communautaires pour soutenir les changements personnels et environnementaux et de répondre aux besoins essentiels (Fänge *et al.*, ; cité dans Dupuis-Blanchard *et al.*, 2015). Au Canada, 92 % des personnes âgées de 65 ans ou plus demeurent à la maison avec ou sans services (Agence de la santé publique du Canada, 2020).

Plusieurs raisons justifient le maintien des personnes âgées à domicile. Ce choix représente de moindres coûts pour le système de santé comparativement aux placements dans les hôpitaux ou dans les établissements de soins de longue durée. En effet, les études montrent que le coût quotidien moyen d'un·e patient·e dans un hôpital ou dans un autre établissement de soins de courte durée oscille entre 730 \$ et 1200 \$, il varie entre 225 et 253 \$ en établissement de soins de longue durée (Wyonch, 2024), alors que ce même coût pour un·e bénéficiaire en soins à domicile est de 103 \$ (Sinha et Nolan, 2020). Le vieillissement à domicile présente également des avantages sociaux et sanitaires. Ces avantages comprennent l'attachement au lieu, la familiarité avec le quartier et la capacité à maintenir une santé fonctionnelle (Dupuis-Blanchard *et al.*, 2015). Parmi les conditions qui assurent les soins à domicile, on souligne l'importance d'avoir accès aux services, le soutien social, des moyens financiers ainsi que le niveau d'éducation (Dupuis-Blanchard *et al.*, 2015).

Or, le vieillissement de la population exigerait « un examen profond des pratiques courantes pour que le maintien à domicile soit une option durable » (Dupuis-Blanchard, 2024, p.2). En effet, le manque de ressources en raison des réductions financières et une insuffisance des ressources humaines peuvent affecter le choix des personnes âgées de vieillir chez elles. De plus, les études soulignent la rareté de la recherche portant sur les personnes âgées dans un contexte linguistique minoritaire et notamment les faibles connaissances sur la façon dont les aîné·es fragiles, en particulier ceux et celles qui parlent une langue minoritaire, gèrent les défis du vieillissement à domicile (Dupuis-Blanchard, 2024).

LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AUX SOINS À DOMICILE EN ONTARIO

En principe, toute personne qui présente des besoins complexes, en raison de handicap, de maladies chroniques, de besoins de soins post-aigus ou des soins palliatifs, est admissible aux soins à domicile ou communautaires de Santé à domicile Ontario (Ministère de la Santé, 2024c). Selon une présentation d'un directeur de services de

soutien à domicile et en milieu communautaire, en 2023, environ 8 900 employé·es soutiennent chaque année plus de 674 000 patient·es de tous âges en Ontario et chaque jour ce personnel réalise plus de 26 900 visites de soins infirmiers, 5 600 visites de thérapie, et 100 000 heures de services de soutien à la personne³.

Les bénéficiaires admis pour des soins à domicile financés publiquement sont dirigés vers un coordonnateur ou une coordonnatrice de soins qui collabore avec eux et leurs familles pour déterminer les services qui sont nécessaires pour assurer le bien-être de la personne, soit des services à domicile ou en milieu communautaire. Ces coordonnateur·trices de soins jouent un rôle très important dans le système de soins à domicile de l'Ontario. Lors de nos entrevues, nous avons constaté que ces professionnel·les sont bilingues dans certaines régions, ce qui facilite la communication avec les bénéficiaires francophones et leur accès aux soins en français.

Par ailleurs, certaines personnes rencontrées dans le cadre de cette étude ont signalé que le manque de ressources oblige à prioriser les demandes de soins, même parmi les personnes théoriquement admissibles à ces services. Les personnes qui présentent un plus haut risque, une certaine vulnérabilité ou qui ont un plus grand besoin recevront des services en priorité. En revanche, celles qui présentent de faibles risques feront partie d'une attente susceptible d'être assez longue.

Mais, quelqu'un qui disons est à faible risque de chute, demeure avec la famille, a un bon support, leur statut médical est assez stable, surtout en ergothérapie, c'est certain qu'ils ne vont pas être vus pour longtemps. Puis, par longtemps, je dis des mois ou des années. (Intervenante #4)

Souvent les personnes qui ont d'abord été hospitalisées et peuvent rentrer à la maison avec de l'aide sont priorisées.

Mais ici les hôpitaux, comme partout, ils sont surchargés. Donc les patients qui sont assez stables, dont les médecins pensent qu'on pourrait continuer les soins à domicile, les médecins vont référer ces patients à ce qu'on appelait le LHIN. Je pense que c'était pour *Linked Health and Integrated Network*⁴. Mais maintenant, ils s'appellent *Home and Community Care Support Services*, HCCSS. (Intervenante #14)

Les soins à domicile, plus coûteux que ceux fournis en clinique, seraient en général réservés aux personnes ne pouvant pas se déplacer.

So, the mandate, it's like across the province, clinics first, and if they're not able to come to the clinic because of transportation or because they are weak and they are medically not stable to come to the clinic, and then we have nurses that come to their home instead. (Intervenante #5)

D'ailleurs, certaines agences représentées dans cette étude offraient à la fois des soins communautaires en clinique et des soins à domicile.

Enfin, les personnes qui ne sont pas admises à des soins à domicile financés publiquement peuvent faire appel à des fournisseurs de soins privés et en payer les coûts, lorsqu'elles peuvent se le permettre. De plus, il est possible de demander certains services de soutien à domicile directement auprès de certains organismes communautaires.

3 Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Politique sur les services en français. Présentation réalisée par Mark Weir, directeur, Participation communautaire lors du Forum sur les soins de longue durée, Toronto, le 31 mars 2023.

4 Elle parle en fait du LHIN — Local Health Integrated Network, ou en français, RLISS — Réseau local d'intégration des services de santé. Quatorze RLISS coordonnaient les soins à domicile avant leur abolition et le transfert du secteur des soins à domicile vers les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC).

LES FOURNISSEURS DE SOINS À DOMICILE ET LA QUESTION LINGUISTIQUE

On constate que le mandat de l'agence gouvernementale est limité, en règle générale, à l'identification du besoin et à l'orientation des bénéficiaires. Cette agence sous-traite à des agences privées ou sans but lucratif la majorité de la prestation de services à la population ontarienne. Or, si Santé à domicile Ontario est un organisme désigné (et antérieurement les agences « Services de soutien à domicile et en milieu communautaire » de plusieurs régions), les agences privées de soins à domicile le sont plus rarement. Certaines de ces agences peuvent détenir ce statut d'organisation désignée et d'autres organisations communautaires, souvent créées « par et pour » les francophones, ont un mandat francophone qu'elles soient ou non désignées en vertu de la Loi.

De plus, en vertu du récent Règlement de l'Ontario 284/11, certaines agences, sans être elles-mêmes désignées, peuvent maintenant avoir des obligations de SEF à l'égard des services livrés pour compte de Santé à domicile Ontario. Ces obligations n'étaient probablement pas en vigueur au moment de la prestation de plusieurs des services décrits par les bénéficiaires et proches aidant·es rencontrés dans le cadre de cette étude. En effet, ces personnes relatent des expériences de soins vécues depuis plusieurs années. Comme cela a été fréquemment signalé lors des entrevues réalisées, la grande majorité des agences qui offraient les services décrits par nos participant·es n'étaient pas soumises à la LSF. Certaines personnes bénéficiaires de soins à domicile ont souligné que, selon elles, seule une mesure contraignante pourrait changer la situation.

Objectifs de notre étude

L'étude présentée dans ce rapport visait à cerner l'expérience des soins à domicile et l'impact des barrières linguistiques dans ce secteur, à partir des perspectives des gestionnaires, des intervenant·es, ainsi que des bénéficiaires et de leurs proches aidant·es.

Elle cherchait également à explorer les variations dans l'offre de SEF en fonction du statut linguistique des fournisseurs de soins à domicile en Ontario, qui peuvent être à mandat francophone, désignés, identifiés et non identifiés/non désignés selon la Loi (voir définitions, page viii et ix).

Les résultats contribuent à mieux comprendre les besoins spécifiques de cette population afin d'améliorer l'offre de services à domicile en français tel que promu par les approches de soins axées sur la personne (Lévesque *et al.*, 2013) et celles des services linguistiquement adaptés et culturellement sécuritaires (Bouchard *et al.*, 2017; Bowen, 2015 ; Office of Health Equity—Massachusetts Department of Public Health, 2009; Tremblay, 2011).

MÉTHODE

Approche méthodologique

Cette étude a privilégié une approche qualitative et une collecte de données par entrevues semi-dirigées.

RECRUTEMENT DES PARTICIPANT·ES

Un échantillonnage de type raisonné a été retenu comme approche pour cette étude. En automne 2023, l’équipe de recherche a contacté par courriel les administrateurs et administratrices de fournisseurs de soins à domicile en Ontario. Les connaissances des membres de l’équipe de recherche ainsi que les informations fournies par les EPSSF ont contribué à élaborer une première liste de personnes à contacter. Dans cette première invitation lancée aux fournisseurs de soins à domicile comme ParaMed, VON Canada, Carefor Health, Bayshore, certains centres et cliniques communautaires, entre autres, l’équipe a tenu compte de leur distribution géographique afin de couvrir les cinq régions sanitaires de l’Ontario au début de l’étude, soit l’Ouest, Toronto, le Centre, l’Est et le Nord. La région du Nord a depuis été divisée en 2 régions : Nord-Est et Nord-Ouest.

Puisque cette stratégie ne permettait pas d’atteindre la taille échantillonnage souhaitée, d’autres stratégies comme la publication d’annonces dans les médias sociaux, sites Web, bulletins électroniques et journaux francophones, entre autres, ont été utilisées. À titre d’exemple, l’Organisme de soutien aux aidants naturels de l’Ontario (OSANO) et la Fédération des aîné·es et des retraité·es de l’Ontario (FARFO), tout comme de petites organisations francophones locales, ont aidé à la diffusion des annonces de recrutement. De plus, les membres de l’équipe de recherche ont participé à un mini-salon sur les soins à domicile organisé par le Centre Pauline-Charron à Ottawa et à deux foires d’information tenues dans le cadre de colloques organisés par des organisations francophones, le Rendez-vous des aîné·es francophones d’Ottawa (RAFO) et le Centre de services Guigues. Les deux activités ont eu lieu en février 2024 et notre équipe a eu la possibilité de présenter le projet, de tenir un kiosque d’information et d’inviter les personnes intéressées à partager leur expérience à donner leur nom pour être rappelées pour obtenir plus d’information avant de consentir à un entretien, le cas échéant.

Bref, plus de 55 organisations et personnes ont été sollicitées de différentes façons, d’autres personnes nous ont approchées après avoir vu l’information dans divers médias.

COLLECTE DE DONNÉES

Un total de 45 entrevues semi-dirigées ont été réalisées de septembre 2023 à juin 2024, auprès des groupes suivants :

Catégorie de participant·e	Entrevues
Gestionnaires	7
Intervenant·es	15
Bénéficiaires et proches aidant·es	18
Personnes-ressources Entités de planification des services de santé en français (EPSSF).	5
Total	45

La durée des entrevues a été de 40 à 60 minutes approximativement et la plupart d’entre elles ont été réalisées par vidéoconférence. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits selon le style verbatim. Les données ont été anonymisées lors de la transcription des entrevues afin de protéger la confidentialité de l’information fournie par chaque participant·e.

Des guides d’entrevues orientaient les discussions. Les thèmes abordés avec les gestionnaires et les intervenant·es comportaient des questions sur leurs compétences linguistiques, l’offre de SEF, les défis linguistiques, les incidents critiques et les stratégies utilisées pour surmonter les barrières linguistiques. Enfin, quelques questions concernaient l’amélioration de SEF et les pratiques jugées prometteuses. Les thèmes abordés avec les bénéficiaires ou leurs proches aidant·es portaient sur le choix de l’agence de soins à domicile et l’importance de recevoir des soins dans leur langue de choix, l’offre de SEF par les agences desquelles ils ou elles reçoivent des services, les incidents critiques, la satisfaction à l’égard des services, et quelques réflexions sur comment améliorer les services de santé en français.

La technique de l'incident critique contribue à rassembler des faits importants concernant le comportement de certaines personnes dans des situations définies. Notre étude s'intéressait à la vision de trois catégories des participant·es sur les faits et comportements ayant trait aux barrières linguistiques (cette question n'a pas été incluse dans le questionnaire utilisé avec les personnes-ressources des EPSSF). On demandait aux participant·es de partager des anecdotes révélatrices d'une situation qui avait produit un certain stress chez la ou le bénéficiaire de soins ou un·e intervenant·e et d'identifier les difficultés et les démarches qui ont mené à une résolution.

ANALYSE DES DONNÉES

Dans une recherche qualitative, le traitement de données vise à réduire leur quantité. Dans cette étude, notre équipe a suivi les étapes communes suivantes : a) élaboration d'un ensemble de catégories descriptives basées sur les guides d'entrevue, b) encodage de données et c) analyse de contenu.

Le logiciel NVivo 14 a été utilisé pour le codage des entrevues transcrites et comme un outil d'aide à l'analyse. Quatre membres de l'équipe ont participé à cette tâche. Une validation interjuges a été effectuée après le codage indépendant de la première entrevue dans chaque catégorie de participant·es.

L'analyse des entrevues a suivi l'approche d'analyse thématique communément adoptée dans les recherches qualitatives sans adhérer à une tradition théorique particulière. Il s'agit d'une recherche exploratoire concentrée sur la « compréhension » du phénomène étudié et le « sens » (Merriam et Tisdell, 2015, Fortin et Gagnon, 2015; Denzin et Lincoln, 2005, 2018).

L'analyse thématique a consisté à dépouiller les données narratives pour dégager les thèmes récurrents, les thèmes émergents ainsi que les liens entre eux (Saldaña, 2013). Un thème récurrent est un sujet qui émerge régulièrement de l'analyse des données qualitatives (p. ex., les stratégies utilisées par les intervenant·es pour surmonter les barrières linguistiques). Un thème émergent est un sujet qui n'a pas été prévu, mais qui a été identifié de façon inductive. Les données ont été organisées à l'aide des matrices à condenser.

Quatre grands thèmes, qui pouvaient varier légèrement selon la catégorie de participant·es, sont ressortis de cette analyse :

- l'offre de services en français;
- les défis linguistiques, les incidents critiques et les stratégies pour les surmonter;
- l'amélioration des services en français et les obstacles à cette amélioration;
- les pratiques jugées prometteuses.

L'analyse a tenu compte de la présence ou non des thèmes mentionnés ainsi que des tendances récurrentes parmi les catégories des répondant·es (gestionnaires, intervenant·es et bénéficiaires ou proches aidant·es) et parmi les catégories de fournisseur de soins à domicile (désignés ou non).

La cueillette de données a atteint la saturation théorique. Les résultats issus des entrevues ont été triangulés avec l'analyse de la documentation disponible (études précédentes, rapports élaborés par les Entités de planification de services de santé en français et articles dans les médias) et interprétés à la lumière de la littérature et des connaissances de l'équipe de recherche.

Dans ce rapport, divers tableaux, images et encadrés aident à la présentation de l'information et à sa synthèse.

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Ce volet de l'étude a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa le 12 septembre 2023; le numéro du protocole est le : S-06-22-8102.

Certaines limites dans notre étude

En raison des transformations récentes du système de santé ontarien et notamment celles touchant les services à domicile, il n'a pas été possible de recruter directement des coordonnatrices et coordonnateurs de soins ou d'autres membres du personnel de Santé à domicile Ontario. Les personnes contactées pour faciliter le recrutement ont indiqué que leur personnel n'avait pas de disponibilité pour participer à un entretien, étant donné les exigences de la restructuration du système de soins. Une seule coordonnatrice de soins nous a éventuellement contactés en répondant à une annonce.

Parmi les agences que nous avons sollicitées pour participer à cette étude, les agences désignées ou à mandat francophone ont été plus nombreuses à répondre positivement à nos efforts de recrutement. Ce n'est pas le cas des bénéficiaires et proches aidant·es qui ont majoritairement répondu à des annonces dans les médias sociaux, sites Web, bulletins électroniques d'organismes francophones. Ainsi, une forte proportion de gestionnaires (3 sur 7) et d'intervenant·es (8 sur 15) œuvraient au sein d'organismes à mandat francophone, alors que seuls 3 des 18 bénéficiaires ou proches aidant·es décrivent des services reçus de ces organismes.

En outre, tirer des conclusions sur les différences selon le statut des agences désignées et celles qui ne le sont pas s'est avéré complexe, car certaines agences sont désignées et d'autres sont obligées par leur contrat avec Santé à domicile Ontario à « démontrer qu'elles ont la capacité d'offrir des services en français ». Certaines agences sont désignées seulement à l'égard de certains services ou des services dispensés dans certaines régions.

RÉSULTATS

PARTIE 1. Quelques caractéristiques des agences de soins à domicile représentées dans l'étude et de leur clientèle

Les 40 participants des catégories gestionnaires, intervenant·es et bénéficiaires / proches aidant·es travaillaient ou recevaient des services à domicile d'au moins 22 agences différentes⁵ (Tableau 1.1). Parmi ces 22 agences, 14 étaient désignées (désignation totale ou partielle), une était identifiée et 7 étaient non désignées / non identifiées. Toutes les agences à mandat francophone étaient aussi désignées pour offrir des SEF (désignation complète ou désignation partielle).

Il faut noter que les gestionnaires et les intervenant·es relataient leur expérience au sein de l'agence pour laquelle ils ou elles travaillaient, alors que les bénéficiaires et les proches aidant·es pouvaient relater des expériences de soins obtenus auprès de plusieurs agences.

Tableau 1.1 - Les agences de soins à domicile et les participant·es, par région et par type d'organismes

Agence de soins à domicile	Région	Type d'organisme ¹	Désignation ²	Nombre de participant·es		
				G	I ³	B/PA ³
1 à 3 : Services de Soutien à domicile et en milieu communautaire	Ouest	Agence gouvernementale	Désigné	1	-	1
	Est					5
	Nord					5
4. Centre de santé communautaire Hamilton Niagara	Ouest	Organisme communautaire sans but lucratif, à mandat francophone	Désigné ⁴	1	5	-
5. Centres d'accueil Héritage	Toronto	Organisme communautaire sans but lucratif, à mandat francophone	Désigné ⁴	1	1	2
6. Centre francophone du Grand Toronto	Toronto	Organisme communautaire sans but lucratif, à mandat francophone	Désigné ⁵	1	1	-
7. Centre de ressources de l'Est d'Ottawa	Est	Organisme communautaire sans but lucratif	Désigné	-	1	-
8. Montfort Renaissance, Centre de services Guigues	Est	Organisme communautaire sans but lucratif, à mandat francophone	Désigné	-	1	1
9. Société Alzheimer d'Ottawa Renfrew	Est	Organisme de bienfaisance, sans but lucratif	Désigné	-	-	1
10. Centre de ressources communautaire Orléans-Cumberland	Est	Organisme communautaire sans but lucratif	Désigné ⁶	-	-	1
11. Victorian Order of Nurses (VON)	Est	Organisme de bienfaisance, sans but lucratif	Désigné ⁷	-	2	-
	Ouest			-	-	1

⁵ Parmi les personnes bénéficiaires et proches aidantes, certaines ne pouvaient pas nommer toutes les agences desquels ils ou elles avaient reçu des services coordonnés par les Services de Soutien à domicile et en milieu communautaire de leur région.

12. Services de santé de Chapleau	Nord	Organisme sans but lucratif	Désigné ⁴	1	1	4
13. Cochrane District Social Services	Nord	Organisme sans but lucratif	Désigné ⁸	-	-	1
14. Vital Air (fournisseur d'oxygène à domicile)	Nord	Société privée	Désigné ⁴	-	-	1
15. Carefor Health - Champlain	Est	Organisme sans but lucratif	Identifié	1	1	1
16. Carefor Health - North-East	Nord	Organisme sans but lucratif	Non désigné	-	-	1
17. St Elizabeth / SE Health	Centre	Entreprise sociale sans but lucratif	Non désigné	-	-	1
18. Bayshore HealthCare	Centre	Société par actions	Non désigné	-	-	1
	Est			-	-	2
	Nord			-	-	3
19. ParaMed	Est	Société par actions	Non désigné	1	1	3
	Nord			-	-	1
20. Action Potential Rehabilitation	Est	Société privée	Non désigné	-	-	1
21. Great Northern Family Health Team	Nord	Organisme sans but lucratif	Non désigné	-	1	-
22. Temagami Family Health Team	Nord	Organisme sans but lucratif	Non désigné	-	1	-

G : Gestionnaires ; I : Intervenant·es ; B/PA : Bénéficiaires et proches aidant·es

- 1 : Le type d'organisme (société privée, société par actions, organismes sans but lucratif) provient du [Registre des entreprises de l'Ontario](#)
- 2 : Le statut de désignation est tiré du [Règlement de l'Ont. 398/93 : Désignation d'organismes offrant des services publics](#)
- 3 : Un intervenant travaillait pour 2 agences. Plusieurs bénéficiaires et proches aidant·es ont décrit les services reçus de plus d'un organisme.
- 4 : à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère de la Santé.
- 5 : à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère du Procureur général, du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, du ministère de la Santé, du ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences.
- 6 : à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.
- 7 : à l'égard des Programmes au site de Kingston : services d'aide à la vie autonome pour personnes âgées, livraison de repas, services d'aide familiale, repas communautaires.
- 8 : à l'égard des programmes exécutés pour le compte du ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires.

Les gestionnaires et les intervenant·es interviewé·es ont fourni des informations sur les caractéristiques des personnes qui bénéficiaient de soins à domicile en français au sein de leur agence. Ces caractéristiques linguistiques et sociales variaient selon le statut linguistique du fournisseur et la région.

Dans les cas des agences à mandat francophone, la majorité des bénéficiaires étaient francophones ou francophiles, à l'exception des couples ou des familles exogames. Par exemple, la gestionnaire d'une agence à mandat francophone explique :

N'oubliez pas qu'on peut servir des familles. Moi, je peux servir les parents [francophones], mais les enfants qui sont nés ici, ils vont être plus anglophones. Il peut arriver qu'on serve des francophiles qui ont aussi une base anglophone. On peut avoir aussi des spanish qui parlent... mais au moins il faut qu'ils parlent au moins une bonne base de français. (Gestionnaire #3)

Dans les grands centres urbains comme Toronto et la région de Hamilton/Niagara, la population desservie par les cliniques et centres de santé communautaires à mandat francophone était à majorité d'origine immigrante. Cela s'expliquerait, selon certains intervenant·es, par le fait qu'une part importante de la population immigrante ne maîtrise pas encore suffisamment l'anglais et pourrait avoir davantage tendance à recourir aux organismes à mandat francophone.

Ça [ma clientèle] inclut surtout les gens du Moyen-Orient, les Africains sont plus susceptibles d'avoir le diabète. Donc ma clientèle, je te dirais que c'est 95 % africaine. [...] Les gens qui prennent les services francophones, c'est souvent des gens immigrants qui ne possèdent pas bien la langue encore, l'anglais. (Intervenante #3)

Dans les agences désignées, la clientèle francophone n'est habituellement pas majoritaire, même si elle représente une part importante de la clientèle.

Dans la région du Nord-Est, il s'agissait en général des personnes francophones nées au Canada établies depuis longtemps en Ontario. Une gestionnaire estimait qu'environ 40 % de la clientèle s'identifie comme étant francophone, mais qu'environ seulement 10 % des personnes bénéficiaires ne pourraient pas s'exprimer en anglais.

So, 60 % of people are anglophone, 40 % identify as francophone, but the amount that really needs French services because when you ask them, English or French, most of the time, even out of that 40 % francophone, they usually say it doesn't matter. But the 10 % or so that only, only, only speak French, and there seemed to be all people that came from Québec at some point in their lives and they've moved here, and they've retained just French language and really haven't learned English. And they've had like their francophone community where they just speak French, and so that 10 % is really the gap that we're missing out on with some of those services. (Gestionnaire #5)

Dans la région de l'Est, les bénéficiaires francophones représenteraient environ 15 % de la clientèle des personnes interviewées, avec une proportion variable selon la zone géographique.

Je dirais que c'est plus géographique. Alors, on a une plus grande concentration de clients francophones dans les comtés de l'est. On a une plus grande concentration de clients francophones dans l'est d'Ottawa. [...] À Ottawa, moi j'aurais pensé que ça serait l'inverse, mais on a beaucoup de personnes multiculturelles, et puis leur deuxième langue est normalement l'anglais, pas le français. Alors, je dirais 30 % francophones, 70 % anglophones, ou autres langues. (Gestionnaire #6)

Dans la partie sud de cette région, le poids est démographiquement des francophones est plus faible.

Naturellement, il y a la majorité des patients [qui] parlent anglais. Ceux qui parlaient français étaient bilingues. Il y en a qui parlaient français. Souvent, ils nous disaient qu'ils sont déménagés du Québec il y a des années, 20, 30 ans, 40 ans. (Intervenante #14)

Enfin, dans la région de l'Ouest, les francophones sont aussi peu nombreux. On souligne que ce seraient les personnes immigrantes et les personnes âgées francophones qui habitent à l'extérieur des grandes villes qui auraient le plus de besoins de SEF, selon une gestionnaire de cette région.

J'ai remarqué que ceux qui ont besoin de services en français, vraiment en français sont ceux qui ont immigré ici, les réfugiés et nos patients qui sont plus âgés, mais qui continuent à parler le français et la plupart d'entre eux, j'ai remarqué, ce sont des gens qui vivent plutôt de leur [coté], isolés. (Gestionnaire #2)

PARTIE 2. LA PERSPECTIVE DES GESTIONNAIRES

Profil des gestionnaires interviewées

Les sept gestionnaires interviewées, toutes des femmes, travaillaient pour sept agences et centres de santé communautaire situés dans les régions sanitaires de l'Ouest (n=2), de Toronto (n=2), de l'Est (n=2), et du Nord-Est (n=1). Le tableau 2.1 précise le type d'organisation, le poste occupé et l'ancienneté de ces gestionnaires.

POSTE OCCUPÉ ET TÂCHES RÉALISÉES

Une personne était coordonnatrice de soins au sein des Services de Soutien à domicile et en milieu communautaire de sa région. Elle est responsable de la réception des demandes de services, de l'évaluation des besoins des bénéficiaires et d'assurer la mise en place des services par les agences sous-traitantes appropriées.

Six personnes, qui œuvraient au sein d'agences offrant des soins ou du soutien à domicile et souvent d'autres services, étaient directrices de divers programmes, comme les soins de santé primaire, la promotion de la santé, la qualité des services, la santé mentale et la toxicomanie et les services de soutien communautaire. Leurs tâches consistaient à gérer les opérations du personnel et les horaires, s'occuper de l'embauche du personnel, et veiller au bon fonctionnement des activités au sein des programmes. En ce qui concerne la qualité des services, certaines directrices reçoivent également les plaintes et s'occupent de l'analyse des situations rapportées.

ANCIENNETÉ DANS L'ORGANISATION ET EXPÉRIENCE DANS LE DOMAINE DE SOINS

Cinq des sept gestionnaires interviewées avaient plus de 10 ans d'ancienneté au sein de leur organisation. Avant d'occuper leur poste actuel, elles détenaient toutes une formation et une expérience de travail dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Tableau 2.1 - Les gestionnaires interviewées par type d'organisation, poste occupé et ancienneté

Gestionnaire (date de l'entretien)	Statut selon la LSF	Type d'organisme	Poste occupé	Ancienneté (dans l'organisation)
Gestionnaire # 2 (10-11-2023)	Désigné	Agence gouvernementale	Coordonnatrice de soins	N/D
Gestionnaire # 7 (24-04-2024)	Désigné	OSBL à mandat francophone	Directrice de l'équipe de santé primaire	11 ans
Gestionnaire # 1 (05-10-2023)	Désigné	OSBL à mandat francophone	Directrice des programmes	20 ans
Gestionnaire # 3 (16-11-2023)	Désigné	OSBL à mandat francophone	Gestionnaire de soins de santé primaires, Programme VIH et Promotion de la santé	18 ans
Gestionnaire # 5 (01-12-2023)	Désigné	OSBL	Gestionnaire du programme de soutien communautaire et d'intervention en santé mentale et en toxicomanie	13 ans
Gestionnaire # 6 (17-04-2024)	Identifié	OSBL	Gestionnaire des services de soutien communautaire	10 ans
Gestionnaire # 4 (24-11-2023)	Ni identifié ni désigné	Société par actions	Directrice de la qualité des services ; Directrice intérimaire pour la région de Champlain	3 mois

OSBL : organisme sans but lucratif; N/D : non disponible

CONNAISSANCE DES GESTIONNAIRES SUR LE STATUT LINGUISTIQUE DE LEUR ORGANISATION SELON LA LOI SUR LES SERVICES EN FRANÇAIS

Les gestionnaires connaissaient bien le statut de leur organisation : cinq des agences représentées seraient désignées en vertu de la LSF. Trois de ces organisations ont le mandat principal de servir la population francophone. Les deux autres agences ne sont pas désignées, mais elles doivent tout de même démontrer leur capacité à pouvoir offrir des SEF. Ces informations sont cohérentes avec celles disponibles dans la liste des organismes désignés (Règlement de l'Ontario 398/93).

Thème 1. Offre des services en français

IMPORTANCE DE LA LANGUE DANS UN CONTEXTE DE SOINS

Les gestionnaires interviewées étaient bien sensibilisées à l'importance de la langue dans un contexte de soins. Plusieurs d'entre elles ont parlé de l'impact de la concordance linguistique entre les intervenant·es et les bénéficiaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

D'abord, la personne se sent en confiance, OK? La personne se sent en confiance parce que c'est dans sa langue, la personne comprend et la personne peut s'exprimer, peut exprimer ses besoins et [savoir] que ses besoins sont compris, OK? Et donc du coup, ça limite certaines barrières. Ça limite certaines frustrations. Ça limite certains problèmes qui pourraient peut-être arriver, parce que la peur de ne pas pouvoir se faire comprendre, ça peut engendrer d'autres problèmes, vous voyez? (Gestionnaire #1)

Pour des populations précises comme les personnes en fin de vie, les personnes issues de l'immigration et les personnes âgées, la langue est encore plus importante.

Les gens qui ont la démence vont souvent retourner à leur langue maternelle. Les gens qui sont mourants vont souvent vraiment dépendre ou se sentent beaucoup plus confortables dans leur langue primaire, dans leur langue maternelle. D'abord les immigrants, définitivement les immigrants, c'n'est pas juste une question de langue. C'est une question de comprendre comment le système fonctionne chez nous. (Gestionnaire #2)

Surtout avec notre population âgée, c'est surtout cette population-là qui reçoit les services à domicile, la langue fait toute une différence. [...]. De pouvoir établir une relation de confiance pour que la personne se sente à l'aise d'exprimer... Parce que, quand on fait des visites à domicile [...], il y a un certain niveau de gêne, de honte qu'ils veulent cacher, ils veulent se dire qu'ils sont encore indépendants. Et de pouvoir parler dans sa propre langue et d'être à l'aise, ça fait une différence de pouvoir s'exprimer et de vraiment *catcher* les nuances. (Gestionnaire #7)

De plus, dans le contexte d'une évaluation cognitive, la communication dans la langue de préférence de la personne bénéficiaire a toute son importance pour obtenir des résultats justes.

Je pense à nos ergothérapeutes qui font l'évaluation cognitive. C'est tellement important de pouvoir faire une évaluation cognitive dans la langue de préférence du client, si tu veux évaluer s'il y a un déclin. Parce que, souvent, quand il y a une deuxième langue, il y a des problématiques. L'évaluation est moins efficace, est moins précise parce qu'il y a des nuances dans la langue. (Gestionnaire #7)

INFORMATION SUR LA PRÉFÉRENCE LINGUISTIQUE DES BÉNÉFICIAIRES

L'identification de la préférence linguistique de la personne bénéficiaire est généralement notée au moment de l'évaluation des besoins. Une coordonnatrice de soins a expliqué comment cette étape se fait.

Une fois que je mets ça en place, une partie de notre évaluation, on doit évaluer si cette personne a besoin de services en anglais ou en français. Alors, une fois qu'on détermine que le patient a besoin de services en français, ceci est capturé dans notre évaluation et je m'assure toujours de mettre une note dans mon offre de service pour dire : soyez en avis que cette personne a besoin de services en français. (Gestionnaire #2)

Ainsi, lorsque les agences sous-traitantes reçoivent une demande des Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC en français ou HCCSS en anglais dans les citations des participants, devenu maintenant Santé à domicile Ontario), la langue de préférence aurait déjà été notée.

La langue de préférence n'était pas un enjeu pour les agences à mandat francophone dont la clientèle est presque uniquement francophone. En revanche, des gestionnaires d'autres agences ont mentionné que l'identification de la préférence linguistique des bénéficiaires n'est pas toujours systématique, complète ou exacte.

Dans notre système [...], il y a une option pour *preferred language*, donc le service de langue qu'on devrait offrir, mais malheureusement notre organisation, en fait, a deux systèmes dans lesquels on gère nos clients. Et celui dans lequel moi j'opère le plus, il y a cette option-là. Mais dans l'autre, l'option n'est pas là. Alors les données ne seraient pas 100 % valides. [...]. De ce que moi, je connais, il y a seulement un programme dans lequel nous identifions cette case-là. C'était le programme de répit *overnight*. [...]. Il y avait une partie du frais qui était payée par quelque chose par rapport à la langue française. (Gestionnaire #6)

Les personnes qui bénéficieraient de SEF ne sont pas toujours adéquatement identifiées, car celles-ci n'exigent pas toujours leurs services en français.

Ce que je trouve difficile, c'est qu'au niveau du HCCSS, ils vont leur demander aux clients. Tu sais, les gens qui s'identifient en tant que francophones s'identifient parce qu'ils veulent les services en français. Mais je crois que des fois, c'est pas bien représenté parce que j'ai quelqu'un, admettons qui parle très bien français, mais qui est aussi capable de se débrouiller en anglais, donc ils vont cocher bilingue. (Gestionnaire #4)

De plus, même si la langue de préférence est notée, cela n'indique pas automatiquement que la personne bénéficiaire recevra tous ses SEF.

If they're referred to us by someone else, like a care coordinator, the care coordinator indicates to us their language preference. It's one of the first questions we ask. If I get a referral and I'm speaking to the person making the referral, I always ask what language, what's your primary language? [...]. And usually they say either one, so that's when I say well, we have right now... we're a little short on French. (Gestionnaire #5)

Alors normalement, si HCCSS nous font une demande de service pour préposé·es aux soins personnels, normalement ça va indiquer sur la demande de service [que] la personne est francophone. S'il vous plaît, offrir les services en français. Et [...] on assigne en premier quelqu'un de francophone, s'il y a quelqu'un de disponible. Mais sinon, on retourne au client, on leur demande s'ils veulent quelqu'un d'anglophone. (Gestionnaire #6)

OFFRE DE SERVICES EN FRANÇAIS PAR LES AGENCES DE SOINS À DOMICILE

Trois gestionnaires interviewées provenaient d'agences qui avaient le mandat de servir la population francophone. Par conséquent, ces organisations offrent tous leurs SEF et le personnel doit être bilingue ou francophone.

Ça nous oblige à donner les services en français. Tous nos services doivent être en français, et la plupart de notre personnel, nos personnes doivent parler français, parce que la première langue, la langue de nos services, ce sont des services en français. (Gestionnaire #3)

Dans les deux autres agences désignées, malgré la volonté de doter les postes désignés de personnel bilingue, ce n'est pas toujours possible. Une gestionnaire décrit des défis importants concernant le recrutement de personnel bilingue.

Currently our staff, our community staff, we have like our PSWs, they do not speak French. They get by, but they're not bilingual. So, the reason, because we have to hire a bilingual staff member before anyone else: we just don't have any French PSWs in the community. So, the PSWs speak English but they can get by with French, but they're not bilingual. The nurses, I have one who is French-speaking. (Gestionnaire #5)

L'autre gestionnaire a expliqué que son agence maintient une liste d'employé·es pouvant parler français, mais que ceux-ci sont auto-identifiés. Elle observe également une insécurité linguistique parmi certains membres de leur personnel.

Alors, il y en a que c'est un niveau [de français] vraiment minimal. Il y en a que c'est un niveau supérieur. Mais il y a bien d'autres personnes dans notre agence qui parlent le français, mais qui ne l'ont pas utilisé depuis tellement d'années qu'elles ne se sentent pas confortables à l'utiliser. (Gestionnaire #2)

Les gestionnaires font des efforts pour offrir des SEF aux bénéficiaires francophones, mais n'y parviennent pas toujours.

Nous avons toujours accès aux services d'interprétation au téléphone. [...]. Mais, quand ça vient à de l'aide en personne, il faut chercher. Il n'y a pas quelque chose en place qui va immédiatement te donner ce service. Il faut vraiment naviguer, changer un peu les horaires, faire des demandes pour faciliter ce service. (Gestionnaire #2)

We try our best. So, I do have a staff member on leave who is French-speaking, so any French client is automatically given to her. And when she's off, or now that she's on leave, let's say I have two English-speaking workers, what I do is I pick the one who's most proficient in French to go to that client. (Gestionnaire #5)

Dans les agences non désignées, le personnel n'était pas nécessairement bilingue. Les deux gestionnaires, toutes deux de la région de l'Est ont estimé qu'environ 15 à 20 % de leur personnel pouvait parler français.

L'une de ces gestionnaires a expliqué qu'elle devait tout de même démontrer la capacité de son agence à offrir des SEF au besoin.

Il faut avoir quelqu'un dans chacun de nos postes. Donc, si vous appelez au bureau, vous devez être capable de parler à quelqu'un en français. Si vous demandez une aide en soins de santé ou une infirmière, ils doivent parler français. Donc, à chaque quart... chaque trois mois, on doit rapporter combien de personnel on a qui sont francophones dans chacun des postes désignés. (Gestionnaire #4)

Au sein de l'autre agence, la fréquence des services offerts en français dépendrait surtout de la localisation.

Moi, je dirais que c'est plutôt géographique que dans un type de services versus un autre. Ça serait dans les comtés de l'est, il y aurait une plus haute fréquence de services offerts en français qu'ici [Ottawa]. Mais il y en a aussi offerts ici. (Gestionnaire #6)

Thème 2. Défis linguistiques, incidents critiques et stratégies pour les surmonter

DÉFIS ET INCIDENTS CRITIQUES

Les gestionnaires ont fait part de divers aspects reliés aux défis linguistiques, toutefois, elles ne rapportent aucun incident critique. Il faut noter qu'il s'agit d'une question sensible et qu'il est possible que les personnes interviewées n'aient pas souhaité approfondir la question.

Les propos des gestionnaires portent sur l'insécurité linguistique des bénéficiaires, l'hésitation à demander des SEF, l'anxiété qui peut survenir en présence de discordance linguistique et la difficulté à fournir des SEF sur l'ensemble du continuum de soins.

On note que dans certaines régions, le fait d'évoluer majoritairement en contexte anglophone peut amener certaines personnes francophones à se sentir moins confiantes en français, sans être parfaitement à l'aise en anglais, ce qui peut affecter la qualité de la communication.

Il y a bien des cas où je peux voir surtout des femmes francophones, je peux voir que l'anglais n'est pas trop bon, mais je leur dis : « vous pouvez me parler en français ». Puis la réponse est que non, ça fait tellement d'années que je suis ici que mon français, mmm, je suis meilleure en anglais. OK, mais l'anglais n'est pas bon non plus. [...]. Alors, je remarque que, c'est ces gens-là qui sont les plus vulnérables parce que, oui, ils ont droit à des services en français, mais ce sont des gens qui ont vécu, justement nos plus âgés, dans une région comme une ville, tellement longtemps qu'ils se sont tellement habitués à l'anglais, mais ils ne sont pas bons en anglais. C'est là aussi où les choses manquent. Il y a un manque de communication, parce qu'ils ne sont pas capables de s'exprimer avec les bons mots puis de vraiment bien expliquer ce qui se passe. (Gestionnaire #2)

Les personnes âgées francophones peuvent également hésiter à demander des SEF, par crainte de devoir attendre plus longtemps pour recevoir les services souhaités.

Et j'ai aussi remarqué que chez les aîné·es... ceux qui parlent français, c'est un plus gros problème. Ils vont souvent dire qu'ils n'ont pas besoin de services en français par peur que ça va causer des problèmes. Alors, ils vont dire non, non, ça va, ça va. Ils n'comprennent pas l'implication de ce qui se passe, puis des problèmes que ça peut causer si leurs besoins sont mal communiqués. [...]. Et il y en a d'autres qui vont dire non, ça va, ça va, pas de problème, par peur que s'ils demandent des services en français, ils n'vont pas les recevoir parce que ça ne va pas être disponible. (Gestionnaire #2)

Cependant, les bénéficiaires francophones peuvent ressentir de l'anxiété lorsque les intervenant·es des services à domicile ne parlent pas leur langue.

Donner des soins personnels versus faire l'entretien ménager, ça peut être très différent. Malgré que, même à ça, il y a des gens, même pour l'entretien ménager, qui sont très... Il y a de l'anxiété, particulièrement si des fois vous êtes un aîné qui vit tout seul, ça peut causer de l'anxiété. (Gestionnaire #6)

Des défis de compréhension peuvent également survenir entre les bénéficiaires francophones et les intervenant·es d'autres cultures. Une gestionnaire a mentionné avoir reçu des plaintes de la part de bénéficiaires qui n'arrivaient pas à comprendre les accents prononcés d'intervenant·es francophones issus de l'immigration.

Par ailleurs, même dans le cas des agences à mandat francophone ou des agences qui ont des stratégies en place pour répondre aux besoins des bénéficiaires francophones, la continuité des SEF est souvent mise au défi lorsque la personne bénéficiaire doit obtenir des services spécialisés. Une gestionnaire a expliqué la réalité du contexte linguistique de sa région.

On est à [nom de la ville], ça, c'est la réalité de [nom de la ville], on est dans un contexte anglophone. C'est que tu vas essayer de référer seulement en français. Ça, c'est le premier réflexe qu'on a. Mais, il va arriver à un moment donné où tu n'as plus de ressources et tu n'as pas de ressources francophones. Tantôt on parlait des spécialistes. Même si je veux t'envoyer chez un ophtalmologue, un cardiologue francophone, s'il y en a, je veux te l'envoyer, mais s'il n'y en a pas, on n'a pas le choix là que de t'envoyer à un anglophone. (Gestionnaire #3)

STRATÉGIES MISES EN PLACE POUR SURMONTER LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Plans de contingence

La plupart des agences font leur possible pour jumeler des bénéficiaires francophones avec des intervenant·es pouvant offrir des SEF. Une gestionnaire a expliqué qu'elle essayait de prévoir un plan de contingence pour les cas où des employé·es francophones doivent s'absenter.

Habituellement, dans nos gens qui sont francophones, on a toujours ce qu'on appelle un arrière-plan. Donc habituellement, si Solange appelle malade, ça va être Marie qui va y aller. Donc, elle aussi est francophone. Donc on a, on essaie d'avoir, comme un plan d'urgence, parce que les personnes qui sont francophones sont vues par des employé·es francophones. (Gestionnaire #4)

Ressources ou services de traduction et d'interprétation

Certaines agences à mandat francophone ont mis en place des services formels d'interprétation pour accompagner les personnes francophones.

On a un service de traducteur [interprète] qui accompagne les personnes à leur rendez-vous avec les spécialistes pour faire la traduction parce qu'il y a cette barrière de la langue là. [...]. Pas pour tous les services, mais avec des spécialistes médicaux. On appelle ça interprétation médicale. (Gestionnaire #3)

Ce ne sont toutefois pas toutes les agences qui font appel à des services formels d'interprétation. Dans la majorité des agences, le personnel a accès à des applications de traduction ou d'interprétation sur leur téléphone, mais les propos d'une gestionnaire laissaient entendre que ces outils ne sont pas toujours utilisés.

Alors, je sais qu'en communiquant avec les agences, ils ont des applications sur leur téléphone pour parler en français. Mais, quand je fais la communication, quand j'ai communiqué avec le patient et l'infirmière qui était là, c'était le patient qui m'appelait pour me dire : « mon infirmière n' parle pas français, elle n' comprend pas ce que j'essaie de dire ». Puis, je parlais avec l'infirmière puis l'infirmière me dit je m'excuse, je n' parle pas français. On n'a personne qui parle le français. Je n' peux rien faire. C'est là où j'ai appelé l'agence. Mais l'agence me dit : « ah bien non, on a des systèmes sur le téléphone qu'on peut utiliser pour interpréter ». Mais l'infirmière n'avait pas l'air de comprendre. (Gestionnaire #2)

Accompagnement par un·e gestionnaire ou un·e intervenant·e bilingue

Dans les cas où aucun·e intervenant·e francophone n'est disponible, ou que des services formels d'interprétation ne sont pas accessibles, certaines gestionnaires ont mentionné qu'elles assuraient la présence d'un·e gestionnaire ou d'un·e coordonnateur·trice de soins francophone, soit en personne ou par téléphone, pour faciliter la communication entre des bénéficiaires francophones et des intervenant·es anglophones.

Mais lorsque nos gestionnaires de cas ou coordonnatrices réfèrent les clients, elles vont s'assurer d'être présentes pour la famille pour s'assurer que le client comprenne ce que le physio ou l'ergothérapeute discute avec le client. (Gestionnaire #1)

Mais j'ai eu même une situation, une fois, où les gens étaient très, très francophones et puis ils n' parlaient pas du tout un mot anglais et puis leur préposé·e a appelé malade cette journée-là. Vu que c'était un appel d'urgence, de dernière minute, la personne qu'on avait était anglophone [...]. Puis on est resté sur la ligne de téléphone [...]. Comme ça on pouvait répondre aux questions et écouter. (Gestionnaire #4)

Parfois, ce sont d'autres professionnel·les pouvant parler français qui accompagnent l'intervenant·e unilingue assurer une communication adéquate.

On n'a pas la capacité interne toujours d'appuyer puis d'offrir comme des services d'interprète. Mais on a souvent dans les cas où un client a des problèmes assez complexes, on a nos infirmières qui vont faire de leur mieux pour appuyer là où il y a des difficultés de communication. (Gestionnaire #7)

Présence de membres de la famille

Dans d'autres situations, l'agence se fie à la présence de membres de la famille pour aider à la communication.

Pour ce qui est d'une visite pour les soins personnels ou pour le travail social, de ce type-là, nous leur demandons s'il y a un membre de la famille qui peut venir traduire, interpréter, être présent pendant la visite. (Gestionnaire #6)

Envoi d'explications en français

Une gestionnaire expliquait également qu'elle envoie des lettres ou des explications en français aux bénéficiaires pour les informer des services qu'ils recevront, avant qu'un·e intervenant·e anglophone se présente.

Yes, so we end up... what we usually do is a lot of communication. We'll send letters, French letters, so they understand like what's happening, who's going into their home, what the procedure is going to be. A lot of times, because the staff can still get by in French, they can still communicate. But there have been times where the staff member calls me, and I talk to that person over the phone in French, so I can communicate a little better. (Gestionnaire #5)

Thème 3. Amélioration des services en français

LES AMÉLIORATIONS POSSIBLES

Quoique certaines stratégies sont déjà en place pour contourner le plus possible les défis linguistiques, les gestionnaires rencontrées étaient d'avis que des améliorations étaient encore nécessaires. Notamment, elles ont mentionné l'offre de services spécifiques en français, la reconnaissance des SEF, la possibilité de formation linguistique pour le personnel, une meilleure identification des compétences linguistiques du personnel, une meilleure utilisation des ressources humaines existantes, l'accès à des services de navigation et d'interprétation subventionnés.

Figure 2.1 - Pistes d'amélioration des services en français, selon les gestionnaires



Des services spécifiques offerts en français

Certaines gestionnaires constataient des améliorations dans les SEF, mais ceux-ci ne sont pas disponibles dans tous les types de soins. Par exemple, une gestionnaire notait une amélioration des soins primaires en français, mais remarquait un manque dans les autres services.

Mais moi, je vous dis qu'il faut avoir de plus en plus de services en français, pas seulement les primaires, parce que là, jusqu'à date, je vois que les services de première ligne sont beaucoup en français, mais quand on dépasse les services de première ligne, les autres services doivent être des services en français. (Gestionnaire #3)

Une gestionnaire mentionnait le besoin d'un programme de jour pour personnes atteintes de démence en français, ainsi qu'un meilleur taux de personnel bilingue dans le programme de répit en maison de retraite.

Il faudrait s'assurer que 50 % de nos employé·es dans le programme de répit soient bilingues et puis que ce soit un par *shift*. [...]. Parce que je peux seulement m'imaginer, si je séjourne en quelque part qui n'est pas familier, je pense tellement en français puis je n'peux pas communiquer avec la personne qui est là, ça peut causer beaucoup d'anxiété. (Gestionnaire #6)

Financement et reconnaissance des services en français

Un financement additionnel pour l'embauche de personnel bilingue, ou encore la reconnaissance des employé·es bilingues, ont été mentionnés comme pratiques dont pourraient bénéficier les SEF.

Ils vont octroyer des fonds pour certaines régions, on va recevoir de l'argent additionnel pour la région [nom d'une sous-région] parce qu'il y a une pénurie d'employé·es là et puis on n'est pas capable [de] remplir [certains postes]. Mais il n'y a pas rien pour la francophonie. Écoute, on est capable de recruter des gens qui sont francophones, qui vont offrir les services en français. Est-ce qu'on a quelque chose pour eux aussi ? Même si c'est une reconnaissance, ce n'est pas obligé d'être toujours financier, mais il n'y a rien qui est mis de l'avant pour les services francophones. (Gestionnaire #4)

Alors, il faudrait une grosse réévaluation de notre organisation, de nos pratiques d'embauche. Comme vous avez mentionné, peut-être mettre une prime pour être bilingue. Mais là, notre département des ressources humaines va peut-être demander si c'est juste. (Gestionnaire #6)

Formation linguistique pour le personnel

L'offre de formations linguistiques au personnel, avec le soutien de l'organisation, est considérée comme une stratégie gagnante. Deux gestionnaires ont indiqué que leur organisation évaluait actuellement cette possibilité.

Donc, si j'ai des gens qui sont intéressés ou qui disent : « bien mon français est pas mal, mon français est cassé, je n'suis pas capable de me débrouiller assez bien ». On va leur dire : « écoutez, si vous êtes prêt à prendre un cours en français pour améliorer, on va vous aider ». [...]. Donc des fois, il faut être un petit peu plus créatif que juste d'accepter les gens qui parlent français. On en a qui sont prêts à l'apprendre. Ça va prendre un petit peu plus de temps, mais ça va nous aider, puis ça va aider à nos clients. Donc, on est prêts à le faire. (Gestionnaire #4)

Alors, je sais qu'il y a des demandes, mais c'est quelque chose assez nouveau. Puis je pense qu'en faisant ces demandes, l'agence va probablement l'offrir aussi à ceux qui ne parlent pas beaucoup le français. C'est en train de se développer. (Gestionnaire #2)

Meilleure identification du personnel pouvant communiquer en français

De meilleurs SEF passeraient d'abord par une meilleure identification du personnel pouvant parler français, selon certaines gestionnaires.

Alors, d'après moi, la meilleure pratique pour l'instant c'est vraiment de prendre le temps, d'identifier tous les employé·es qui parlent le français. (Gestionnaire #2)

Une autre gestionnaire a précisé que la notion de bilinguisme serait à définir davantage pour assurer que le personnel identifié comme étant bilingue soit vraiment capable de fournir des SEF.

Alors, on a du travail à faire. En premier lieu, je dirais, on a du travail à engager d'autres personnes qui parlent français. Puis, en deuxième lieu, ça serait d'assurer que ces gens-là ont une certaine qualité de français aussi [...]. Il faut vraiment mieux standardiser c'est quoi notre définition d'être bilingue. (Gestionnaire #6)

Par ailleurs, les agences sous-traitantes devraient également avoir l'obligation d'identifier leur personnel qui parle français et de le jumeler aux bénéficiaires ayant besoin de SEF.

Mais je pense qu'il y a le besoin d'avoir une certaine redevabilité pour les contrats et les tierces parties, de faire un meilleur *job* à identifier leur personnel qui parle français et de faire un effort, parce que, de ce qu'on comprend de notre côté en entendant les expériences de nos clients, c'est que les tierces parties qui offrent des services à domicile [...] ce n'est pas une pratique qu'ils ont d'identifier leur personnel francophone, d'identifier les clients francophones, et de faire un effort de les jumeler ensemble. (Gestionnaire #7)

Meilleure utilisation des ressources humaines

Dans certaines situations, une meilleure utilisation des ressources humaines existantes pourrait contribuer à une meilleure offre de SEF.

Et jusqu'à ce que tout ça change, ça va prendre du temps, de peut-être modifier les services pour qu'on puisse utiliser les infirmières qu'on a, qui sont capables d'offrir des services en français, non seulement dans leur domaine où elles travaillent maintenant, mais peut-être qu'on pourrait les utiliser dans d'autres domaines où il y a le besoin, toujours dans la même agence. D'offrir cet entraînement pour qu'elles puissent travailler dans d'autres domaines quand le besoin est là. Au lieu de : on n'a pas de services, puis ça devient plus compliqué, le patient doit dépendre sur des services au téléphone. (Gestionnaire #2)

Une autre gestionnaire réfléchissait à une meilleure organisation des services, selon les besoins dans différents secteurs de sa région. Parlant des secteurs à moins grande densité de francophones et moins bien pourvus en personnel bilingue, elle dit :

Alors, je pense que ça mérite de peut-être juste évaluer géographiquement où est-ce que c'est, et puis ça serait de faire une évaluation de quel type de services on peut offrir dans ces petites poches-là, puis de faire une demande de sous, parce qu'en ce moment-ci, je veux dire, tous nos services sont payés par le Ministère directement ou par HCCSS... (Gestionnaire #6)

Des services de navigation ou d'interprétation subventionnés

À défaut de la présence de personnel bilingue, une gestionnaire a proposé la mise en place d'un service de navigation pour accompagner les bénéficiaires francophones.

Mais si on n'a pas ces services en français, d'avoir du personnel de navigation qui peut accompagner ces personnes-là dans tout ce processus. Avoir plus d'interprètes, plus de personnes de navigation, plus d'accompagnateurs pour pouvoir les aider... (Gestionnaire #3).

Enfin, une gestionnaire a mentionné le besoin de mieux connaître les services d'interprétation/traduction subventionnés.

Un service de traduction sera peut-être aussi bien. Si on pouvait répertorier [ces services] subventionnés bien sûr par le gouvernement, parce que les clients ne pourraient pas se le permettre, vous voyez ? (Gestionnaire #1)

LES OBSTACLES

Les gestionnaires interviewées ont également fait part de divers obstacles qui entravent l'amélioration des SEF, tels que la pénurie de personnel, l'insécurité linguistique du personnel, le manque de ressources et de formations linguistiques, un faible soutien organisationnel, le temps et les efforts requis pour offrir des SEF, les restructurations du système de santé, le manque de continuité des SEF, l'éparpillement géographique des francophones et la peur de demander des SEF.

Pénurie de personnel

La pénurie de personnel, particulièrement de personnel francophone, demeure un enjeu constant et important dans le système de santé, et ceci inclut les services à domicile.

Oui, oui, on fait face aux pénuries. C'est comme un genre de *roller coaster*. Ça monte, ça descend, ça monte, ça descend. Il y a des fois où on va embaucher cinq employé·es en soins de santé, ils sont tous francophones et puis on va en perdre, puis la prochaine fois, on remplace avec seulement deux. (Gestionnaire #4)

L'impact de la pandémie de COVID-19 continue à se faire sentir en ce qui concerne les défis de recrutement de personnel.

On n'est pas retournés à nos nombres d'employé·es, de volume, comme on était avant la pandémie. Donc, c'est toujours une inquiétude pour nous le manque de personnel. (Gestionnaire #4)

Alors, ça s'en vient, mais en toute honnêteté, c'est malheureusement déjà difficile d'engager des intervenantes à ce point-ci. COVID a juste fait tellement de dommages partout. On commence juste, puis ça fait quatre ans. (Gestionnaire #6)

Une gestionnaire expliquait également que des professionnel·les francophones formé·es dans sa région n'y restent pas toujours après avoir fini leurs études.

On n'a pas trop de contrôle parce que, oui, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de personnes francophones qui sont formées dans ce domaine-là. Certainement qu'il y en a, mais qui quittent peut-être la région, qui quittent [nom de la ville]. La vie est devenue chère, vous voyez? [...]. C'est la rémunération, les employé·es ne sont pas si bien payés par rapport au coût de la vie, ce qui fait que, bon, les gens s'éloignent. (Gestionnaire #1)

Insécurité linguistique du personnel

Un autre défi mentionné par les gestionnaires est l'insécurité linguistique de certains membres du personnel qui auraient une capacité à communiquer en français, mais hésitent à le manifester, car ils ou elles sentent que leur niveau de langue n'est pas adéquat. Une gestionnaire était d'avis que les agences ont un rôle à jouer pour appuyer le personnel dans le développement de leurs compétences linguistiques.

Il y en a bien qui ne vont pas le dire parce qu'ils ne se sentent pas confortables pour offrir des services en français, parce qu'ils sont trop rouillés en français, ils ne l'ont pas utilisé. Mais de savoir que, *hey, it's okay*. Ce que toi tu peux faire en français, c'est mieux qu'une personne qui ne peut rien faire. Et on peut t'entraîner, on veut te supporter. On peut te donner des outils. Et tu vas t'améliorer et puis si tu as besoin d'aide, voici cette personne qui peut t'aider. T'es pas toute seule. On a besoin de tes services. On a besoin de ta langue, de vraiment supporter les employé·es pour qu'ils se sentent confortables à offrir des services en français, puis d'avoir les outils nécessaires. (Gestionnaire #2)

Manque de ressources et de formations

Dans certains cas, plus particulièrement dans les plus petites communautés, les possibilités de formations linguistiques pour le personnel ne sont pas toujours disponibles ou constantes, donc les intervenant·es ont moins d'occasions de développer leurs compétences en français.

I think that the barrier is that we're in a very small community, so we don't have very many. I think in class is where you really learn a lot more than online. So, we don't have that availability because we're such a small community—we're 2,000 people—so I think the barrier is the lack of opportunity for our staff to learn French. (Gestionnaire #5)

Faible soutien organisationnel

L'offre de SEF doit passer d'abord et avant tout par une volonté de la haute direction et un climat organisationnel qui valorise cette offre. Une gestionnaire est d'avis que l'amélioration des SEF n'est pas prioritaire dans son agence.

D'après moi, dans mon agence, par exemple, on n'en parle pas assez. On a demandé que tout le monde prenne ce cours [cours sur l'offre active]. On leur a demandé qu'au téléphone, tu offres les services en français avant que la personne le demande. On doit toujours l'offrir, et that's it. Il n'y a pas eu d'autres discussions. [...] il y a un manque de communication [...] il n'y a pas d'enthousiasme. (Gestionnaire #2)

Temps et efforts requis pour offrir des services en français

Offrir des SEF peut s'avérer plus exigeant pour le personnel, notamment en raison de la nécessité d'utiliser des outils additionnels, de réaliser des traductions ou de compenser un manque de ressources dans cette langue.

Puis, l'autre chose aussi c'est que, quand je fais des évaluations avec un patient en français, tous mes documents, toute la documentation que je fais dans mon système est en anglais. Alors, je dois savoir comment traduire ça anglais-français pour bien capturer tout ce que j'écris. Alors, c'est plus compliqué que [ce que] les gens pensent. (Gestionnaire #2)

De plus, l'utilisation d'outils de traduction est jugée coûteuse en temps, et une gestionnaire observe qu'ils ne sont pas systématiquement employés par les intervenant·es.

Tout le monde doit se dépêcher pour pouvoir rencontrer tous ces gens qui ont besoin de services et, en devant utiliser de l'interprétation, des systèmes parce qu'on ne parle pas le français, ça prend du temps. Et la plupart des gens pensent que si la personne comprend assez pour qu'on puisse rendre service, *we're good*, et ils ne prennent pas le temps de vraiment utiliser et de trouver ce [dont] ils ont besoin pour [...] que ce soit fait en français. (Gestionnaire #2)

Certains rencontrent des obstacles lorsqu'ils cherchent à utiliser les services d'interprétation par téléphone.

Je sais qu'avec notre Équipe Santé Ontario, ils ont pris un contrat avec un service d'interprétation sur le téléphone. Mais on a eu des gros défis. On a pensé de s'en servir, mais souvent ce qu'on voyait c'était que les clients avaient des rendez-vous et il n'y avait pas assez de préavis pour planifier d'avance pour utiliser le service pour lequel on avait payé. Il fallait donner plus d'avis pour s'assurer qu'il y avait un interprète téléphonique disponible. (Gestionnaire #7)

Enfin, les professionnel·les ne sont souvent pas en mesure d'augmenter leur charge de travail.

Et d'offrir des services en français est plus fatigant. Parce que ça demande plus de concentration, de travail, d'efforts. Alors avec le temps, beaucoup d'infirmières sont fatiguées. C'est très difficile. Elles ne sont pas intéressées à rendre leur travail encore plus difficile en offrant des services en français. (Gestionnaire #2)

Restructurations du système de santé

Les restructurations du système de santé créent des priorités concurrentes qui peuvent nuire aux efforts pour améliorer les SEF.

Et avec le gouvernement provincial qui change tous nos services de santé, la façon que ça a été fait pour vraiment le moderniser, *Ontario Health*, ça complique les choses parce que ça, c'est tout un processus qui va prendre du temps [...]. Or dernièrement ça a été la pandémie, des changements avec *Ontario Health*. Le manque d'infirmières. Il y a beaucoup de facteurs à considérer. (Gestionnaire #2)

De plus, de telles restructurations ne sont pas toujours adaptées aux besoins des personnes âgées, selon cette gestionnaire.

Nos aîné·es sont tellement... il y a tellement de risques pour eux. Parce qu'avec les changements, tout est maintenant modernisé, tout est par système électronique. L'internet. Mais nos aîné·es, ils n'ont pas de *computer* puis d'internet et tout ça. (Gestionnaire #2)

Éparpillement géographique des francophones

Dans certaines régions, les populations francophones sont dispersées géographiquement, ce qui exige davantage de déplacements et limite la capacité à servir un grand nombre de bénéficiaires.

Et à cause de la géographie aussi, parce que nos clientèles sont un peu éparpillées dans [nom de la ville]. Parce que si on regarde par rapport aux [agences] anglophones, qui viennent dans cette zone et qui sont dans une zone spécifique et qui ont peut-être trois, quatre clients, nous autres ce n'est pas le cas. Donc, par jour, nous ne pouvons que faire deux clients parce qu'il faut voyager. Mais c'est la réalité de la francophonie à [nom de la ville]. Les gens sont dispersés et on n'a pas la capacité, on n'a pas le personnel pour aller partout. (Gestionnaire #1)

Manque de continuité des services en français

Plusieurs agences, même si elles ont le mandat d'offrir des SEF, n'offrent pas toute la gamme de services et doivent recourir à des agences sous-traitantes qui n'ont pas nécessairement l'obligation d'assurer des SEF.

Mais par la suite, souvent ces services-là sont des contrats avec des tierces parties. Donc, ils ont des contrats avec des différents fournisseurs, et donc, c'est à ce point-là que souvent, les services en français arrêtent pour nos clients. (Gestionnaire #7)

Peur de demander des services en français

Enfin, des gestionnaires ont mentionné que des bénéficiaires francophones ne demandent pas toujours leurs SEF par peur de devoir attendre plus longtemps pour les recevoir.

Donc, j'ai des gens qui vont dire oui, oui, regarde, y'a pas de problème, je peux me débrouiller dans les deux langues, ou il y a d'autres gens qui vont me dire non, je veux absolument que quelqu'un me parle en français. Mais les gens ont tellement besoin de services que je n'suis pas certaine qu'ils vont vraiment... il n'y en a pas beaucoup qui vont vraiment se battre pour garder les services en français. Parce qu'ils ont peur d'être sur une liste d'attente plus longue, [...] que ça prenne plus de temps avant qu'on aille les voir. (Gestionnaire #4)

Thème 4. Pratiques jugées prometteuses

Les gestionnaires se sont prononcées également sur leur connaissance des pratiques qui favorisent les SEF. Parmi les pratiques mentionnées, on trouve : la création de partenariats, l'offre de formation pour le personnel, le jumelage de personnel, la disponibilité de ressources d'interprétation et de traduction, et la promotion des postes bilingues.

Partenariats

Plusieurs agences travaillaient en partenariat avec d'autres organismes de leur région pour assurer un plus grand nombre de services à leur clientèle. Parlant des personnes non admissibles à leurs services, une gestionnaire explique :

Nous avons aussi des relations avec des agences qui sont aussi fondées [c.-à-d. financées] comme nous, mais à un autre niveau. Alors, on peut les référer à cette agence [...]. Si on ne peut pas offrir nos services, alors l'autre agence va pouvoir le faire. Mais on n'peut pas le faire les deux en même temps parce que le *funding* vient du même endroit. (Gestionnaire #2)

Certaines agences avaient également des partenariats avec des établissements d'enseignement, ce qui favorise le recrutement de personnel bilingue.

On a un partenariat parce que les étudiants viennent en stage chez nous, que ce soit des intervenant·es en travail social, que ce soit des préposé·es aux soins, ils viennent en stage chez nous. (Gestionnaire #1)

Une gestionnaire expliquait également qu'elle participait à des rencontres avec l'Association des agences privées de l'Ontario pour partager des idées et des exemples de bonnes pratiques.

Donc, on va être parfois mis dans des sessions d'apprentissage avec des gens qui ont des mêmes affinités et puis on va faire une revue de c'est quoi les meilleures pratiques... Qu'est-ce qu'on fait quand on n'a pas personne? (Gestionnaire #4)

Formations pour le personnel

L'offre de formations a également été mentionnée par des gestionnaires comme une pratique prometteuse. Deux gestionnaires ont parlé de l'obligation pour le personnel de leur agence de suivre une formation sur l'offre active de SEF. D'autres mentionnent le perfectionnement linguistique. Par exemple, une agence avait développé un partenariat avec un organisme communautaire pour offrir des cours en français aux employé·es anglophones.

We also offer opportunities for our staff who are English-speaking, English as a first language, to learn the basics of French. We have offered in collaboration with Formation Plus, a French organization, [...] a very basic course for English-speaking staff so that they can get by and understand healthcare terms like blood pressure and, you know, the terms that they would use in everyday work. (Gestionnaire #5)

L'agence appuie la participation du personnel en leur accordant du temps de formation. Ce n'est toutefois pas tout le personnel qui est motivé à développer ses compétences linguistiques.

It's all paid time, for any education that they do, and we kind of put it in their schedule so that they have that time. [...]. I would say 50 % of my staff are actively seeking out those courses and take them, whereas the other 50 %, I actually have to say: can you do this course? (Gestionnaire #5)

Une autre gestionnaire a mentionné qu'elle s'était inscrite à un cours d'interprétation en français pour mieux répondre aux besoins des bénéficiaires francophones de son agence.

Donc, j'ai espéré qu'en prenant ce cours que je vais être mieux équipée, et mon agence, à pouvoir faire de l'interprétation avec nos patients francophones parce qu'on en a besoin, oui. (Gestionnaire #2)

Jumelage de personnel

Une autre pratique utile mentionnée par une gestionnaire est le jumelage de personnel pour permettre aux intervenant·es qui développent leurs compétences en français de pratiquer la langue et d'être appuyé par une coordonnatrice francophone.

J'ai eu des aides en soins de santé qui nous ont demandé et puis qui sont en train de prendre les cours en français. Puis, qu'est-ce qui est bien, c'est qu'on essaye aussi de les jumeler. Donc, s'ils appellent au bureau, on va leur donner une coordonnatrice qui est française pour pouvoir pratiquer [...]. (Gestionnaire #4)

Ressources de traduction et d'interprétation

La disponibilité de ressources de traduction ou d'interprétation en français est également notée comme bonne pratique. Une gestionnaire indique que son agence a mis en place un service d'interprétation médicale pour accompagner la clientèle de l'agence à des rendez-vous médicaux avec des spécialistes. Une autre gestionnaire souligne avoir accès à une liste de personnes au sein de son agence qui peuvent interpréter dans différentes langues, et dans les cas où personne n'est disponible, il y a un service d'interprétation par téléphone. Rappelons toutefois que les conditions d'utilisation des services d'interprétation par téléphone ont été mentionnées comme une lacune dans les sections précédentes.

Meilleure promotion des postes bilingues

En raison de la pénurie de personnel, les agences doivent souvent être créatives dans leur processus de recrutement pour les postes désignés bilingues.

Et aussi pour faire le recrutement ou essayer de favoriser que les gens qui sont francophones appliquent dans des agences qui fournissent des services en français [...]. Donc, on essaie aussi là, puis c'est quelque chose de nouveau avec nos annonces, de voir si on n'peut pas essayer d'inclure : « les gens francophones sont bienvenus ou en demande » ou quelque chose comme ça. (Gestionnaire #4)

La participation à des foires d'emploi, en collaboration avec les programmes de formation offerts en français, peut également aider les agences dans le recrutement de personnel bilingue.

Il y a une foire d'emplois. Donc, on est plusieurs à y aller de notre équipe parce qu'on veut justement recruter des gens francophones. C'est la meilleure façon. Ils viennent de [collège francophone de la région]. Donc, c'est parfait. (Gestionnaire #4)

PARTIE 3. LA PERSPECTIVE DES INTERVENANT·ES

Profil des intervenant·es rencontré·es

Parmi les 15 intervenant·es rencontré·es, sept étaient des infirmières, cinq des ergothérapeutes, deux étaient des préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), une personne était intervenante au soutien communautaire (Tableau 3.1). Il y avait seulement un homme parmi ces 15 intervenant·es. Toutes ces personnes prodiguaient de soins à domicile et dans certains cas, elles offraient aussi des soins en clinique au sein de leur organisme.

Ces personnes travaillaient pour 11 agences et centres de santé ou cliniques communautaires situées dans les régions Ouest, Toronto, Est et Nord-Est. Parmi elles, on retrouve des fournisseurs de soins du secteur privé et des organisations sans but lucratif. En outre, plusieurs intervenant·es travaillaient dans des centres de santé communautaire ou des équipes de santé familiale qui fournissaient de soins à domicile aux personnes suivies par les médecins de leur organisation, en plus d'offrir certains services préventifs à leur communauté locale.

...dans la santé primaire, les infirmières, on voit les patients sur place, on fait beaucoup de triage par téléphone, on a des soins faits à la maison dans la communauté. On suit les médecins.
(Intervenante #15)

TÂCHES RÉALISÉES

Les ergothérapeutes s'occupaient en général des personnes âgées. La plupart étaient responsables de prévenir les risques de chutes et d'assurer la sécurité des personnes à domicile, incluant les résidences d'ainé·es. Ces professionnel·les contribuent aussi, conjointement avec les soins infirmiers, à réduire ou à guérir les plaies de pression, aident les bénéficiaires avec le renouvellement de leur permis de conduire ou à obtenir un transport adapté, etc. Les tâches sont multiples comme explique une intervenante rencontrée.

On fait beaucoup, les ergothérapeutes en soins communautaires. Ce qui est très différent des ergothérapeutes comme dans les hôpitaux, par exemple, ou en soins privés. Parce que la sécurité à domicile peut englober un peu de tout, vraiment un peu de tout, même comme des applications pour Para Transpo, des permis de stationnement pour ceux qui ont des handicaps. C'est large, c'est très, très, très large. Puis en plus, on fait des demandes de financement ou des subventions pour les équipements, pour les gens qui sont à faible revenu. (Intervenante # 4)

Les professionnel·les soins infirmiers réalisaient des évaluations, du suivi et l'éducation concernant le diabète auprès des bénéficiaires atteints de la maladie; des visites à domicile pour des prises de sang et des injections, des soins palliatifs et la gestion de soins infirmiers et de services paramédicaux. Certaines assuraient la liaison avec Santé à domicile Ontario, participaient à des rencontres de recrutement du personnel, élaboraient des stratégies pour minimiser les annulations et autres problèmes pouvant émerger dans les soins. Une professionnelle a mentionné qu'elle participait à un programme de recrutement international des PSSP.

Les PSSP assistaient les bénéficiaires pour leur bain, les repas, le rappel de la prise des médicaments et offraient du répit aux personnes proches aidantes, entre autres.

Enfin, l'intervenante en soutien communautaire était responsable d'un programme de visites amicales, du télébonjour, du soutien aux personnes aidantes et des programmes d'exercice. Elle travaillait dans un centre de ressources communautaires qui offre des services aux personnes âgées comme le transport, l'épicerie-bus, la popote roulante et les soins de pieds, entre autres.

ANCIENNETÉ DANS L'ORGANISATION ET EXPÉRIENCE DANS LE DOMAINE DE SOINS

Près de la moitié des intervenant·es (n=7) détenaient moins de 5 ans d'ancienneté dans leurs postes, alors que quatre occupaient leur poste depuis 5 à 10 ans et quatre y étaient depuis 11 ans ou plus, dont une depuis 39 ans (Tableau 3.1).

La plupart de ces personnes détenaient une expérience de travail dans le domaine de soins de santé avant d'occuper leur poste actuel. Pour quatre d'entre elles, l'emploi qu'elles détenaient au moment de l'entrevue était le premier après l'obtention de leur diplôme. Une PSSP avait immigré au Canada et commencé à travailler dans l'agence où elle était encore au moment de la rencontre. Trois intervenantes avaient travaillé au Québec avant de se relocaliser en Ontario.

Tableau 3.1 - Les intervenant·es interviewé·es par type d'organisation, poste occupé, ancienneté et profil linguistique

Intervenant·e (date de l'entretien)	Type d'organisme et statut selon la LSF	Poste occupé	Ancienneté (dans l'organisation)	Profil linguistique
Intervenante # 2 (01-11-2023)	OSBL à mandat francophone, désigné	Préposée aux services de soutien à la personne (PSSP)	3 ans	Francophone avec faibles compétences en anglais
Intervenante # 3 (21-11-2023)	OSBL à mandat francophone, désigné	Infirmière spécialiste clinicienne	Plus de 3 ans	Bilingue (français langue maternelle)
Intervenante # 7 (19-02-2024)	OSBL à mandat francophone, désigné	Infirmière	15 ans	Bilingue (français langue maternelle)
Intervenante # 9 (16-04-2024)	OSBL à mandat francophone, désigné	Ergothérapeute	1 an	Bilingue (français langue maternelle)
Intervenante # 10 (18-04-2024)	OSBL à mandat francophone, désigné	Infirmière	3 ans	Bilingue (français langue maternelle)
Intervenante # 11 (22-04-2024)	OSBL à mandat francophone, désigné	Ergothérapeute	6 ans	Anglophone unilingue
Intervenante # 12 (24-04-2024)	OSBL à mandat francophone, désigné	Ergothérapeute	14 ans	Bilingue
Intervenante # 15 (30-04-2024)	OSBL à mandat francophone, désigné	Infirmière	6 ans	Bilingue (français langue maternelle)
Intervenante # 8 (04-03-2024)	OSBL, désigné	Intervenante au soutien communautaire	15 ans	Bilingue (français langue maternelle)
Intervenante # 6 (12-12-2023)	OSBL, désignation partielle	Préposée aux services de soutien à la personne (PSSP)	10 ans	Anglophone unilingue
Intervenante # 13 (24-04-2024)	OSBL, désignation partielle	Infirmière	39 ans	Anglophone (faibles compétences en français)
Intervenante # 14 (26-04-2024)	OSBL, désignation partielle	Infirmière	1 an et demi	Bilingue (français langue maternelle)
Intervenante # 4 27-11-2023	OSBL, identifié	Ergothérapeute	14 mois	Bilingue (français n'est pas sa langue maternelle)
Intervenant # 1 (29-09-2023)	Œuvre dans 2 OSBL, non désignés	Ergothérapeute	6 ans	Bilingue
Intervenante # 5 (8-12-2023)	Société par actions, non désignée	Infirmière clinique responsable des soins infirmiers et paramédicaux	2 mois	Anglophone unilingue

PROFIL LINGUISTIQUE

Parmi les 15 personnes interviewées, 10 étaient bilingues. Une intervenante francophone a signalé avoir de faibles compétences en anglais. Les quatre autres intervenantes étaient des anglophones unilingues ou ayant une faible connaissance du français. Une intervenante était en formation linguistique pour apprendre le français et une autre a exprimé son souhait de faire une formation linguistique collégiale. La pandémie de COVID-19 a poussé certaines personnes à prendre cette décision, comme a expliqué une ergothérapeute :

During COVID, we were down to just me, and this is a French community health centre and it was just me as the OT [occupational therapist]. So, I did go out and see who I could work with for the language barrier, but it was limited. I'm learning French, but I'm not 100-per-cent French. (Intervenante #11)

CONNAISSANCE DES INTERVENANT·ES QUANT AUX OBLIGATIONS LINGUISTIQUES DE LEUR ORGANISATION

À l'exception des personnes travaillant dans les organismes à mandat francophone, la majorité des intervenant·es ne pouvaient pas répondre à cette question avec précision. En général, il ou elles n'étaient pas au courant des obligations linguistiques de leur agence selon la LSF. Toutefois, certains ont indiqué que leur agence s'identifiait comme bilingue et qu'elle fournissait de SEF, même si cela était conditionné par les ressources professionnelles disponibles.

Mais l'agence comme telle, oui, [nom de l'agence] au complet, oui, on se dit une agence bilingue. (Intervenante #4)

Je ne suis pas certaine. Il faudrait que je regarde. Je ne pense pas. Ça serait écrit sur notre liste de services. (Intervenante # 8)

Thème 1. Offre des services en français

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DE LA LANGUE DANS UN CONTEXTE DE SOINS

Les intervenant·es interviewé·es étaient très conscient·es de l'importance de la langue dans un contexte de soins. Entre autres, ces personnes ont mentionné que la concordance linguistique assure une qualité des échanges qui n'est pas possible quand le fournisseur de soins ne peut pas s'exprimer en français. Elle a un impact positif sur la relation thérapeutique.

Je pense que c'est important de le demander [la langue du client] parce que ça peut changer un peu la dynamique entre un client puis un intervenant. Juste au niveau du confort, quand on est capable de s'exprimer dans notre langue habituelle, ça peut jouer beaucoup sur l'interaction. (Intervenant #1)

La relation thérapeutique patient-infirmière commence par la communication. Il faut qu'on se comprenne. Il faut qu'on s'écoute. Il faut vraiment qu'il y ait cette compréhension, au final, pour pouvoir avancer dans la relation thérapeutique. Et c'est seulement en avançant dans la relation thérapeutique qu'on peut aider à soigner le patient, finalement. (Intervenante #14)

Une communication dans la langue préférée de la patiente ou du patient est essentielle dans les soins de fin de vie, comme explique une infirmière :

Pour les soins, comme les soins en fin de vie, il y a énormément de communication. Si c'n'est pas avec le patient qui souvent n'est pas conscient, ça sera avec la famille. (Intervenante #14)

Pour ceux et celles qui doivent évaluer le patient ou la patiente après une intervention ou un traitement, avoir une rétroaction précise est essentiel, comme explique un professionnel :

Je pense que ça donne une meilleure représentation de la situation. Donc, si on veut évaluer l'efficacité d'une intervention ou d'un traitement, le feedback verbal que la personne va te donner sera peut-être influencé par la langue. (Intervenant #1)

L'éducation des bénéficiaires requiert aussi une bonne compréhension de l'information qui leur est transmise, comme dans le cas des explications fournies par les ergothérapeutes sur les équipements et leur utilisation sécuritaire.

Puis ça, ça peut se faire par des stratégies ou des équipements qu'on peut fournir au client, ainsi que de l'éducation par rapport à l'utilisation sécuritaire des équipements. (Intervenante #4)

Quand les bénéficiaires sont atteints de troubles cognitifs, la communication entre eux et la personne intervenante est plus efficace si cette dernière peut communiquer dans leur langue de préférence.

Oui, je vais communiquer avec les clients en français. Je vais donner un exemple, j'ai une cliente en ce moment qui habite dans une résidence, sur une unité de mémoire. Elle a un nom quand même assez bilingue, quand même assez français. Mais elle parlait avec sa fille en anglais, mais elle avait dit un petit mot qui me faisait croire que ah, attends une minute, peut-être elle parle en français. Et j'ai dit : oh, je vais essayer. Et j'ai commencé à parler en français, puis, oh mon Dieu, elle avait comme une belle conversation avec moi, remplie de mots, remplie aussi de bonheur. Tu voyais qu'elle était capable de se faire comprendre. Puis sa fille m'avait regardée et elle a dit : « je n'aurais jamais pu croire que ma mère pourrait parler autant que ça ». (Intervenante #4)

Puis aussi [au] niveau cognitif, quand on fait des évaluations cognitives, souvent ils vont être plus à l'aise à s'exprimer en français ou la langue maternelle. (Intervenante #9)

De plus, il a été mentionné que parfois, le ou la bénéficiaire bilingue peut alterner entre les deux langues officielles. Dans ces situations, le bilinguisme de l'intervenant·e est indispensable pour bien conduire le test et être capable d'alterner si la personne décide de le faire.

Donc, je trouve que ça l'a un gros impact, et puis je pense que le fait, comme le fait de pouvoir offrir, comme moi je parle anglais et français, ça fait que si mettons un client décide en cours de route de changer de langue pour le test, bien je peux facilement l'ajuster comme en cours de route. (Intervenante #12)

Le français est aussi essentiel lors des consultations avec des personnes immigrantes et réfugiées, dont la seule langue officielle maîtrisée est le français et avec les personnes francophones âgées unilingues.

Je dirais que oui [communiquer dans la langue de préférence du bénéficiaire], spécialement pour des gens qui ne parlent pas vraiment l'anglais. Comme on a beaucoup de réfugiés puis d'immigrants maintenant qui viennent de pays où qu'ils parlent seulement le français, et aussi avec nos personnes âgées que leur langue natale c'est le français. (Intervenante #9)

Enfin, quand la personne doit donner son consentement pour une intervention, il est indispensable que la personne comprenne, et lorsque l'intervenant·e ne parle pas bien la langue du ou de la client·e, le recours à des interprètes est impératif.

INFORMATION SUR LA PRÉFÉRENCE LINGUISTIQUE DES BÉNÉFICIAIRES

La plupart des intervenant·es ont signalé avoir accès à cette information. Pour les services offerts pour le compte de Santé à domicile Ontario, l'information se trouve dans les dossiers des bénéficiaires soumis à leur agence. Néanmoins, deux ou trois intervenant·es ont indiqué que dans certains dossiers cette information est incomplète ou absente.

Yes, so the referrals, which is like essentially the paperwork from HCCSS, we get sent to what is called an offer. So, initially it's a couple page like offer, a new client is coming onto the service, and there is a section that asks the language. Sometimes it says "mandatory French-speaking nurse" or sometimes it says in the instructions client is "bilingual but prefer to speak French" or sometimes they will say "prefer a French-speaking nurse". So, depending on who is sending the offer to (nom de l'agence), the instructions, it's outlined like that. [...]. Yes, most of the time it's indicated on the referral, but not always. I know they try their best, but sometimes that gets missed. But most of the time, it does say, you know, clients prefer a French-speaking nurse, or the client only speaks French, you know, that kind of thing on the referral. (Intervenante #5)

Pour les autres types de services, cela dépend des pratiques de l'organisation.

Je suis en train de réfléchir parce qu'on n'a pas d'identification dans nos dossiers au niveau de la langue. J'avoue que parfois, ça serait le fun parce que ça arrive que j'veais demander aux gens au début de l'interaction, est-ce que vous préférez en français ou en anglais? (Intervenant #1)

Selon la plupart des intervenant·es, il est de routine lors de la première communication de l'agence, de vérifier les langues parlées et préférées du ou de la bénéficiaire. La façon de vérifier cette information varie selon l'agence. Dans la majorité des cas, elle permettrait de recueillir une information assez complète pour distinguer le niveau de compétence linguistique de la personne (francophone unilingue ou préférence du français).

Oh oui, c'est routine, oui. Donc, une fois que les clients sont référés à [nom de l'agence], nous, on a des coordonnateurs qui vont faire les appels aux clients ou familles pour confirmer leur rendez-vous. En même temps, ils vont confirmer la langue de choix ou de préférence. (Intervenante #3)

On demande toujours au client quelle langue il préfère, puis quelles langues il parle. Donc c'est toujours écrit sur le dossier du client sa langue de choix. (Intervenante #8)

Donc, ça dit *Languages spoken*. Et puis il y a trois options. Il y a : « *English, French or other* ». Donc, nous, on coche. On leur demande : « *languages spoken: English, French or other* ». Et juste à côté de *languages spoken*, ça demande *preferred language for service*. Et là, c'est à nous d'écrire maintenant la réponse du patient. (Intervenante #14)

Les intervenant·es sont conscient·es qu'ils ou elles ne peuvent pas assumer que le ou la bénéficiaire parle français sur la base de leurs noms de famille.

Si c'est quelqu'un que j'n'ai jamais rencontré puis que je ne connais pas, parce que, des fois, on va peut-être assumer qu'avec leur nom de famille ou leur prénom qu'ils parlent français, puis c'n'est vraiment pas le cas. Donc, tu n'peux pas juste te fier au nom. (Intervenant #1)

LANGUE DES SERVICES À DOMICILE PRODIGUÉS PAR LES INTERVENANT·ES RENCONTRÉ·ES

La majorité des intervenant·es ayant manifesté un intérêt à participer à la présente étude étaient bilingues. Plusieurs travaillaient dans des agences à mandat francophone ou d'autres agences désignées. Ainsi, une grande partie des intervenant·es rencontré·es offraient des services à domicile en français.

Je dirais que j'utilise le français sur une base régulière parce qu'il y a quand même une bonne majorité des clients qui peuvent communiquer en anglais, mais quand ils savent qu'ils peuvent communiquer en français, souvent c'est leur première langue. Ils se sentent plus à l'aise, puis ça facilite la communication, aussi l'expression. (Intervenant #1)

Dans le cas d'une agence à mandat francophone, une intervenante a signalé parler en français tout le temps. Exceptionnellement, lors d'un accompagnement chez le médecin, si celui-là est anglophone, alors l'intervenante a signalé qu'elle s'exprimait en anglais. Autrement :

Toujours en français. Parfois les gens ne se souviennent pas des mots, certains mots, bien ils disent les mots en anglais. Mais à part ça, on fait les soins en français. (Intervenante #2)

Dans plusieurs organisations à mandat francophone, les intervenant·es complètent aussi les dossiers des bénéficiaires en français.

Une clinique qui dessert la population francophone de Toronto offre des services exclusivement en français. On y offre des services à la population francophone qui approche le centre, mais aussi de l'extérieur, entre autres, les francophones d'une résidence pour personnes autonomes. Il s'agit d'une collaboration qui mène à la création d'un pôle de SEF.

Dans certains centres désignés, le bilinguisme constitue un critère exigé lors du recrutement et une grande partie du travail se fait en français.

Il faut parler français. La plupart de nos réunions se font en français. On fait beaucoup en français, mais tout ce qu'on fait à l'ordinateur pendant notre programme de clients c'est tout en anglais, par contre. Mais, oui, on est pas mal francophones. (Intervenante #8)

Les autres agences disposent, en général, de mesures qui facilitent l'attribution des ressources bilingues aux bénéficiaires francophones. Dans la région de l'Est, les ressources professionnelles pour répondre à la population francophone sont plus nombreuses dans la sous-région de Champlain, alors qu'elles ne le sont pas autant dans la sous-région du Sud-Est. Des personnes de cette région indiquent que leur organisation essaie de jumeler les ressources bilingues autant que possible aux bénéficiaires francophones, même si ce n'est pas toujours possible. Bien des raisons peuvent l'empêcher, comme les vacances et autres congés du personnel, ainsi que la perception que ce n'est pas aussi important pour les bénéficiaires bilingues.

In our area, we don't have I guess the range of nurses that speak different languages. It wouldn't be like having an agency in Toronto where you've got more of that cross-section of staff. I don't think we have... We do have French-speaking nurses for sure; and of course, the languages that the nurses speak is on file in the office. But we don't have I guess the cross-section of nurses here that you might have in a larger area. (Intervenante #13)

Oui, il y en a des patients francophones, mais souvent ils sont bilingues. Et étant donné que souvent ce n'est pas la même infirmière qui sera toujours assignée au patient, parce qu'on a aussi des vacances, etc. Donc même si moi, par exemple, je suis bilingue et je vais voir un patient qui est bilingue, mais qui préfère parler français, moi, je peux lui parler français. Mais la prochaine infirmière, les chances sont qu'elle ne sera pas... qu'elle ne pourra pas parler français avec eux. (Intervenante #14)

Il existe néanmoins une intention d'accommoder les bénéficiaires francophones s'ils ou elles ne sont pas bilingues. L'un de ces accommodements peut consister à tenir une consultation virtuelle en français.

Si je ne suis pas assignée, qu'il y ait une traduction qui puisse se faire peut-être en virtuel, parce qu'on fait aussi des visites virtuelles, surtout lorsqu'il y a des tempêtes ou pour une raison ou pour une autre, on ne peut pas trop conduire cette journée, on a l'option de faire des visites virtuelles, si c'est possible. Et dans ce cas, je pense qu'il y aurait eu vraiment des accommodations qui pourraient être faites dans ce cadre-ci. (Intervenante #14)

Cette impossibilité d'offrir le service en français se présente aussi dans les situations où la demande est urgente.

Dans la mesure du possible, oui. Il y a certaines circonstances où nous ne sommes pas en mesure de fournir un personnel qui réponde... qu'ils soient capables de fournir des soins dans la langue de préférence des clients. Par exemple, si on reçoit une référence, la demande est urgente, on doit [répondre] comme à l'intérieur de 24 heures. Si un ergothérapeute, disons bilingue, n'est pas disponible, on offre le choix au client de voir un ergothérapeute anglophone. (Intervenante #3)

Certaines agences ont de la difficulté à pourvoir les postes désignés bilingues. Une PSSP anglophone unilingue a expliqué que sa superviseure lui fait savoir la préférence linguistique de la personne bénéficiaire de soins avant de lui attribuer un nouveau patient ou une nouvelle patiente. La même superviseure demande à la personne bénéficiaire si elle serait à l'aise de recevoir des soins prodigués en anglais.

My boss will let me know if the client is French or English and they'll... Like I think the client is asked or like they let the client know that I'm English-speaking, are they okay with that? (Intervenante #6)

Une autre intervenante mentionne les défis de l'aiguillage vers des SEF pour l'aide aux tâches ménagères : les agences sous-traitantes n'ont pas toujours du personnel bilingue.

La plupart de ces compagnies-là sont anglophones. Elles ont peut-être des travailleurs francophones. Donc, c'est pour ça qu'on réfère à plus qu'une compagnie pour que le client puisse appeler chaque compagnie. Donc, on pose la question, puis ils nous disent toujours ah, oui, on a des travailleurs francophones. Mais il y a tellement de mouvements dans ces compagnies-là que ce n'est peut-être pas toujours le cas par le temps qu'on réfère le client. C'est difficile de gérer ça. (Intervenante #8)

Une autre situation concerne les activités de groupes offertes par certains centres. Par exemple, une intervenante mentionne le programme de jour, permettant d'offrir du répit aux personnes proches aidantes en même temps que des activités stimulantes pour la personne âgée, qui s'offrent uniquement en anglais dans son centre, même si certaines personnes francophones bilingues y assistent.

Par ailleurs, quelques intervenant·es signalent devoir s'exprimer parfois en anglais, même si le bénéficiaire est francophone. C'est le cas lorsque la personne peut se sentir plus à l'aise de communiquer en anglais quand cela concerne des aspects médicaux.

Alors souvent, même des gens francophones, ils préfèrent se faire donner des informations médicales en anglais juste parce que, des fois, comme c'est plus facile pour qu'ils puissent comprendre, dépendamment de leur trajet dans leur vie. Mais souvent, je vais comme premièrement m'adresser [à eux] en français. (Intervenante #10)

C'est aussi le cas lorsque le personnel doit discuter avec des proches qui sont anglophones et doit ainsi alterner entre les deux langues officielles dans une consultation à domicile.

Oui, souvent, les personnes âgées habitent avec un membre de leur famille. Mais souvent, par exemple, un de leurs enfants, ils vont... je dirais comme ça serait comme 50-50 que leurs enfants sont anglophones. Alors, là, je vais faire la traduction. (Intervenante #10)

STRATÉGIES DE LEUR ORGANISATION POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES BÉNÉFICIAIRES FRANCOPHONES

Dans les agences à mandat francophone dont tous les services sont disponibles en français, des stratégies doivent être déployées principalement pour accompagner les client·es francophones lors de rendez-vous dans des services externes. Tous les autres fournisseurs de soins à domicile, désignés ou non, mettent en place des stratégies diverses en matière d'offre des SEF, afin d'accommoder le plus possible les bénéficiaires francophones.

Figure 3.1 - Stratégies de l'organisation pour répondre aux besoins des bénéficiaires francophones



Validation de la langue de préférence et des compétences linguistiques des bénéficiaires

En prenant connaissance du dossier du ou de la bénéficiaire, la personne qui coordonne les soins au sein de l'agence examine ce qui est indiqué sur le niveau de compétence linguistique de la personne et détermine si les services peuvent être fournis en français ou non. Les intervenant·es interviewé·es s'accordaient pour signaler que les agences cherchent en général la meilleure façon de répondre aux besoins de la clientèle francophone. Toutefois, les intervenant·es ont également signalé que l'offre de SEF n'est pas toujours possible.

If not, then if it says mandatory French-speaking nurse, then we can't because we don't have... We only have like a couple. But if it says "prefer", then we try because like myself, I do speak a little bit of French. If it's basic, I can translate, but if it gets very complex and complicated, then (nom d'une collègue) probably needs to be involved. (Intervenante #5)

Allocation stratégique des ressources

Les fournisseurs de soins essaient d'allouer les ressources bilingues de façon stratégique sur leurs territoires et selon le domaine d'intervention de différentes façons. Ils peuvent discuter en équipe de qui est la meilleure personne pour suivre le ou la bénéficiaire francophone.

En travail social, on a certaines intervenantes qui sont bilingues, et on [en] a deux qui seraient juste anglophones. Donc, c'est certain que, des fois, quand on a des cas à discuter ou à présenter, on va peut-être favoriser telles intervenantes parce qu'elles peuvent communiquer en français. On essaie toujours d'accommoder le mieux qu'on peut. (Intervenant #1)

Certains assignent des ressources bilingues aux zones à plus haute concentration francophone. Par exemple, l'une de plus grandes agences de soins à domicile dans la région de Champlain affecte davantage de personnel bilingue à l'est d'Ottawa et dans le centre de la ville, alors que l'ouest de la ville est desservi par quelques intervenant·es bilingues qui se déplacent dans l'ensemble du secteur lorsqu'il y a un·e bénéficiaire francophone.

Ces mesures ne font pas l'unanimité chez les intervenant·es qui ont signalé être souvent obligé·es de se déplacer sur de longues distances pour couvrir les vastes territoires desservis par leurs agences. De plus, certaines agences disposent des petites équipes dans chaque domaine d'intervention.

So, with the nursing, I think I have, because we're spread out, right, we have [nom de la ville centre], there's [nom d'une autre ville], [nom d'une autre ville]. (Intervenante #5)

D'autres couvrent les situations d'urgence pendant les fins de semaine avec un nombre limité de ressources bilingues pour certains domaines d'intervention (p. ex., ergothérapie, soins infirmiers). Ces mesures comportent des limites comme l'incapacité de développer une relation thérapeutique dès le début du service entre l'intervenant·e qui assurera le suivi et la personne bénéficiaire.

Quand même, il était très... *very appreciative* que j'ai été capable de me déplacer. Mais, quand même, c'n'était pas une situation idéale. Pas du tout. Puis ensuite, la relation thérapeutique s'était établie avec moi. L'ergothérapeute qui doit prendre la relève doit comme recommencer tout ce processus avec le client aussi. (Intervenante #4)

Enfin, certaines consultations pourraient se faire virtuellement en français avec un·e intervenant·e bilingue d'un autre secteur, dans le cas où un·e bénéficiaire francophone ne puisse pas communiquer en anglais.

Interprétation informelle et services formels d'accompagnement-interprétation

En ce qui concerne les services directs de leur organisation, lorsque l'intervenant·e qui doit rencontrer un·e bénéficiaire francophone ne peut parler français, il arrive que l'on fasse appel à l'interprétation informelle par des collègues.

[...], mais je serais prêt à dire que pour un client qui est peut-être francophone et qui doit rencontrer le médecin ou un autre professionnel qui est strictement anglophone, c'est sûr que l'interaction est plus compliquée. C'est déjà arrivé que j'ai dû agir comme interprète là, mais pas sur une base régulière. (Intervenant #1)

D'autres intervenant·es font appel à un·e superviseur·e bilingue pour une interprétation téléphonique pendant la visite à domicile, si aucune ressource bilingue n'est disponible pour offrir les SEF.

Like last week, we had a referral. Because on the referral it just says "prefer French". [...]. So we accepted the referral based on the understanding that, you know, the client does understand some English, you know. [...]. But then as it turned out, the client only speaks French. [...]. So, we were trying to strategize, so we asked [name of supervisor] to translate. [...]. We're responsible. We'll find ways to provide services in French. You know, [although] it's not ideal to have someone on the phone translating. (Intervenante #5)

Par ailleurs, des organismes à mandat francophone ont mis en place des services formels d'accompagnement des bénéficiaires francophones qui doivent avoir des rendez-vous avec des services externes disponibles uniquement en anglais.

Dans un organisme, les infirmières accompagnent leur clientèle à leur rendez-vous médical avec des fournisseurs externes et assurent l'interprétation.

On n'a pas tant de gens qui ont comme zéro compétence en anglais ou bien des gens qui n'ont pas de membres de leur famille qui peuvent les aider, mais ça l'arrive de temps en temps que moi ou bien les autres infirmières [...], on doit accompagner les gens à des rendez-vous, spécialement si c'est des rendez-vous avec des spécialistes qui sont vraiment importants. (Intervenante #10)

Dans ce même centre, l'embauche récente d'une accompagnatrice-interprète certifiée a aidé beaucoup les intervenant·es.

On a quelqu'un ici maintenant qui peut faire de l'accompagnement puis qui est certifié interprète. Donc, elle accompagne actuellement nos clients. Ceux qui ont des grands besoins, elle les accompagne dans leur rendez-vous pour s'assurer... Parce que les médecins envoyaient des clients voir des spécialistes puis ils revenaient puis rien n'a été fait parce que le client n'avait pas été capable d'exprimer ses besoins. (Intervenante #12)

Ces ressources formées comme accompagnateurs-interprètes sont aussi en place dans un autre centre à mandat francophone.

Alors si quelqu'un n'est pas capable, mettons qu'ils vont voir un spécialiste, un endocrinologue, puis la personne ne peut pas être accompagnée de quelqu'un pour l'aider à comprendre — mettons un membre de la famille — bien, on a le service d'un interprète qui va aller avec cette personne pour les examens, pour être sûr qu'elle est bien comprise. (Intervenante #3)

Dans ce même centre, un poste d'infirmière-navigatrice a aussi été créé pour assurer le lien entre une clientèle francophone à majorité immigrante et le système de santé. Le rôle de cette professionnelle est d'orienter les personnes pour les tests médicaux de routine (PAP, TIF, etc.) et d'aider à la prise de rendez-vous avec les professionnel·les, que ce soit dans une clinique ou à domicile.

Dans d'autres agences, les intervenant·es doivent s'abstenir de faire de l'interprétation et sont invités à appeler à un membre de la famille du bénéficiaire à agir comme interprète.

On n'est pas autorisés à traduire [interpréter]. Alors, du coup, la famille appelle un membre de sa famille qui parle le mieux en anglais et qui traduit pour eux avec le docteur. Mais c'est tout. (Intervenante #2)

Recrutement du personnel bilingue

Le bilinguisme est un critère d'embauche du personnel appliqué strictement chez la majorité des fournisseurs de services à mandat francophone.

Il n'y a personne qui est anglophone. Bien, oui, je veux dire, ils parlent anglais, mais ils sont francophones. Ils doivent parler français. Tous nos dossiers sont francophones. Toutes les écritures, toutes les communications sont francophones. (Intervenante #3)

Ce critère est appliqué de manière plus variable chez les fournisseurs désignés ainsi que chez ceux qui ne sont pas assujettis à la LSF. Ces agences non désignées font leur possible, surtout dans les régions à plus forte densité de francophone, pour avoir du personnel qui soit bilingue afin de répondre aux besoins des bénéficiaires francophones. Devant l'impossibilité de pourvoir tous les postes désignés par du personnel bilingue, certaines agences priorisent le bilinguisme dans le recrutement des superviseur·es et, en fonction de la taille de l'organisation, pour une certaine proportion du personnel dans les différentes catégories professionnelles (soins infirmiers, ergothérapeutes, etc.).

Incitatifs à la formation et au perfectionnement linguistique

Quelques agences offrent des incitatifs au personnel qui souhaite suivre une formation de français ou se perfectionner. Dans certains cas, il s'agit d'une exigence dans la formation du personnel.

I think it's really important, just because you don't want any barriers with you and your patient, right? So, you have to try, even if you're not French, you have to try your best to make sure that they're okay. That's why we also have a French-language course that we have to do on our Surge Learning. (Intervenante #6)

Thème 2. Défis linguistiques, incidents critiques et stratégies pour les surmonter

DÉFIS LINGUISTIQUES

Un premier défi peut découler d'une information imprécise au dossier de la personne bénéficiaire concernant ses besoins linguistiques, situation dans laquelle un·e intervenant·e ne parlant pas français peut se retrouver, à sa surprise, assigné·e aux soins d'une personne ne parlant pas anglais.

Last week, we had a referral. Because on the referral it just says: "Prefer French". So, when we get that instruction, that means like we assume that they're able to comprehend English, you know, but they just prefer someone who speaks French. So, we accepted the referral based on the understanding that the client does understand some English. They just prefer to communicate in French. But then, as it turned out, the client only speaks French. So, the instruction was not 100 % accurate. (Intervenante #5)

Dans cette situation, l'intervenante a fait appel à une superviseure bilingue pour une interprétation téléphonique.

Par ailleurs, puisque la majorité des intervenant·es rencontré·es étaient bilingues, les autres défis linguistiques qui nous ont été mentionnés se rapportent principalement à des interactions observées entre leurs client·es et d'autres intervenant·es.

Figure 3.2 - Défis linguistiques

**Les défis de communication sont plus importants chez :**

- Les personnes atteintes de troubles cognitifs
- Les personnes ayant des pertes auditives
- Les personnes recevant des soins palliatifs

Les défis linguistiques sont fréquents lors de :

- Transmission d'information du bénéficiaire à sa famille
- Situations stressantes
- Rencontre avec des fournisseurs externes

Conséquences :

- Les barrières linguistiques peuvent mener à un désistement de la demande de soins.

Les intervenant·es ont signalé davantage des défis de communication lors des interactions avec les personnes atteintes de troubles neurocognitifs, les personnes qui présentent des pertes auditives et les personnes en fin de vie.

Oui, c'est certain qu'il y a peut-être certains défis qu'on a déjà eus en travaillant avec des gens atteints de la maladie d'Alzheimer ou des atteintes cognitives assez avancées. Mais à ce moment-là, on a souvent un membre de la famille habituellement [avec qui] on peut communiquer. Donc ça, ça facilite un peu cette difficulté-là. (Intervenant #1)

Pour les soins, comme les soins en fin de vie, il y a énormément de communication. Si c'n'est pas avec le patient qui souvent n'est pas conscient, ça sera avec la famille. (Intervenante #14)

Les professionnel·les ont rapporté des difficultés qui émergent du fait qu'une personne ayant une perte auditive et atteinte de troubles neurocognitifs transmette des informations incorrectes à sa famille. Les professionnel·les doivent ainsi être en communication constante avec la patientèle et les familles.

Et souvent, on donne des informations aux patients, et le patient n'a pas toujours compris. Il va transmettre cette information à la famille qui aussi est maintenant confuse. Donc, il y a des fois aussi un manque de communication entre les infirmières et les familles qui ne sont pas présentes durant les visites, mais qui veulent quand même être au courant de ce qui se passe. Ça aussi, ça peut être assez un défi dans notre travail. (Intervenante #14)

D'autres défis sont associés à des situations de stress, car souvent dans ces cas, les personnes ont tendance à s'exprimer mieux dans leur langue maternelle.

Parce que, souvent, quand les gens sont dans des situations stressantes... bien ils sont dans des situations où ils veulent vraiment s'exprimer dans leur langue natale. S'ils sont dans une situation où ils souhaitent parler en anglais, par exemple, des fois, quand c'est vraiment stressant, ils vont retourner à leur langue natale, puis ils vont vouloir s'exprimer dans la langue qu'ils connaissent mieux. (Intervenante #10)

De plus, les intervenant·es bilingues rapportent devoir traduire à d'autres professionnel·les les interventions qu'ils ou elles réalisent en français auprès des bénéficiaires francophones.

On a aussi une clinique de mémoire. Moi je suis ergothérapeute, on a un médecin qui est dédié à cette clinique-là, puis notre médecin est anglophone. Donc ça arrive qu'on ait des clients qui sont francophones; les évaluations cognitives sont effectuées en français, dans leur langue. Et puis là, quand ça vient le temps de faire la rencontre finale avec le médecin, ça n'arrive pas régulièrement, mais je dirais assez souvent où on doit faire la traduction. (Intervenant #1)

En outre, ils ou elles peuvent devoir interpréter les discussions lors de rencontres incluant des fournisseurs externes afin d'assurer une compréhension mutuelle.

Quand je travaille aussi avec les fournisseurs, comme les équipements, fauteuils roulants, quand on fait des essais, là il faut faire venir ces fournisseurs-là à domicile aussi. On fait un rendez-vous conjoint, puis à ce moment-là, c'est sûr qu'eux, ils ne comprennent pas le français. Alors quand je parle au client, je leur parle en français puis je traduis ce que j'ai dit avec les gens [les fournisseurs], à moins que le client soit aussi confortable en anglais. (Intervenante #9)

Enfin, les barrières linguistiques peuvent mener à un désistement de la demande de soins de la part de la personne bénéficiaire ou à un abandon du service.

Pas encore. Je n'ai pas été témoin de ça [incident critique], mais j'entends parler les aîné·es qui disent comme : « On peut se passer de ces services-là lorsque finalement, on ne peut plus communiquer correctement avec les gens ». C'est ça que j'entends, oui. (Intervenante #7)

Il y a certains clients qui vont dire qu'ils parlent aucun anglais. C'est pour ça qu'ils ont eu beaucoup de difficulté à recevoir de l'aide à domicile. Des fois, il y a des thérapeutes qui viennent, mais ils ne peuvent pas se communiquer, alors il [le client] dit ah, je ne veux plus avoir de services. (Intervenante #9)

Incidents critiques

Un seul incident critique a été rapporté par les intervenant·es. Une ergothérapeute a expliqué une situation qui s'est produite entre une préposée aux services de soutien à la personne et l'une de ses clientes.

Et ma cliente essaie d'exprimer à la personne qui lui donnait les soins que l'eau était trop chaude. Puis elle n'arrivait pas à s'exprimer et elle a commencé à crier. Puis là, [la préposée] pensait qu'elle lui criait après et elle ne comprenait pas ce qui se passait. (Intervenante #12)

STRATÉGIES DES INTERVENANT·ES POUR SURMONTER LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

En réponse aux questions sur ce thème, en plus des stratégies déjà mentionnées, en place au sein de leur agence, les intervenant·es ont décrit certaines stratégies qui relèvent davantage de leurs actions individuelles.

Interprétation formelle et informelle

Dans des situations où les barrières linguistiques entravent la communication entre les intervenant·es et les bénéficiaires, les intervenant·es peuvent faire appel aux services de traduction et d'interprétation formels et informels. Les premiers offrent de l'interprétation dans plusieurs langues. En général, les intervenant·es ont indiqué que ces services sont peu utilisés dans leurs organisations.

Oui, donc [nom de l'agence] fournissent... il y a un service d'interprète pour toute personne qui en a besoin, que ce soit en français, en arabe, en mandarin. Donc nous, on est capables de fournir ce service. (Intervenante #4)

Figure 3.3 - Stratégies des intervenant·es pour surmonter les barrières linguistiques



On a un service de traduction. Je n’l’ai jamais utilisé, par contre. C’est par téléphone. Je n’connais pas de mes collègues qui l’aient utilisé. Donc, ça serait plus pour comme d’autres langues comme arabe ou peu importe. Ils offrent la traduction pour 100 quelques langages. Mais, on n’a jamais eu besoin de l’utiliser. (Intervenante #8)

Et souvent, je pense que le système de santé essaie de prendre des chemins plus courts, la majorité du temps, pour arriver à leurs fins. C’est complexe d’avoir des clients qui ont besoin d’interprétation. Ça rend les choses beaucoup plus compliquées pour les spécialistes et tout ça. En même temps, il y a des moments où c’est nécessaire. (Intervenante #12)

Il faut vraiment du temps pour appeler un traducteur, et c’est la seule barrière qu’il y a que je connais. (Intervenante #2)

Alors que les services formels d’interprétation peuvent être plus lents à se mettre en place et sont généralement à l’extérieur de l’environnement de travail, le recours à des interprètes informels, le plus souvent des collègues de travail ou un membre de la famille du ou de la bénéficiaire, serait plus rapide et plus utilisé.

We cannot say: “Well, I cannot take care of this client anymore because I don’t have a nurse who speaks French”, you know? So, we were trying to strategize, so we asked [nom d’une superviseure] to translate and then we transferred the client to the clinic. [nom d’une intervenante bilingue] can provide the client care in French so that it’s more conducive and it’s patient safety, patient care. (Intervenante #5)

So, if I’m really stuck and they don’t really understand what I’m saying, I’ll call my boss because she’s French-speaking and she translates for me. (Intervenante #6)

Usually in those instances [barrières linguistiques], we try and contact a family member and have them meet us, yes, at the home. (Intervenante #13)

Disons qu’une infirmière est chez un patient et puis ils ont un problème de communication parce que le français c’est sa seule langue, et puis l’infirmière ne parle pas français, on s’appelle entre infirmières pour s’aider toute la journée. (Intervenante #14)

Applications de traduction

Les applications de traduction semblent moins utilisées dans les soins à domicile comparativement aux foyers de soins longue durée où leur utilisation a été rapportée plus régulièrement⁶. Elles ne sont pas complètement écartées, mais semblent utilisées en dernier recours.

When I was a nurse, I sometimes encountered French-speaking clients, and I was using Google Translation. I made it work, you know, but it was very basic, right? It was very basic. But I myself am trying to get a course. (Intervenante #5)

So, if I’m really stuck and they don’t really understand what I’m saying, I’ll call my boss because she’s French-speaking and she translates for me. And then also, again, I have the Google Translate and then I’ll just, if I’m trying to ask them a question about anything in their house or if they would need personal support services, I’ll point to things. And I do know a bit of French, so I get by with my French-speaking clients. (Intervenante #6)

L’utilisation des applications de traduction n’est pas le moyen approprié pour toutes les personnes francophones ayant besoin de soins, car certaines possèdent de très faibles niveaux de littératie. Dans ce cas, l’interprétation s’impose.

Donc, ce n'est vraiment pas facile. Puis, on a des clients qui sont francophones analphabètes. Ça fait que si tu essaies d'utiliser genre DeepL ou Google Translate, il ne sera pas capable de lire. Donc, oui, ça cause des grands problèmes. (Intervenante #12)

En revanche, certains bénéficiaires ont l'habitude d'utiliser les applications de traduction simultanée sur leur téléphone. Cela a été mentionné dans le cas d'une patiente ayant une perte auditive.

I had a patient recently and she had on her phone, we could speak, and it would come up in printing for her. She could not hear. So, we could talk and it would come up in printing on her phone so she could read what we were saying, and then she would speak back to us. (Intervenante #13)

Langage non verbal

Les gestes remplacent le langage verbal dans certaines situations et aident à surmonter les barrières linguistiques quand il s'agit de services concrets, comme explique cette intervenante :

Oui, c'est déjà arrivé là que le client ne parlait vraiment pas anglais, puis il avait de la difficulté à trouver une compagnie pour faire du ménage, d'entretien ménager. Alors, j'ai appelé les compagnies puis j'ai fait l'arrangement avec la compagnie pour qu'ils puissent envoyer quelqu'un. Un coup que le travailleur est là, on peut communiquer avec les gestes. J'ai besoin d'époussetage ou la balayeuse. C'est pas mal simple, là, les services à offrir. (Intervenante #8)

La démonstration, la présentation d'images, des schémas ou de photos sont utilisées aussi par certain·es intervenant·es anglophones qui doivent communiquer avec des bénéficiaires francophones, ainsi que par du personnel francophone lors de l'interaction avec des bénéficiaires qui ont d'autres types de difficultés de communication.

I try to get my message across in many different ways. So, I might use verbally, I might demonstrate, you know, pictures, that sort of thing. But, yes, it is important. You find that even with people who are hard of hearing, there's a language barrier, that becomes a little bit more difficult too. (Intervenante #13)

Ça, c'est un problème qui est assez fréquent où, par exemple, il y a des patients qui commencent à faire la démence. Donc même s'ils sont capables de prendre leurs propres décisions, ils peuvent communiquer, mais des fois ça prend plus de temps pour comprendre ce qu'on leur dit. Donc, il faut être patient avec eux. Il faut vraiment articuler, bien articuler lorsqu'on leur parle. Des fois, il faut utiliser des schémas. (Intervenante #14)

Une intervenante explique avoir fait appel à des vidéos en ligne pour expliquer la manière d'utiliser un équipement :

On doit être créatif. Ça m'est arrivé une fois que c'était quelqu'un, je ne me souviens pas de la langue au juste, mais on avait beaucoup de difficultés à se faire comprendre puis en bout de ligne, comme je cherchais un terme puis le client ne comprenait pas. Il a fallu que j'utilise Google Translate. C'n'était vraiment pas l'idéal. Donc, j'ai utilisé Google Translate, puis ensuite, j'ai trouvé une photo par la suite, pour comme faire comprendre, des vidéos YouTube pour fournir comme un visuel par rapport à comment utiliser l'équipement de façon sécuritaire. Donc, oui, il faut être très créatif en soins communautaires. (Intervenante #4)

Thème 3. Amélioration des services en français

LES AMÉLIORATIONS POSSIBLES

Les intervenant·es rencontré·es ont souligné, en général, que leurs agences sont engagées dans des démarches d'amélioration des SEF. Les diverses mesures rapportées sont décrites dans les lignes qui suivent.

Figure 3.4 - Pistes d'amélioration des services en français, selon les intervenant·es



Recrutement de plus de personnel bilingue

Dans un contexte d'expansion des services caractérisant plusieurs agences représentées, les intervenant·es estiment que renforcer le recrutement du personnel bilingue constitue un aspect essentiel.

So, as we grow, that is part of my task as well, to see if we can get like bilingual-speaking nurses. So, I mean, with the larger agency, they already have, they are seeking now recruitments who are bilingual, and they have like a supervisor who's bilingual or a manager who's bilingual. (Intervenante #5)

Cependant, le recrutement de ce personnel n'est pas facile, quel que soit le statut linguistique de l'agence.

Je pense que c'est un de nos défis aussi au Centre, c'est de trouver les employé·es, les professionnel·les qui sont francophones. On a comme une limite en termes de... Quand on a un poste qui est ouvert, des fois, c'n'est pas toujours évident de trouver quelqu'un. Ça peut prendre du temps, puis ça fait des interruptions de service et tout ça. (Intervenante #12)

Je pense qu'au niveau de fournir des services, que ce soit... qu'on nous parle des ergothérapeutes bilingues, quand on a le personnel de le faire, nous sommes capables de le faire. Tous nos *handouts*, comme ce qu'on donne aux clients pour l'information ou nos formulaires de consentement, comme tout notre matériel est disponible en français, ça c'est certain. Notre site Web également est disponible en français aussi. Nos coordonnateurs répondent au téléphone en français également. Donc notre capacité est là, sauf il manque de personnel. (Intervenante #4)

Certaines intervenantes interviewées avaient réalisé leurs études au Québec. Toutefois, on mentionne qu'il faut s'assurer de respecter les règles des ordres professionnels de l'Ontario lors du recrutement de professionnel·les francophones.

Certains secteurs, comme celui des préposé·es aux services de soutien à la personne où on prodigue des soins intimes, ont été signalés comme étant prioritaires dans l'offre de SEF. Certaines agences trouvent que le personnel francophone est difficile à trouver, ce qui surprend une intervenante d'un organisme à mandat francophone qui dessert une clientèle comprenant une forte proportion de population immigrante.

Je ne comprends toujours pas encore comment ça se fait que comme les soins à domicile, ils n'ont pas des équipes francophones, parce qu'on a plusieurs de nos clients adultes qui vont faire ce genre de travail, qui vont commencer avec ce genre de travail comme PSW, des auxiliaires pour faire de l'aide aux bains. (Intervenante #12)

Pour contrer ces difficultés de recrutement, certaines agences intensifient le recrutement local, se concentrant sur les nouveaux diplômés des universités et collèges locaux. Elles ont des programmes de stages pour les étudiant·es qui sont éventuellement embauchés à la fin de leurs études.

Formation linguistique du personnel

Certains membres du personnel sont personnellement engagés dans leur formation ou leur perfectionnement linguistique. Elles reconnaissent que la technologie comporte des limites et que le fait de pouvoir communiquer avec leur clientèle sans aucune médiation constitue une stratégie gagnante pour les deux parties. Comme mentionné antérieurement dans la section consacrée aux gestionnaires, certaines organisations remboursent les coûts de ces formations.

I myself am trying to get a course. A French-speaking course, and [nom de l'agence] will pay for it. So, I want to be bilingual in the next couple of years. There's definitely opportunities for improvement, but it just takes time... (Intervenante #5)

Most of our workforce speaks English, so I feel we need to be more cognizant. Because of the aging population, a lot of people are going to need services now and a lot of them do speak French. So definitely, there is room for improvement as well. Even my supervisors, none of them speak French, so maybe they'll take a course with me, you know, and try to, even not become proficient or fluent but at least have a good understanding of the language. (Intervenante #5)

But they are trying to improve it (French services), such as doing this French course on Surge Learning and allowing us to go in the community and be taught by a French teacher. So, there is room for improvement, but I feel like they are trying to do those improvements. (Intervenante #6)

Certains mentionnent le besoin d'avoir davantage d'occasions de pratiquer le français pour maintenir leur compétence.

And, I know they really, even when you apply, they ask what languages you're comfortable in, that sort of thing. And even within the nursing registration, you know, it's: "can you provide services in this language, in French and English". Like are you comfortable? And in years gone by, I was a little bit more comfortable than what I am now, but it's lack of practice. (Intervenante #13)

Rôle plus actif des organisations communautaires francophones dans l'offre de services en français

Les centres de ressources communautaires constituent une sorte de navigateurs du système de services de santé et sociaux. Leur personnel connaît tous les programmes disponibles ainsi que leurs critères d'admission et font de l'aiguillage. Deux intervenantes ont exprimé le souhait que leur organisation ait un plus grand rôle, un rôle qu'elle détenait dans le passé, alors qu'elle pouvait fournir directement des services de soutien à domicile.

Il y a le programme avec la Ville d'Ottawa. Donc, il y a des gens qui vont accéder à l'entretien ménager. Les soutiens essentiels de santé et des services sociaux. Donc, on réfère les clients pour voir s'ils qualifieraient. Il y a plein de services qu'ils peuvent couvrir. (Intervenante #8)

Je pense qu'on fait quand même un bon travail à offrir nos services en français. La seule chose, ça serait peut-être les compagnies qu'on réfère. Ça serait l'idéal qu'on ait nos travailleurs à nous, mais on ne reçoit pas assez de fonds pour ça. Avant, c'était nos travailleurs qu'on engageait. On faisait la visite à domicile pour chaque client qui demandait de l'entretien ménager, puis on faisait un jumelage avec le travailleur, dépendant de ce que le client avait besoin. (Intervenante #8)

Et avec Santé Ontario, on a beaucoup plus de contractuels qui n'ont rien à voir. C'est vraiment des prestataires de services qui, il faut appeler chez eux pour la personne qui est en besoin de services à domicile pour avoir des services à domicile. Ce n'est plus comme avant. Ce ne sont plus les organismes communautaires sur le lieu qui offrent ces services-là. (Intervenante #7)

Si j'avais des propositions à faire, moi, j'irais avec les organismes francophones qui sont en place, leur donner encore l'ouverture, leur donner... comme le Centre [nom du centre] est toujours là, ils peuvent offrir ces services-là. [...]. C'est les moyens qu'il faut, une ouverture encore, et ne pas engager des petites compagnies, mais s'assurer qu'un centre, par exemple, ils peuvent former les gens et les envoyer chez les aîné-es qui font partie de ce centre-là. (Intervenante #7)

Offre active, efforts plus constants

Une intervenante a souligné l'importance d'investir dans l'offre active et de fournir des efforts constants pour améliorer les SEF.

Alors je pense que ça revient juste à l'effort actif. Oui, l'offre active et l'effort aussi. (Intervenante #10)

En fait, l'offre active n'est pas pratiquée également dans toutes les agences de soins à domicile; parfois les principes sont appliqués de façon informelle. À une question lui demandant si elle avait entendu parler des formations sur l'offre active, une intervenante répond :

No, no, we do it kind of informally, like I said, you know. If we don't speak the language, we ask someone who speaks it and then to translate and represent. (Intervenante #5)

Ainsi, une meilleure formation et une plus grande constance dans l'application de ces principes pourraient stimuler une meilleure offre de SEF.

Bonne connaissance de la communauté

Une intervenante d'une localité où on trouve un nombre élevé de francophones, dans une région plus globalement à faible densité de francophones, a souligné l'importance de bien connaître la communauté qu'elle desservait.

Alors, je dirais comme n'importe quel temps qu'on essaie d'adresser les déterminants sociaux de la santé, c'est vraiment important de faire des recherches sur la communauté que tu es en train de desservir et de voir s'il y a des lacunes et essayer de fournir des efforts pour pouvoir offrir des communications et réduire les barrières pour ces gens-là. (Intervenante #10)

Navigateurs ou navigatrices des services

Certaines personnes ont proposé la mise en place de systèmes de navigation.

Je pense que d'avoir un système de navigation [...] s'il y avait une personne désignée qui connaît, qui pourrait aiguiller les gens à recevoir des services peut-être en français, à faire connaître. Je ne sais pas comment. Je n'ai peut-être pas la solution, mais il me semble que si on avait la possibilité d'avoir comme un endroit où on peut aller pour déterminer ou recevoir des services en français. (Intervenante #12)

Coordonnatrices ou coordonnateurs de soins bilingues

Dans la même ligne de pensée, une intervenante a signalé l'impact positif d'une coordonnatrice de soins bilingues dans sa région. Ces personnes peuvent mieux comprendre les besoins des bénéficiaires francophones et mieux les aiguiller vers des ressources en français.

Je sais qu'on a une *case manager* là du LHIN, une coordonnatrice de soins, qui est francophone, qui est assignée à nos clients. Et ça a eu des effets tellement positifs de juste avoir ça, d'avoir une personne qui est francophone puis qui dessert tous nos clients avec nos médecins. Dès qu'un client est affilié à nos médecins, elle les voit. Ça, ça l'a rendu les choses vraiment bien. Ça l'a fait de l'amélioration, je dirais. (Intervenante #12)

De la formation pour mieux utiliser les applications et les autres ressources d'interprétations

Les intervenant·es ne sont pas toutes et tous outillé·es pour utiliser les ressources technologiques disponibles et notamment celles qui font la traduction simultanée. Certains ont exprimé leur souhait d'en apprendre davantage pour pouvoir les utiliser dans leurs interventions.

I really think that the translation services that come on the phones, I think that's a great asset, and I think that maybe more training in that... (Intervenante #13)

Documentation en français

Les ergothérapeutes et les infirmières ont souligné l'importance de disposer de documentation en français pour mieux accompagner les bénéficiaires. En particulier, elles déplorent que certaines agences n'aient leur formulaire de consentement qu'en anglais.

Il y a trois choses qu'on leur donne à l'admission, qu'ils gardent. Il y en a une, c'est, je vais le lire : « *Client and family safety reminders on how to prevent falls* ». Donc c'est juste un petit pamphlet sur quelques stratégies pour prévenir les chutes. Et c'est strictement en anglais. Je ne l'ai jamais vu en français. [...]. Et même, encore plus important, on leur remet aussi — comment ça s'appelle — on l'appelle le « [nom de l'agence] *Statement of Information* ». Donc c'est un document à peu près deux pages, recto verso, qui explique un peu qui on est, notre mission, comment on nous contacte, etc., etc. C'est strictement en anglais. Et la troisième fiche qu'on leur donne, c'est par rapport au consentement. Donc leurs droits, en fait. Et quand ils ont le droit de retirer leur consentement, et puis le consentement doit être éclairé, puis tout ça, c'est extrêmement important. Ça leur donne en fait leurs droits et leurs responsabilités aussi. Ce n'est qu'en anglais. (Intervenante #14)

Les intervenant·es ont également signalé l'importance de rendre bilingues les informations de leur organisation comme les sites Web.

Autres suggestions concernant l'amélioration des services en français

Un intervenant a mentionné le besoin d'un interprète ou d'un service de traduction sur place. Enfin, le besoin d'améliorer l'information sur la langue de préférence des bénéficiaires a été mentionné.

Par ailleurs, les intervenant·es souhaiteraient voir plus de services en santé, plus de SEF en général que ce soit à l'échelle de leur propre organisation ou à l'échelle régionale. Par exemple, le besoin de cliniques francophones dans la région du Grand Toronto, notamment à l'ouest, à l'est et au nord de Toronto, a été souligné, de même que le souhait d'avoir un hôpital francophone dans cette région.

Mais c'est certain que s'il y avait un peu plus de services en français, déjà la quantité, parce qu'il y a juste une clinique à Toronto, et je veux dire, c'est grand, Toronto. Alors l'est, l'ouest de Toronto... Je sais qu'il y a une clinique à Hamilton aussi, mais il n'y a même pas d'hôpital francophone. Donc ça, c'est certain qu'il serait bien d'avoir plus en quantité, là. Au nord complètement, ça il y en a un peu plus, là, mais je parle au nord, très nord, parce que Sudbury c'est francophone aussi. Mais l'immigration est surtout à l'entour de Toronto, parce que les gens qui naissent ici, qui sont francophones, vont être aussi anglophones. (Intervenante #3)

LES OBSTACLES

Tout comme les gestionnaires, les intervenant·es ont soulevé des obstacles qui entravent l'amélioration des SEF.

Figure 3.5 - Les obstacles à l'amélioration des services en français, selon les intervenant·es



Les obstacles à l'amélioration des services en français

- Pénurie de ressources humaines bilingues
- Contraintes au recrutement de diplômé·es du Québec
- Restriction à l'embauche de travailleuses et travailleurs étrangers
- Agences sous-traitantes et roulement de personnel
- Obsolescence des informations et besoin de mises à jour régulières

Pénurie de ressources humaines bilingues

Les personnes interviewées dans les agences à mandat francophone ou dans les agences désignées qui sont dans les régions à forte concentration de francophones ont une politique d'embauche qui tient compte des exigences linguistiques. Par exemple, on identifie dans les annonces d'emploi le bilinguisme comme une compétence souhaitable.

Puis c'est toujours écrit sur les jobs postings. C'est toujours écrit comme le bilinguisme est préférable. (Intervenante #4)

En revanche, dans les régions éloignées, où le manque de ressources professionnelles se fait sentir davantage, le bilinguisme n'est généralement pas priorisé lors du recrutement (sauf dans les agences à mandat francophone).

Quand tu es dans un endroit où on cherche toujours à avoir plus de ressources et plus de médecins, quand t'as des gens qui viennent de la région, qui viennent s'installer avec leur famille ou leur jeune famille, si on commence à être un petit peu sélectif par rapport à leur langue de communication, je n'suis pas certain que ça va être un avantage à long terme. (Intervenant #1)

La pénurie de ressources humaines dans le domaine de la santé affecte également les soins à domicile dans tous les domaines d'intervention.

Ce qui est vraiment difficile en soins communautaires — que ce soit pour les ergothérapeutes, les préposé·es ou des soins infirmiers — c'est que comme pour les hôpitaux aussi, on est en manque de personnel. Même si le bilinguisme est préféré, on n'a pas assez de candidats bilingues qui font demande. Donc, ça met beaucoup de pression sur ceux qui sont bilingues de fournir des services pour répondre aux besoins des gens. (Intervenante #4)

Contraintes du recrutement à l'extérieur de l'Ontario

Des intervenant·es ont signalé que leur agence vise à recruter des personnes provenant d'autres pays pour pourvoir les postes et qu'il est difficile d'exiger la connaissance du français, qui est peu fréquente parmi ce bassin de candidats.

So essentially, I am interviewing international educated nurses, so from other countries. They're coming to Canada, and then I'm interviewing them for the PSW program. [...] because we're having such a shortage, you know, and there are like nine or 10 agencies in [name of the region], and we're kind of hiring from the same pool of people, right? So, the pool is getting depleted. [...] most of them, from what I see on the resume, most of them speak their mother tongue wherever they come from, and then English mainly. A couple French, but the ratio is very small. (Intervenante #5)

De plus, malgré les ententes de mobilité interprovinciale, selon les intervenant·es, il subsiste des obstacles liés aux contraintes des ordres professionnels pour l'exercice de certaines professions à travers le Canada. Même si ces contraintes ne sont pas incontournables, elles posent un défi additionnel lors du recrutement.

Même s'il y a un poste ouvert, on ne peut pas aller chercher des professionnel·les d'autres provinces parce qu'il y a cette question des ordres professionnels et des examens. Les ordres professionnels mettent quand même des limites par rapport à ce genre de choses là, oui. (Intervenante #12)

J'ai fait l'examen avant de venir en Ontario. J'ai passé des examens pour avoir la licence en Ontario, et je l'ai fait à Montréal. (Intervenante #15)

Agences sous-traitantes et roulement de personnel

Au-delà des facteurs mentionnés, quelques intervenant·es ont exprimé des inquiétudes face aux transformations récentes du système de soins à domicile en Ontario et notamment en regard de l'observation d'une réduction du rôle des organismes communautaires et d'une augmentation du recours à la sous-traitance à des agences privées.

Et avec Santé Ontario, on a beaucoup plus de contractuels... C'est vraiment des prestataires de services qu'il faut appeler pour la personne qui est en besoin de services à domicile [...]. Ce n'est plus comme avant. Ce ne sont plus les organismes communautaires sur le lieu qui offrent ces services-là. (Intervenante #7)

De plus, les intervenant·es constatent un certain roulement du personnel au sein de ces agences privées qui affecte la continuité des services avec la même personne intervenante.

Ce que moi, j'apprends des aîné·es, c'est qu'ils n'ont pas le choix. Quand on leur envoie quelqu'un, ça peut être une semaine un anglophone, l'autre semaine, un francophone, malgré qu'eux, ils sont enregistrés comme francophones. (Intervenante #7)

Obsolescence des informations et besoin de mises à jour régulières

L'obsolescence des informations sur la capacité linguistique dans les répertoires de services a été mentionnée comme un obstacle, ce qui justifie notamment le besoin de navigateurs pour aiguiller la clientèle vers des ressources en français.

Mais le problème, avec ce genre de choses là, est [que] souvent les choses changent rapidement, tu sais? L'information devient souvent désuète, ça fait que c'est pour ça que s'il y avait quelqu'un que son rôle était d'aiguiller les clients, elle pourrait être à jour tout le temps des services, parce que ça serait son rôle de toujours être à jour dans le fond, de connaître les services. (Intervenante #12)

Thème 4. Pratiques jugées prometteuses

Les entretiens auprès des intervenant·es en ont fait ressortir deux pratiques qui favorisent l'offre de SEF. La première concerne la contribution aux frais de scolarité pour la formation et le perfectionnement linguistique du personnel.

The program is so small that we need to hire nurses, grow the program so we have a budget for the education. So, yes, I will get, even if I don't get reimbursed, it's one of my goals, right, to get the language, to learn about the language. But other people in the organization, they might not have the funding for it. They might not have the money to pay for the course, but (nom de l'agence) does have a tuition assistance program. As long as it's work related, we can be reimbursed. (Intervenante #5)

La seconde concerne les modèles d'organisation des soins. Les centres de santé à mandat francophone, créés et gérés « par et pour » les francophones, qui offrent des services mixtes (en clinique et à domicile), peuvent être considérés comme des modèles inspirants. Le Centre francophone du Grand Toronto en est un exemple. Son équipe de santé compte environ 30 professionnel·les offrant tous des SEF. On y trouve des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, un gériatre, un centre pour le dépistage du VIH et un centre consacré à la petite enfance. Des ateliers thématiques axés sur la promotion de la santé sont aussi offerts (santé cardiovasculaire, prévention du diabète, vaccination, bonnes habitudes de vie, prévention des chutes, entre autres). En outre, ce centre offre des services de navigation et d'accompagnement et d'interprétation qui contribuent également à élargir l'offre de SEF, pour les services non disponibles au sein de leur organisme. Une autre déclinaison de ce modèle est observée au Centre de santé communautaire de Hamilton Niagara.

PARTIE 4. LA PERSPECTIVE DES BÉNÉFICIAIRES ET PROCHES AIDANT·ES

Profil des bénéficiaires et proches aidant·es interviewé·es

Dans cette catégorie de répondant·es, 18 personnes ont participé à un entretien, dont 5 bénéficiaires de soins à domicile, 9 proches aidant·es dont le bénéficiaire était le conjoint et 4 proches aidant·es s'occupant d'un ou deux parents. Seize personnes interviewées étaient des femmes et deux étaient des hommes.

Parmi les bénéficiaires de soins à domicile représentés, 4 bénéficiaires (ou couples) habitaient dans une maison de retraite pour personnes autonomes qui offrait certains services sur place. Les autres bénéficiaires habitaient dans un domicile privé. Ces bénéficiaires provenaient des régions suivantes : Ouest (n=1), Grand Toronto (n=2), Centre (n=1), Est (n=7) et Nord-Est (n=7). La plupart des bénéficiaires souhaitaient recevoir leurs services en français, quoique plusieurs d'entre elles se considéraient bilingues dans la vie de tous les jours. Cependant, certaines personnes bénéficiaires nécessitaient des SEF, car elles comprenaient peu l'anglais.

Tableau 4.1 - Caractéristiques sélectionnées des bénéficiaires et proches aidant·es

Participant·e (date de l'entretien)	Personne qui reçoit les SAD	Situation d'habitation de la personne bénéficiaire	Région	Préférence linguistique de la personne bénéficiaire
Bénéficiaire #15 (19-4-2024)	Elle-même	Domicile privé, en couple	Ouest	Français de préférence, le conjoint est bilingue
Bénéficiaire #5 (30-10-2023)	Elle-même	Habite seule dans un logement pour personnes âgées francophones	Toronto	Francophone unilingue
Bénéficiaire #9 (24-11-2023)	Elle-même	Domicile privé	Centre	Bilingue
Bénéficiaire #14 (17-04-2024)	Lui-même	Domicile privé, sa fille offre du soutien 2 fois/semaine	Est	Français de préférence, mais bilingue
Bénéficiaire #1 (22-09-2023)	Elle-même	Habite seule dans un complexe d'appartements pour personnes aînées	Nord-Est	Français, peut se débrouiller en anglais pour certaines choses
Proche aidante #6 (01-11-2023)	Surtout le conjoint	En couple dans un logement pour personnes âgées francophones	Toronto	Les deux personnes du couple parlent plusieurs langues
Proche aidante #3 (26-09-2023)	Mère	Parents dans une résidence pour personnes autonomes	Est	Français
Proche aidante #8 (22-11-2023)	Conjoint	Domicile privé, en couple	Est	Bilingues
Proche aidante #10 (28-11-2023)	Conjoint	Domicile privé, en couple au moment des SAD, conjoint maintenant hébergé en FSLD	Est	Français de préférence, mais bilingue
Proche aidant #13 (15-04-2024)	Mère	Domicile privé, pendant la réception des SAD	Est	Français
Proche aidante #16 (25-06-2024)	Conjoint	Domicile privé, en couple	Est	Bilingues
Proche aidante #17 (02-07-2024)	Conjoint	Domicile privé, en couple	Est	Français de préférence, peut comprendre l'anglais
Proche aidante #4 (27-09-2023)	2 parents	Domicile privé, en couple	Nord-Est	Francophones unilingues

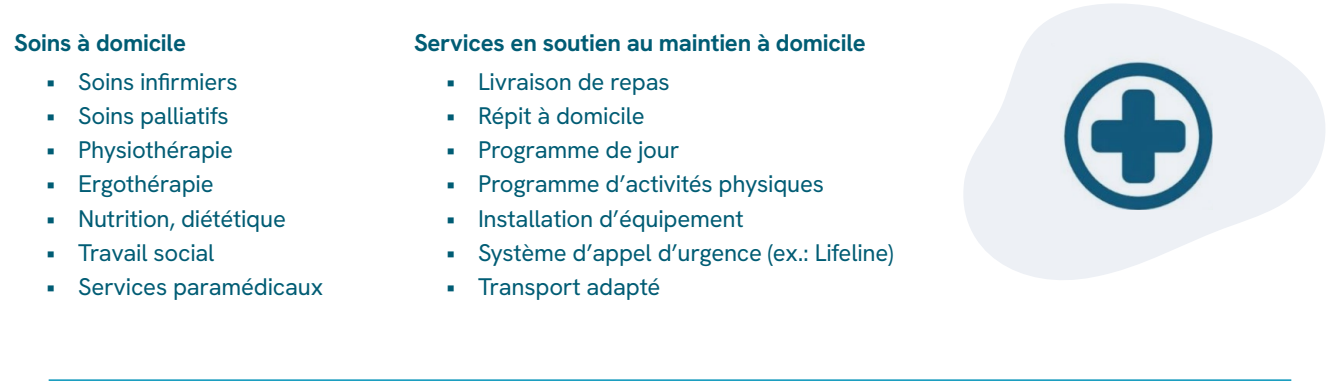
Proche aidante #11 (19-03-2024)	Conjoint	Domicile privé, en couple	Nord-Est	Français, peut comprendre un peu l'anglais
Proche aidante #12 (20-03-2024)	Conjoint	Domicile privé, en couple	Nord-Est	Bilingues
Proche aidante #2 (22-09-2023)	Conjoint	Domicile privé, pendant la réception des SAD, maintenant décédée	Nord-Est	Français de préférence, mais bilingue
Proche aidante #7 (21-11-2023)	Conjoint	Domicile privé, en couple	Nord-Est	Français de préférence, mais bilingue
Proche aidante #18 (17-09-2024)	Père	Domicile privé, en couple	Nord-Est	Français de préférence, mais le père est bilingue

SAD : Services à domicile ; FSLD : foyers de soins de longue durée

SOINS ET SERVICES REÇUS À DOMICILE

Ces soins et services variaient selon les besoins de la personne bénéficiaire (figure 4.1 ci-dessous et tableau 4.2 en annexe). Plusieurs étaient subventionnés, fournis soit par les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (devenus Santé à domicile Ontario en 2024), soit par des agences sous-traitantes. D’autres soutiens sont offerts par des organismes communautaires sans but lucratif ou par des municipalités, par exemple des programmes de jour permettant la socialisation du ou de la bénéficiaire et un répit aux proches aidant·es, des repas communautaires ou des services de transport adapté. Dans certaines situations, les bénéficiaires ou la famille ont eu recours à d’autres soins auprès d’organismes privés, soit parce que les services subventionnés n’étaient pas ou plus disponibles, soit par choix, pour maintenir le lien avec un fournisseur de services déjà connu, entre autres.

Figure 4.1 - Types de soins et services à domicile



Pour ce qui est des services subventionnés, les personnes étaient généralement dirigées vers le *Service de soutien à domicile et en milieu communautaire* de leur région par l’hôpital, par un·e professionnel·le de la santé ou par la résidence où elles habitaient. La détermination de l’agence qui allait offrir les soins à domicile était habituellement faite par le *Service de soutien à domicile et en milieu communautaire*, à la suite d’une évaluation des besoins.

Deux des organismes sans but lucratif mentionnés dans cette étude offraient une multitude de services, incluant des résidences pour aîné·es autonomes qui offraient certains services de soutien à domicile à leurs résidents. Trois bénéficiaires recevaient de soins à domicile dans une de ces résidences. Elles avaient choisi d’y habiter, souvent après une longue période d’attente pour y avoir une place.

Thème 1. Offre de services en français

Ce thème porte sur l'importance que les personnes interviewées accordaient aux SEF, l'identification de leur langue de préférence par les agences ou leurs intervenant·es et la langue utilisée lors des soins et services.

IMPORTANCE DES SERVICES EN FRANÇAIS

La plupart des personnes bénéficiaires ont indiqué préférer recevoir leurs services à domicile en français, quoique plusieurs d'entre elles se considéraient bilingues dans la vie de tous les jours. Certaines craignaient pouvoir moins bien s'exprimer ou moins bien comprendre les directives en anglais lorsqu'il s'agissait de leur santé.

Dans l'affaire de cuisine, les achats d'aliments, je suis correcte, je suis capable de me débrouiller [en anglais]. Mais dans les affaires de médecine, ils veulent savoir si les mots que je dis sont bien, elle est bien interprétée dans leur tête à eux autres... Je veux être sûre que je transfère bien mes problèmes. (Bénéficiaire #1)

IDENTIFICATION DE LA LANGUE DE PRÉFÉRENCE

Certaines personnes ont été interrogées sur leur langue préférée à l'ouverture du dossier, tandis que d'autres ne l'ont pas été.

On me l'a demandé. Puis moi, j'avais appelé aussi à cet endroit-là, puis à la réception, on a accueilli mon appel, puis on m'a tout de suite envoyé une personne qui parlait français, qui a pris l'appel, parce que j'ai demandé. (Proche aidante #10).

Ils te demandent ton histoire puis il [conjoint] a dit qu'il aimait mieux le français. Il a dit : « je comprends, mais quand je suis malade, je n'comprends rien ». (Proche aidante #11)

En fait, ils ne nous posent même pas la question, OK ? [...]. La dame était ici à la maison, elle avait son *laptop* et elle posait les questions. Puis c'est tout. Mais elle n'a jamais demandé : « est-ce que vous avez une préférence pour recevoir les services en français ou en anglais ? » Non. (Proche aidante #8)

Une proche aidante fait remarquer qu'on ne lui posait pas la bonne question pour déterminer si ses proches souhaitaient des SEF.

Puis, on n'me posait pas toujours la bonne question. Je les connais les questions. Ils sont supposés de demander quelle est la langue maternelle [...] Puis là, moi j'enchaînais « unilingue francophone, a besoin des services en français ». Une fois, plutôt que de me demander quelle est la langue maternelle, elle m'a demandé : « ton père parle-t-il anglais ? » Aie, c'n'est pas ça la question... puis j'ai enchaîné avec « sa langue maternelle est le français ». Ça fait qu'il y a beaucoup... il y a besoin encore beaucoup de sensibilisation à l'importance de la langue, de l'offre active. (Proche aidante #4)

Certaines personnes ont admis n'avoir jamais fait la demande de SEF, ou ne pas les avoir exigés, car la priorité était de recevoir des services, peu importe la langue.

Non, ce n'était pas un des critères qu'on a soumis. Pour nous, c'était d'avoir le service. [...]. Moi, j'ai l'impression que si on avait insisté pour avoir les services en français, qu'on aurait sûrement pu nous les fournir. Mais, ce qui était important pour nous au moment où on a fait la demande en 2020, c'était d'avoir le service rapidement. Alors, on n'a pas insisté sur le français vu qu'on était bilingues. (Proche aidante #16)

[...], mais c'n'est pas à moi à demander. [...]. On est moins à l'aise quand on n'est pas dans sa langue, mais évidemment ça serait tellement merveilleux si je peux l'avoir en français. [...]. Je ne l'ai pas exigé parce que, écoutez, quand on est malade, on a besoin de se faire soigner, peu importe dans la langue, tu vois ? [...] ici à [nom de la ville], ben, là, je sais que personne ne parle en français. Alors, c'est inutile

d'essayer; d'autant que je craindrais peut-être d'avoir du moins bon service. Comprends-tu ce que je veux dire? Les gens, ça les dérange. Ça les dérange. Qu'est-ce que c'est que ce Français qui vient ici, qui veut qu'on parle sa langue? (Bénéficiaire #14)

C'était important, oui, dans un certain sens... Mais, s'il n'y a pas personne, tu sais, je n'peux pas les obliger. Ça fait qu'à ce moment-là, bien, vaut mieux avoir des soins qui n'sont pas dans notre langue que de ne pas en avoir du tout, tu sais? (Bénéficiaire #15)

LANGUE DES SERVICES REÇUS

Cette section explore la langue des services reçus par les personnes bénéficiaires, selon ce qui est évoqué par les personnes interviewées. Des variations régionales ont été observées.

La majorité des bénéficiaires de services à domicile de cette étude résidait dans les régions Est et Nord-Est, où il était possible d'être évalué par un coordonnateur ou une coordonnatrice de soins qui parlait français et par la suite de recevoir certains SEF, mais pas tous.

Dans la région Nord-Est, trois participantes ont indiqué que les services reçus étaient majoritairement en français. Une première participante recevait principalement des services de sa résidence qui étaient disponibles en français. Une proche aidante décrit une situation dans laquelle son conjoint avait reçu des services à domicile surtout pour des évaluations qui avaient été effectuées en français. Une autre proche aidante rapporte une situation qui comportait un plus grand nombre de services, pour lesquels certains intervenant·es étaient francophones et d'autres faisaient l'effort de communiquer en français avec le bénéficiaire des soins.

Une quatrième proche aidante a signalé que les professionnel·les de soins à domicile fournis par SSDMC étaient majoritairement bilingues. Le personnel d'une agence sous-traitante était toutefois anglophone unilingue.

[...] la coordinatrice des soins à domicile, en milieu communautaire [...] la diététicienne [...] Ensuite, un ergothérapeute [...] ce sont tous des francophones. [...] Celle qui vient ici prendre nos prises de sang, [nom de la personne], elle est francophone. [Pour les soins des plaies], on n'a pas demandé pour avoir quelqu'un de francophone. Les infirmières qui sont venues étaient anglophones. [...] On n'a pas spécifié, mais on a été chanceux parce que c'est toujours plus facile dialoguer dans notre langue, mais on est très bilingues. Alors ce n'est pas un problème, là. (Proche aidante #12)

Trois autres proches aidantes ont rapporté que les services étaient offerts majoritairement en anglais. Dans les deux premiers cas, les proches aidantes ont indiqué que les bénéficiaires pouvaient tout de même communiquer avec le personnel des soins.

Je dirais plutôt en anglais. La jeune femme préposée a aidé comme ça. Je m'arrête pour bien penser. Je suis tellement habituée, vous comprenez, d'être bilingue, hein? On change d'une langue à une autre. Mais oui, c'est arrivé quelques fois, elle était unilingue. Mais mon mari pouvait parler l'anglais et puis on se débrouillait. [...] c'était une autre dame qui venait pour les exercices. [...]. La plupart du temps, c'était en anglais. (Proche aidante #2)

Puis c'était peut-être juste dans un mois, une ou deux fois que c'était une personne francophone qui venait. Toutes les autres fois, c'était des anglophones, donc heureusement que mon père a toujours été en politique, puis en affaires, donc il se débrouille. Maman vient à bout quand même de se faire comprendre, mais c'est certain que c'n'est pas aussi facile que si c'était toutes des francophones tu sais... (Proche aidante #18)

Par contre, la troisième proche aidante a expliqué que ses parents sont francophones unilingues et qu'elle devait souvent intervenir et participer aux rencontres lorsque le personnel ne parlait pas français. Elle a raconté qu'avant la pandémie, il y avait une préposée aux services de soutien à la personne francophone et trois anglophones qui venait à domicile.

Puis la francophone, je dois dire qu'elle était tellement bonne parce que je l'entendais parler avec mon père puis, tu sais, elle pouvait parler de garage avec lui. [...] les anglophones attendaient qu'il finisse de manger [...]. (Proche aidante #4)

La préposée francophone avait toutefois cessé de travailler durant la pandémie pour des raisons familiales, alors la proche aidante a pris la situation en main pour assurer que son père puisse se faire comprendre.

Ça fait que là, c'est comme OK, c'est qui les autres, là? Puis les autres, il y en a qui pouvaient se débrouiller. Ça fait que là, moi, quand j'y allais, je m'assurais d'être là pendant leur visite. Puis là, c'est moi qui évaluais leur français, leur niveau de français... (Proche aidante #4)

Cette proche aidante a également constaté la gêne de certain·es intervenant·es de s'exprimer en français.

C'était une préposée qui était bilingue, mais elle avait une insécurité linguistique. [...]. Ça fait que là, elle n'est même pas badrée de parler en français. Elle me parle en anglais. Ça fait que là, j'ai mis un stop tout de suite. J'ai dit : « Non, non, j'ai dit, j'ai demandé quelqu'un francophone. Tu parles français? » « Yes, *but I'm more comfortable* ». J'ai dit : « Non, on parle en français. Mon père est ici. Il va faire partie de la conversation. Les services sont pour lui ». (Proche aidante #4)

Puis des fois, je me souviens avec l'ergothérapeute, c'est moi qui ai découvert qu'elle était allée à l'école d'immersion en français dans le sud de l'Ontario. Elle l'a dit à personne pendant son entrevue. Puis là, j'ai découvert qu'elle pouvait se débrouiller. Puis, depuis ce temps-là, elle s'est beaucoup, beaucoup améliorée. (Proche aidante #4)

Dans la région Est, les coordonnateurs ou coordonnatrices de soins pouvaient généralement parler en français et des bénéficiaires ont souligné que les professionnel·les étaient souvent francophones.

Alors, il y a eu une ergothérapeute qui est venue ici deux fois. Elle parlait français [...] puis elle m'a beaucoup aidée [...]. C'est elle qui a fait les appels, etc., pour moi. Elle m'a écrit tous les messages en français. (Proche aidante #10)

Mais ce n'était pas toujours le cas. Certains ont alterné entre des professionnel·les parlant français et d'autres non. Une personne bénéficiaire a toutefois signalé qu'elle n'a jamais obtenu de SEF, malgré sa préférence.

En ce qui concerne les services de soins personnels et de répit, les communications auprès des agences sous-traitantes se passaient cependant majoritairement en anglais et le personnel de ces agences était souvent anglophone, peu importe la préférence linguistique des bénéficiaires, même si le coordonnateur ou la coordonnatrice de soins en faisait la demande.

Ça pouvait être des personnes différentes. Des fois, les personnes n' parlaient pas français parce que c'était difficile pour eux d'aller chercher des gens toujours qui parlent français. [Nom du bénéficiaire] est bilingue. Puis tu sais, quand t'as besoin d'aide, tu vas accepter dans n'importe quelle langue, d'accord? (Proche aidante #10)

Non, les personnes qui viennent, actuellement nous avons cinq différents intervenants possibles. On essaie toujours d'avoir les mêmes. Mais, aucun d'entre eux ne parle français. Ce sont des immigrants, en grande partie. [...]. Il y en a au moins deux qui ont même de la difficulté à s'exprimer en anglais. (Proche aidante #16)

C'est parce qu'elle, quand elle envoyait la demande à [nom de l'agence], bien cette dernière, s'ils n'avaient pas le personnel, bien ils nous appellent pour dire : « OK, bien, on va être ici mais c'est-tu correct si c'est en anglais? » (Proche aidante #17)

Une proche aidante a souligné qu'il fallait continuellement insister pour obtenir des SEF.

On s'inquiète pour les soins du matin et du soir, parce que quand j'ai fait la demande [...]. Je lui ai dit [au coordonnateur] j'aimerais ça que ce soit quelqu'un de francophone. Puis là, il a dit, ah, bien, on n'peut pas te garantir ça. Donc, j'ai dû insister pour lui dire : « je veux au moins que tu fasses la demande que ce soit quelqu'un en français ». Pour lui, je le sais, oui, il est francophone, mais le français n'est pas très important pour lui là, de ce que j'ai pu comprendre. Il nous envoyait toujours les formulaires en anglais, toutes les demandes c'était en anglais. Donc je devais lui réécrire : « Peux-tu m'envoyer ça en français, s'il te plaît ? » Donc il faut tout le temps que je me batte pour avoir un peu de services en français. (Proche aidante #3)

Pour ce qui est des services sollicités en privé par les bénéficiaires, ils pouvaient être offerts soit en français ou en anglais.

Dans les régions Ouest, Centre et Toronto, les SEF étaient moins disponibles. Les deux participantes de Toronto habitaient dans un logement pour personnes âgées francophones autonomes qui faisait partie d'un organisme à mandat francophone, alors tous les services sur place étaient offerts en français. Les soins reçus de l'extérieur de la résidence étaient généralement en anglais. L'une des proches aidantes mentionne, à propos de soins infirmiers reçus en anglais d'une agence externe, que cela ne causait aucun problème, car son conjoint et elle-même sont plurilingues.

Mais non, il venait, c'était en anglais. Moi, j'n'ai pas pensé que j'aurais pu demander que ce soit en français parce que ça ne me gênait pas. Mais, je suis certaine que pour d'autres personnes, ça serait le problème. C'est d'avoir de l'assistance qui vienne d'en dehors du centre et qui ne parle pas le français. Mais moi, j'n'ai même pas pensé à ça parce que c'est une habitude de devoir utiliser les deux langues dans la vie. (Proche aidante #6)

L'autre personne bénéficiaire du même logement était cependant unilingue francophone, alors elle devait être accompagnée par sa nièce lorsqu'elle devait obtenir des services à l'extérieur de la résidence.

La bénéficiaire de la région Ouest avait précisé sa préférence pour des SEF, mais ceux-ci n'étaient pas toujours disponibles. Deux préposées francophones sont venues au début, ensuite les préposées étaient anglophones.

La personne bénéficiaire de la région Centre, habitant tout juste à l'extérieur de Toronto, a expliqué qu'elle a demandé des services à domicile en français, mais que ceux-ci étaient peu disponibles. Elle relate quatre exemples pour l'illustrer.

Alors là, [...] la gérante de cas qui va déterminer la nature des besoins. Très gentille. Et je lui demande des services en français. Elle m'a répondu : « *Your English is good enough* ». [Rire]. OK. Pas de services en français. Tu parles anglais assez bien. Pas de problème.

Quand j'ai demandé les services en français, là on m'a dit oui, il y a une infirmière qui parle français; mais cependant, on n'peut pas garantir [...] Ça dépend d'où elle est dans la région [...] Mais alors, pour en revenir à nos services en français, l'infirmière il n'y en avait pas.

Alors, j'ai eu une préposée aux services à domicile, et ça c'est pas des salaires, [...] des salaires énormes et c'était des gens d'un peu partout. Tous les accents possibles, sauf francophones.

Mais [le responsable de l'agence de physiothérapie], très, très, très gentil, il m'a dit non. Il dit : « Nous, on n'est pas couverts par la Loi sur les services en français. » Je le savais. Mais il a dit : « On n'a pas les services en français ». Mais ils ont toujours l'idée de traduction. Alors, pour eux autres et pour la réalité francophone ici, c'est qu'on n'est pas le deuxième groupe minoritaire, là. (Bénéficiaire #9)

La même personne, qui connaît bien les enjeux linguistiques dans sa région, expliquait que la situation d'Ottawa et du Grand Toronto n'est pas similaire, les francophones seraient plus éparpillés dans le Grand Toronto et ils constituent le dixième groupe linguistique, alors que les francophones dans la région d'Ottawa constituent le deuxième groupe linguistique.

SATISFACTION ENVERS LES SOINS REÇUS

Plusieurs personnes interviewées ont mentionné avoir été satisfaites des soins reçus à domicile, particulièrement en ce qui concerne les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et la coordination des soins.

Oui, oui. Nous sommes très satisfaits. La communication est bonne. Et lorsqu'on demande quelque chose, habituellement c'est assez rapide, quand même. (Proche aidante #16)

Alors moi, Mme R, c'était toujours mon lien de contact. Elle m'écrivait, je lui écrivais, elle m'appelait, elle était super efficace. Je vais te dire, si j'ai un Oscar à donner, cette personne-là, elle est incroyable. Donc, j'ai eu vraiment le lien avec elle. J'ai eu tous les formulaires en français aussi. (Proche aidante #10)

Une bénéficiaire et une proche aidante qui habitaient dans une résidence gérée par un organisme à mandat francophone étaient très satisfaites des soins reçus par l'établissement.

C'est un cadeau du ciel! Ça vient de Dieu, tellement que je suis très bien ici. Je n'ai pas besoin d'appeler au téléphone. Je parle avec des personnes en face de moi. (Bénéficiaire #5)

Mais, chaque jour, je remercie le bon Dieu. Je dis merci, mon Dieu, que nous sommes ici dans ce centre, parce qu'ils sont vraiment très, très, très proches. Ils veulent aider. Les préposés sont charmants et ils sont là pour nous, et je les remercie chaque jour. (Proche aidante #6)

Plusieurs participant·es étaient moins satisfaits des soins reçus des agences sous-traitantes, surtout en raison de la langue des services. Une proche aidante rapporte :

Moi, je vais te dire avec le *home care* là, [...] j'ai été très satisfaite parce que dès le début, on m'a rassurée, j'ai tout eu en français, les formulaires en français, l'aide en français, les communications courriel en français avec la physio, ma personne, super. C'est juste avec le fournisseur, le répit que là [...]. Je suis moins satisfaite parce que c'n'était pas toujours en français les personnes qui venaient à la maison. Quand j'appelais aussi, souvent la réceptionniste, *it's all in English*, OK? C'était juste en anglais. (Proche aidante #10)

Une autre proche aidante dit avoir été assez satisfaite des services reçus pour ses parents, mais a souligné qu'elle trouvait lourd de toujours devoir demander, voire exiger les SEF.

Satisfaction : en termes de services, je dirais que j'étais satisfaite à 75 % du temps, en termes de la qualité qui était bonne. Mais les services en français, parfois c'était des défis, laissaient à désirer. Les francophones qui me parlent en anglais, les francophones que tu dois sensibiliser [...]. Ça fait que tu te dis combien d'autres n'ont pas eu les services en français parce qu'ils n'étaient pas au courant de l'importance, puis de sensibiliser, puis de se défendre et puis d'exiger. (Proche aidante #4)

Une troisième proche aidante rapporte que son père n'a pas été satisfait du tout, car il n'avait reçu aucun service en français.

Je me dis, ça fait 20 ans que le CNFS⁷ existe là, puis c'est vrai, l'offre active ça ne fait pas 20 ans qu'on en parle, mais je me dis ça va prendre combien de temps pour que ça paraisse? Y'a pas assez d'emphase là-dessus dans les programmes de formation, dans les collèges, les universités, c'n'est pas pris au sérieux, l'insécurité linguistique est trop forte. Je comprends l'insécurité linguistique, je le comprends, mais c'est quand tu mets ça dans le contexte d'une personne vulnérable, en état de crise. [...]. Tu mets ton insécurité de côté, puis tu te débrouilles, même si tu vas baragouiner un peu là, si tu vois que pour la personne c'est plus facile, c'est plus aidant de parler sa langue, tu sais... je me dis ça va prendre quoi là? (Proche aidante #18)

Une autre source d'insatisfaction est l'impossibilité, dans certains cas, de recevoir à la fois des services à domicile subventionnés et des services du secteur privé.

Et pour ce qui est de la physiothérapie, bien là j'n'étais pas contente, comme je vous ai dit, parce que sachant qu'on pouvait faire affaire avec un service privé pour compléter sa guérison, pour l'aider à se remettre sur le piton, si je peux dire là, le plus rapidement possible, parce que juste une fois c'n'était pas suffisant pour lui. Donc, de venir me dire après : « bien là, si toi t'es capable de t'engager quelqu'un, bien moi je n'viens plus ». Bien là j'ai appris une chose, c'est que je le dis plus, là. (Proche aidante #8)

Thème 2. Défis linguistiques, incidents critiques et stratégies pour les surmonter

DÉFIS LINGUISTIQUES

Cette section décrit les défis de communication dont ont fait part les bénéficiaires et proches aidant·es interviewé·es dans leurs interactions avec les intervenant·es anglophones. On y aborde également les stratégies utilisées par les participant·es pour faciliter la communication.

Figure 4.2 - Défis linguistiques et incidents critiques, selon les bénéficiaires et les proches aidant·es



- Communication difficile en raison d'une faible compétence en anglais chez le ou la bénéficiaire
- Absence de validation du niveau de compréhension par l'intervenant·e anglophone
- Accents des intervenant·es d'origine culturelle variée
- Conséquences de ces défis:
 - Augmentation du fardeau pour les proches aidant·es
 - Risque d'incidents critiques reliés à une mauvaise compréhension

Le premier défi pour les personnes de ce groupe est leur niveau de compétences en anglais et le manque de validation de la compréhension de la part des intervenant·es anglophones.

Nous demander si on a compris, je n'pense pas qu'ils le demandent. Je n'me rappelle pas de l'avoir... parce que peut-être qu'on a l'air à comprendre là. [Rire]. Mais je ne me rappelle pas qu'on nous ait demandé. Mais habituellement, je pense qu'on comprend assez bien, là. (Proche aidante #8)

Dans d'autres situations, la communication en anglais était plus difficile.

C'est ça, parce que je ne comprends pas très bien l'anglais. Je peux faire un petit effort, mais je n'veux pas dire quelque chose qui n'est pas correct. (Bénéficiaire #5)

Mais c'n'est pas toujours évident, puis c'est vrai que ça fait 50 ans que j'habite en Ontario. Puis je suis venue ici pour étudier à l'Université de Toronto. Je voulais apprendre l'anglais. Mais c'n'est vraiment pas évident de leur faire comprendre que non, non, j'ai droit aux services en français et que mon vocabulaire est assez large, mais quand ça vient à exprimer, j'ai mal quelque part, en ce moment j'ai beaucoup de difficultés à exprimer que j'ai un problème, j'ai comme un point dans l'épaule. Et puis ça là, c'est d'essayer de trouver le bon mot pour leur faire comprendre exactement ce que c'est. Puis c'est là que ça devient un défi pour les francophones. (Bénéficiaire #9)

Un deuxième type de défi est lié aux aspects culturels qui interfèrent dans la communication.

Je crois que c'est plutôt par rapport à la nationalité, si je peux me permettre, oui. Oui, il y a [l'aspect] culturel et l'accent. C'était juste difficile. (Proche aidante #17)

Outre les difficultés de communication pouvant mener à des incidents critiques, qui sont décrits dans la prochaine section, le plus gros impact de ces défis est l'augmentation du fardeau pour les personnes proches aidantes. Une première proche aidante rapporte :

Ça fait que comme c'est là, on est correct, sauf pour le bain justement. Elle en avait un le lundi, puis un le jeudi. Puis le lundi, elle a dit : « j'n'aime pas. Je n'suis pas confortable avec elle ». Je lui ai posé des questions, puis j'ai compris que c'était parce qu'elle [la préposée] était anglophone. Donc présentement, c'est moi qui lui donne son bain le dimanche, parce qu'on n'peut pas avoir une autre personne en français. (Proche aidante #3)

Une autre proche aidante était déçue d'accueillir des préposé·es anglophones pour les services de répit; elle ne pouvait pas profiter de ces moments car son conjoint avait du mal à comprendre et se faire comprendre en anglais.

Je l'ai mentionné à notre *care coordinator*. J'ai dit tant qu'à avoir ça, puis ne pas être capable de parler [...]. C'est juste que le temps du répit que j'ai, je ne peux pas partir parce qu'il y a un problème de communication entre les deux. (Proche aidante #17)

Une autre proche aidante a souligné une situation semblable.

Mais qu'est-ce qui était particulier, c'est qu'il y a un monsieur anglophone qui est venu ici. Et [nom du conjoint], dans sa maladie, dans sa démence... [avant il était] parfaitement bilingue, mais c'est comme s'il a juste parlé français. Alors j'ai dit : « [nom du conjoint] *in English, switch in English* ». Puis là, il continuait en français. C'est peut-être le cerveau. Et là j'étais un petit peu obligée comme de traduire pour l'autre monsieur. [...]. Alors ça, ça m'a causé un inconfort, puis ça l'a comme grugé sur mon temps à ce moment-là, sur mon temps de qualité pour que je parte de la maison. (Proche aidante #10)

SITUATIONS OU INCIDENTS CRITIQUES

Les bénéficiaires ont rapporté des situations qui auraient pu mener à des incidents critiques. Ces situations surviennent le plus souvent dans des situations stressantes et de vulnérabilité.

Figure 4.3 - Incidents critiques



Par exemple, une proche aidante a souligné un incident survenu avec le bouton d'appel d'urgence de son père et qui aurait pu être critique s'il s'était agi d'un véritable appel d'urgence.

Puis, ça a juste adonné que j'étais là. [...], mais mon père avait le pendentif, puis il s'est roulé pendant la nuit, ça fait que là, ça l'a sonné. Puis là, j'entendais l'appareil : « *R., R., are you okay? Are you okay? This is Lifeline* ». Puis là, je me réveille puis je m'en vais dans la chambre à mon père. [...]. Ils n' parlent pas français! C'est écrit. Et là, j'avais confirmé, c'est unilingue, un francophone [mon père]. Si jamais ça sonne, vous devez lui répondre. Ça fait que là, parce que les Services de santé de [région] sont désignés en vertu de la Loi sur les services en français, ça, le *Lifeline* c'est une tierce partie. Ils ont une obligation. J'ai fait une plainte. (Proche aidante #4)

De même, une proche aidante dont les parents recevaient des soins à domicile a expliqué un incident avec deux ambulanciers qui ne parlaient pas français.

Puis l'année d'avant, mon père était moins bien [...]. Il a passé une période plus difficile où est ce que ma mère a eu à téléphoner [à] l'ambulance à quelques reprises durant la nuit. Puis à un moment donné durant la nuit, deux ambulanciers qui arrivent, ils parlaient juste en anglais. Ça, je me dis [que] ça n' passe pas le test. Ce que ma mère me disait, c'est qu'elle ne trouvait pas ses mots là parce qu'elle est vraiment dans une période critique. [...]. Ils lui répondaient en anglais, mais ils comprenaient ce que ma mère disait en français, ou il y avait au moins un des deux qui comprenait très bien. (Proche aidante #18)

Dans une autre situation, une aidante a rapporté un moment où son père lui avait téléphoné, car il ne comprenait pas les renseignements inscrits uniquement en anglais sur son plat reçu de la popote roulante.

Je me souviens, une fois, mon père m'avait au téléphone puis, il dit : « c'est quoi ça veut dire ? » Puis là, il commence à m'épeler un mot « T-h-u-r ». Là, j'étais là, qu'est-ce qu'il dit là ? Il était en train d'épeler *Thursday*. Parce qu'il avait sa popote roulante qui n'avait pas eu la journée même. Puis il voulait savoir si elle était encore bonne. Mais c'était juste écrit *Thursday*. Ça fait que là, on était rendus le mercredi d'ensuite. Là, j'ai dit : « Non, non, non! Mange pas ça. Mange pas ça! C'n'est pas bon ». (Proche aidante #4)

Elle a continué en décrivant une situation lors de laquelle un infirmier praticien venait évaluer la mémoire de son père (évaluation MoCA). Le père avait demandé de voir les documents en français, et l'infirmier les avaient seulement en anglais.

Ça fait que j'ai fait : Hein ? MoCA, c'est standardisé. C'est accessible. Quand j'ai vu l'infirmier praticien dans la communauté, j'ai dit : « le MoCA là, comment tu pensais de l'administrer à mon père avant qu'il refuse puis qu'il te demande une copie en français ? » Il a dit : « Bien, il l'aurait traduit de même ». J'ai dit : « Non, j'ai dit on n'traduit pas ça au pif. Il y a un formulaire standardisé en français. C'est ça qu'il faut que tu prennes. » (Proche aidante #4)

Une autre aidante a raconté des défis de compréhension des directives fournies en anglais seulement pour changer les pansements et ajuster l'écharpe de son conjoint à la suite d'une chirurgie. Lors d'une consultation de suivi chez le médecin, on lui a dit que l'écharpe n'avait pas été réinstallée correctement.

STRATÉGIES POUR SURMONTER LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Les personnes bénéficiaires et proches aidantes ont partagé leurs expériences concernant certaines stratégies qu'ils et elles déploient pour pallier les défis de communication avec les intervenant·es anglophones.

Stratégies des bénéficiaires

Une première stratégie rapportée fréquemment par les bénéficiaires consistait à faire appel à un membre de la famille ou à leur conjoint ou conjointe pour aider à traduire lorsqu'il y avait des intervenant·es anglophones.

Mais oui, c'est toujours de l'inconfort et c'est normal. Maintenant, il y a moins de problèmes parce que ma fille parle très bien l'anglais.... Ça fait à peu près deux, trois ans comme ça que ma fille m'accompagne partout parce que j'ai de la difficulté. (Bénéficiaire #14)

Quand j'étais à la maison, si je n'comprendais pas, mon mari est parfaitement bilingue, ça fait qu'il restait là puis je dirais : « reste là. Si je n'comprends pas quelque chose là, bien tu me le dis en français ». (Bénéficiaire #15)

Une seconde stratégie consiste à utiliser le langage non verbal.

[...] c'est sûr que je vais favoriser si c'est en français, tant mieux, parce que je veux dire, on se comprend bien mieux si c'est notre langue maternelle. Mais, mon Dieu, s'il n'y en a pas, avec les signes puis baragouinage en anglais un peu, puis en français, mais on finit par se comprendre, là. (Bénéficiaire #15)

Stratégies des proches aidant·es

La traduction pour aider à la communication entre l'intervenant·e et la personne bénéficiaire est aussi une stratégie utilisée par les proches. Une aidante a rapporté qu'elle se rendait toujours disponible par téléphone et les préposé·es anglophones l'appelaient régulièrement lorsqu'il y avait des défis de communication avec ses parents.

Une seconde stratégie consiste à coordonner les soins. Une proche aidante a expliqué qu'elle s'occupait de tous les appels et des prises de rendez-vous pour ses parents et elle était le point de contact avec le coordonnateur de soins à domicile de sa mère et les intervenant·es anglophones.

Une troisième stratégie était d'élaborer des aide-mémoires bilingues ou des feuillets de renseignements. Par exemple, une proche aidante a décidé de préparer des cartes bilingues pour faciliter la communication avec son père.

Ça fait que là, j'ai pensé, je vais faire des petites cartes, tu sais ? Ça fait que d'un côté, c'était écrit : « *Here is your water. Voici ton eau.* » Et puis je l'écrivais assez en gros pour que mon père puisse le lire si elle n'était pas capable de le dire, mais c'était comme des petits trucs de même, là. Puis là, on s'était fait un petit cahier, là, de communication parce qu'il n'pouvait pas toujours m'appeler. (Proche aidante #4)

De même, une conjointe a expliqué qu'elle préparait des feuillets de renseignements ou des Post-it en français et en anglais pour les préposé·es.

J'avais fait comme des feuilles ou des feuillets de sécurité en français et en anglais. Comme mettons « [nom du conjoint], *he's retired. He was [nom de la profession]. He likes doing this and that.* » Parce que si la personne venait en anglais, je voulais qu'elle parle avec [nom du conjoint] puis qu'est-ce qu'il aime manger, qu'est-ce qu'il n'aime pas manger. [...]. Alors ça, je faisais un kit en français, mais j'en faisais un en anglais aussi. [...] pour la télévision, je disais à la personne : « bien il y a la liste comme des postes, mais [nom du conjoint], il aime les postes en français. Alors, les voici les postes en français. » (Proche aidante #10)

Enfin, comme quatrième stratégie, certaines proches aidantes tentaient de vaincre l'insécurité linguistique du personnel de soins en encourageant les intervenant·es anglophones à pratiquer leur français.

Moi, j'essayais beaucoup de travailler au niveau de l'insécurité linguistique parce que je n'lâche pas [...]. « Bonjour, comment ça va ? » Puis là, « *I'm good.* » La prochaine fois « Bonjour, comment ça va ? » « *I'm good.* » « Bonjour, comment ça va ? » « Ça va bien. » Ça fait que petit à petit, c'était de les encourager comme ça, là. Je savais qu'ils comprenaient, mais à un moment donné, ils vont voir que je suis sérieuse, là. (Proche aidante #4)

Ils ont peur. Et là je leur explique que la langue de travail, parce que déjà quand moi j'étais une jeune infirmière là, il y avait le concept de langue de travail, que quelqu'un pouvait posséder suffisamment de français pour travailler bien en français. Mais quand ça arrive socialement, ils fonctionnent moins bien parce que là ils n'peuvent pas saisir les jokes, les farces, ils n'peuvent pas saisir beaucoup de nuances dans les phrases quand c'est social. Mais comme professionnel, tu demandes des questions : Avez-vous de la douleur ? Avez-vous... dites-moi vos symptômes. C'est des mots qui reviennent tout le temps quand t'es spécialisé dans un certain domaine. (Proche aidante #7)

Thème 3. Amélioration des services en français

AMÉLIORATIONS POSSIBLES

Les bénéficiaires et les proches aidant·es ont souligné les efforts déployés pour s'assurer que les services qu'ils et elles reçoivent soient offerts en français. La revendication régulière de ces services auprès des agences ou des gouvernements provincial et fédéral constitue un mécanisme fréquemment utilisé. Ces personnes ont également formulé plusieurs suggestions visant l'amélioration des soins à domicile en français. Celles-ci sont présentées par catégorie dans le graphique de synthèse et dans le texte qui suit.

Figure 4.4 - Améliorations possibles selon les bénéficiaires et les proches aidant·es

Améliorations concernant les ressources humaines (recrutement, formation et rétention)	Améliorations concernant l'offre des services aux bénéficiaires	Améliorations concernant les ententes avec les agences sous-traitantes
- Plus de personnel bilingue - Formation pour diminuer l'insécurité linguistique - Formation à l'offre active renforcée - Rémunération équitable	- Meilleure identification des bénéficiaires francophones. - Promotion de la culture organisationnelle axée sur l'offre active - Plus de services en français - Communication plus efficace avec les agences sous-traitantes	- Meilleure organisation des services : privilégier les agences qui peuvent offrir des services en français - Redevabilité

Améliorations concernant les ressources humaines (recrutement, formation et rétention)

Les bénéficiaires et les proches aidant·es pensent que les agences devraient se doter de plus de personnel francophone ou bilingue. Cette suggestion s'applique aussi aux services paramédicaux comme les ambulanciers. Également, les agences devraient promouvoir la formation linguistique et la sensibilisation à l'offre active, mieux rémunérer leur personnel, entre autres.

- Plus de personnel bilingue

Ça serait l'idéal si on pouvait avoir plus de personnel francophone, surtout dans le milieu de la santé, parce que c'est un secteur peut-être un peu plus critique parce que ça nous touche plus personnellement. [...] Mais au moins d'avoir une personne-ressource [francophone] par centre. Je sais qu'ils sont séparés par secteurs. (Bénéficiaire #15)

Il faut que nos collègues francophones nous produisent du personnel. (Proche aidante #7)

- **Formation pour diminuer l'insécurité linguistique**

Ou peut-être mon idée de faire comprendre aux gens qu'il y a deux niveaux de français parlé. Il y a le niveau de langue de travail puis peut-être le niveau social. (Proche aidante #7)

- **Formation à l'offre active renforcée**

Puis, c'est de faire l'offre des services en français. Plutôt que de dire : « on n'a pas de demande ». Mais oui, mais avez-vous offert ? C'est ça la priorité. C'est qu'il y ait une offre active, puis que ce soit aux fournisseurs d'organiser les services et non aux personnes vulnérables à s'affirmer puis à le demander. Puis, même le personnel unilingue anglophone a un rôle à jouer... (Proche aidante #4)

Premièrement, moi je pense qu'il faut continuer à sensibiliser les personnes qui sont responsables de ces soins-là, en partant des coordonnateurs jusqu'aux préposés·es qui sont de première ligne là, qui offrent les soins, et il faut les outiller. [...] Santé Canada a toujours appuyé les collègues, les universités pour la formation initiale, les programmes. Mais moi, j'ai, j'ai toujours poussé pour de la formation continue parce que je me dis une fois que t'es rendu sur le marché du travail, il y a tellement de pression, de toutes les sortes, juste s'adapter à son travail, de la pression des pairs qui sont anglophones, que toi tu parles français, eux autres ? C'est pour ça que moi, j'aurais voulu que Santé Canada appuie dans de la formation continue pour les professionnel·les en poste pour leur rappeler là ce qu'on vient de se dire. Moi, je suis encore convaincu que ça ferait une différence parce qu'une fois qu'ils sont rendus en poste, ils ont pu cet appui-là. (Proche aidante #18)

- **Rémunération équitable**

Il faudrait au moins que les travailleurs de soins de santé qui viennent [à domicile] aient le même salaire que s'ils travaillaient dans une institution. Comme ça, ils ne chercheraient pas un autre emploi continuellement. (Proche aidant #13)

Améliorations concernant l'offre des services aux bénéficiaires

À ce propos, les personnes rencontrées ont mentionné des améliorations pour mieux identifier la clientèle francophone à l'ouverture du dossier suggérant, entre autres, d'avoir une carte-santé qui contient l'information linguistique, comme cela se fait dans d'autres provinces canadiennes. Elles soulignent qu'une culture organisationnelle axée sur l'offre active mettrait davantage les francophones à l'aise de communiquer leurs besoins. Elles insistent sur la nécessité d'une plus grande offre de SEF et d'une meilleure communication avec les agences sous-traitantes.

- **Meilleure identification des bénéficiaires francophones.**

C'est vraiment d'identifier la clientèle francophone, de demander la langue maternelle, et puis s'ils sont plus à l'aise de recevoir des services en français ou en anglais. [...] parce que souvent ils vont me dire, mais là, je leur ai donné un dépliant en français, puis ils m'ont dit : « donne-moi le dépliant en anglais ». Mais oui, mais ça, c'est différent que les services en personne. Si on avait la fameuse carte-santé avec les questions linguistiques, identification linguistique, ça serait fait, mais on n'l'a pas. Ça fait que c'est l'identification, puis ça commence avec les questions qui sont posées sur les questionnaires d'aiguillage et tout ça, là. (Proche aidante #4)

- **Promotion de la culture organisationnelle axée sur l'offre active**

C'est de développer la culture organisationnelle francophone là. Quand on rentre, quand on appelle, quand on vient desservir, qu'on le voit là qu'il y a cette culture francophone là, qu'on se sente à l'aise, on rentre sur les lieux, on nous accueille, on vient chez soi, puis c'est comme oh ! On peut avoir des services en français. Je me sens à l'aise. Et puis qu'on voit le personnel se parler entre eux en français aussi, là. (Proche aidante #4)

- **Plus de services en français**

Ils pourraient l'offrir une fois par année en français [programme de prévention de chutes]. Je suis certaine qu'ils ont le personnel. Le personnel n'est pas nécessairement identifié, mais je suis certaine qu'ils pourraient dire OK, une fois par année, on offre en français. (Bénéficiaire #9)

Je pense quand on a le soutien comme le répit, que ça puisse se faire comme dans notre langue. Puis surtout quand on appelle, qu'il y ait un dispatcher, je n'sais pas, qu'il y ait quelqu'un qui puisse nous parler en français à ce moment-là, je pense que ça aiderait. Je pense que ça aiderait énormément parce que ça vient diminuer le stress et la pression. Puis aussi, je vais te dire, c'est qu'on veut s'assurer que quand on n'est plus à la maison, parce qu'on est en répit, que le conjoint ou la conjointe malade va bien être écouté, va bien être compris dans sa sécurité, dans sa façon de parler, dans sa façon d'agir. (Proche aidante #10)

- **Communication plus efficace avec les agences sous-traitantes**

Pour les aîné-es, peut-être la communication. Comme c'n'est pas évident pour mes parents. C'est tout le temps, ils m'appellent, moi. Moi, je les appelle. Eux autres, il faut qu'ils prennent en note quand quelqu'un vient. Donc, une façon [pour les agences] de communiquer avec ces résidents-là qui serait plus facile. (Proche aidante #3)

Peut-être un meilleur système de communication. Je sais que la compagnie ou l'agence fait de son mieux, mais c'est nous, en tant que bénéficiaires, qu'on vit une situation qui est difficile. Tant qu'à gérer les problèmes de communication ou les problèmes de manque de communication, c'est plutôt ça qu'il faudrait être capable de gérer. (Proche aidante #17)

Ils devraient communiquer avec nous autres pour qu'on participe à l'évaluation de la personne. L'agence devrait nous téléphoner régulièrement au moins une fois par mois pour savoir comment ça va, savoir s'il y a des problèmes, savoir si la personne qui vient fait le travail qui lui est assigné. C'était toujours à nous autres à téléphoner quand il n'y avait personne qui venait. (Proche aidant #13)

Améliorations concernant les ententes avec les agences sous-traitantes

Les personnes participantes ont soulevé l'importance pour Santé à domicile Ontario d'établir des collaborations avec des agences sous-traitantes qui peuvent offrir des SEF et d'exiger une reddition de compte en matière de SEF.

- **Meilleure organisation des services : privilégier les agences qui peuvent offrir des services en français**

Bien, je pense que le partenariat des agences qui sont avec Services communautaires, il faudrait peut-être cibler des agences qui ont du service en français parce que là, ils sont attachés avec [nom de l'agence] puis [à nom de l'agence], quand j'appelle, c'est toujours en anglais. [...] Surtout dans la région de Prescott-Russell, comme on s'attend encore à avoir du service en français, là, oui. (Proche aidante #3)

Ils n'avaient jamais pensé à, non, non, on va créer des points de service francophones et quand les gens remplissent le formulaire, plutôt que de donner leur code postal, on va dire : « vous êtes francophone. Alors si vous êtes francophone, vous donnez votre code postal et là, on vous assigne non à celle qui est la plus proche nécessairement, mais à celle aux points de service qui offrent des services en français ». [...]. Alors, si on disait à toutes ces agences-là, puis les sous-traitants et sous-traitantes là : « bon, organisez-vous et si quelqu'un demande des services en français, il aura accès à toute une gamme de services offerts, centralisés... » (Bénéficiaire #9)

[...] c'est ça que je verrais, et que les services en français dans certains cas, comme les soins à domicile, ça devrait être offert par un organisme francophone qui existe déjà. (Bénéficiaire #9)

▪ Reddition de compte

Si le Ministère a délégué ça à [agence sous-traitante], à ce moment-là, le Ministère a l'obligation d'offrir des services en français et se décharge de son obligation en sous-traitant avec une corporation qui n'est pas sujette à la Loi sur les services en français. Sauf si le Ministère disait dans le contrat « vous allez offrir des services en français ». Mais tu vois, ça n'se fait pas, ça. [...] Le Ministère, chaque fois qu'il engage des sous-traitants, transfère son obligation d'offrir les services en français. (Bénéficiaire #9)

LES OBSTACLES

Deux types d'obstacles ont été mentionnés par les bénéficiaires et leurs proches : a) la rareté des services en général, et b) le manque de sensibilisation des intervenant·es.

Dans le premier cas, le participant ressentait qu'il ne pouvait pas demander à être servi en français, car recevoir les soins était prioritaire.

Tu sais, déjà que les soins de santé sont vraiment très pauvres, je veux dire dans le sens qu'ils sont... Au point de vue argent, ils coupent dans tout; alors forcément, je ne vois pas comment ils pourraient tout d'un coup développer des milliards ou des millions pour pouvoir avoir du français partout. Déjà qu'ils n'ont pas assez pour le service qu'ils devraient donner. (Bénéficiaire #14)

Une aidante qui a travaillé dans le domaine de la santé en français connaît bien les obstacles et les défis à l'offre de SEF, mais elle demeurerait tout de même surprise du manque de sensibilisation et de formation rencontré chez le personnel des agences de soins à domicile.

Thème 4. Pratiques jugées prometteuses

Certaines personnes interviewées ont fourni des exemples de bonnes pratiques mises en place par des intervenant·es à domicile pour faciliter la communication en français.

Figure 4.5 - Bonnes pratiques selon les bénéficiaires et les proches aidant·es



Quelques bonnes pratiques

- Parler lentement quand on parle aux bénéficiaires francophones en anglais
- Porter des épinglettes « Je parle français »
- Documentation disponible en français
- Effectuer la visite à domicile accompagné·e d'un·e interprète ou faire appel à du personnel infirmier bilingue
- Partenariats entre les agences et les organismes francophones
- Cartes de la popote roulante bilingues
- Intervenant·es qui fournissent des efforts pour communiquer en français

Ainsi, une proche aidante a expliqué qu'une préposée anglophone parlait lentement et s'efforçait de se faire comprendre. Une autre proche aidante a noté des améliorations au sein des Services à domicile de sa région, notamment une superviseuse qui portait son épinglette « Je parle français », des formulaires ou des sondages de satisfaction disponibles en français et en anglais (recto verso), la publicité faite par les Services de santé pour des cours de français langue seconde à l'intention du personnel, et des efforts de partenariat avec d'autres organismes francophones. Elle a également souligné une situation lors de laquelle un physiothérapeute anglophone était arrivé à domicile accompagné d'un interprète.

[...] je me souviens que quand le physiothérapeute était venu, lui était unilingue anglophone, mais il avait amené quelqu'un pour interpréter pour lui, plutôt que de se fier sur la famille parce que souvent on se fie sur la famille. Puis, nous autres, on accommode trop souvent, là. Et je me souviens que cette fois-là ça m'avait marquée. Lui avait pris l'initiative de trouver quelqu'un pour faire l'interprétation. (Proche aidante #4)

D'autres personnes interviewées ont parlé de bonnes pratiques à l'extérieur du domicile, comme des infirmières francophones qui agissent d'interprètes à l'hôpital.

On a également noté des petites attentions qui ont été accueillies favorablement, comme des cartes préparées par le personnel de la popote roulante lors de fêtes, accompagnant les repas pour les bénéficiaires.

Au début, les cartes étaient unilingues anglophones. J'n'ai jamais rien dit. Mais à un moment donné les cartes étaient bilingues. Puis là, j'ai pris une photo de la carte, j'ai envoyé un remerciement. Puis le personnel était comme : « Quoi? C'est la première fois qu'on reçoit un remerciement, là, tu sais? D'habitude c'est des plaintes ». (Proche aidante #4)

Une autre proche aidante a mentionné que la coordonnatrice de soins de ses parents faisait des efforts pour parler en français avec sa mère et se montrait motivée à pratiquer sa deuxième langue.

Quand elle a parlé à la coordonnatrice de soins, j'ai trouvé ça intéressant... (...) c'était une dame anglophone, mais qui parlait français aussi. Puis la dame, elle a insisté pour que ma mère lui parle en français parce qu'elle voulait pratiquer son français. (Proche aidante #18)

PARTIE 5. LA PERSPECTIVE DES ENTITÉS DE PLANIFICATION DE SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

Les entrevues avec les personnes-ressources des Entités de planification des services en français (EPSSF) se sont déroulées d’avril à juin 2023 et visaient à obtenir des informations sur trois grands thèmes : l’état des lieux concernant les soins à domicile pour les bénéficiaires francophones; les pratiques novatrices ou prometteuses dont les personnes-ressources étaient au courant sur le territoire de leur EPSSF; et l’amélioration des services à domicile et les priorités suggérées par ces personnes-ressources.

Tableau 5.1 – Date des entrevues avec les personnes-ressources des EPSSF

Participant·e	Date de l’entretien
PR # 1	05-06-2023
PR # 2	21-06-2023
PR # 3	14-04-2023
PR # 5	30-05-2023
PR # 6	26-06-2023

Thème 1. État des lieux concernant les soins à domicile pour les bénéficiaires francophones

En 2022, Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) a établi une nouvelle politique provinciale sur les SEF. La politique a été révisée en janvier 2024. Celle-ci « vise à garantir que Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) s’acquitte pleinement de l’obligation qui lui est imposée d’offrir activement ses services dans les deux langues officielles en tant que société de la Couronne et en vertu de la Loi sur les services en français (LSF), de l’article 29.1 du Règlement de l’Ontario 187/22 pris en application de la Loi de 2019 sur les soins interconnectés et du Règlement de l’Ontario sur l’offre active de services en français. » (Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, 2024, p.2).

La politique décrit les procédures utilisées par SSDMC pour garantir l’accès à des services de santé en français de grande qualité dans les 14 régions administratives de l’Ontario⁸, dont la gouvernance, la production de rapports annuels, la pratique de l’offre active et la formation à l’offre active, l’accès à des employé·es de SSDMC qui parlent le français, les communications dans les deux langues officielles, la prise en compte de l’expérience des bénéficiaires, l’identification du personnel francophone et bilingue, entre autres.

Les personnes-ressources de trois EPSSF ont parlé de cette politique comme d’un outil pouvant faciliter l’offre de soins à domicile pour les bénéficiaires francophones :

Récemment, ils ont mis en place une politique pour que les francophones soient servis en français sans qu’ils aient besoin de demander le service. C’est vraiment une grande première dans les discussions sur les services en français. Les 14 régions sont vraiment encouragées à mettre en œuvre la politique. Et ça, c’est au niveau provincial. Et au niveau régional, les entités sont encouragées à travailler avec les organes régionaux, donc, de cette institution-là, pour effectivement arriver à faire en sorte que les francophones puissent bénéficier des soins à domicile dans les milieux communautaires dans leur région. C’est un processus qui est en cours, qui est en train de se mettre en œuvre, qui est en train de se déployer. (PR #3)

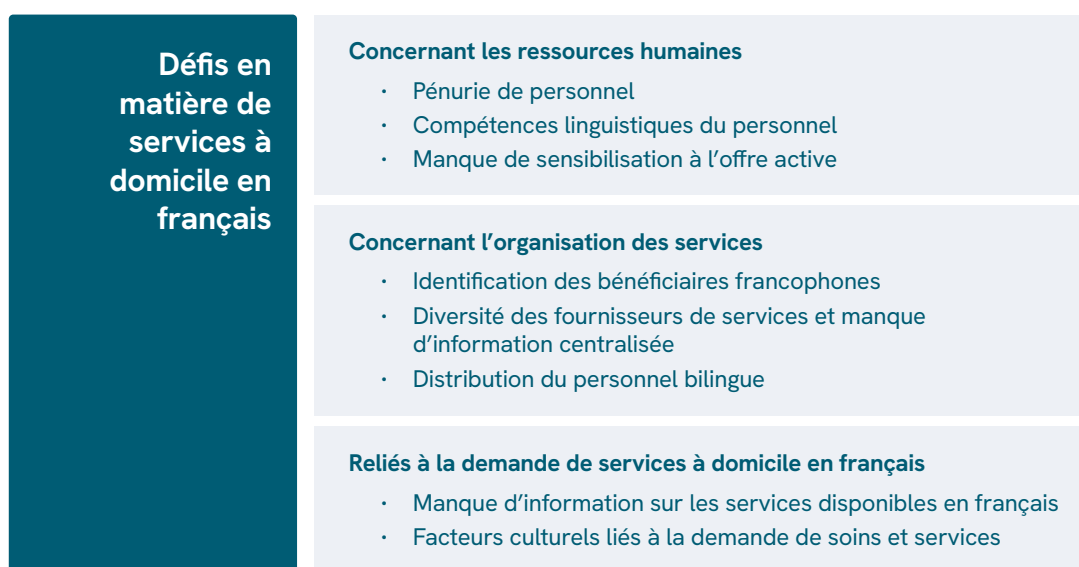
8 En 2024, ces 14 régions sont devenues 6 régions sanitaires et les 14 SSDMC ont été fusionnés en une seule entité : Santé à domicile Ontario.

Je peux vous dire qu'au niveau provincial [...] ils ont fait du travail quand même pas mal solide sur les services en français en soins à domicile. Ils ont déjà développé une politique qui doit s'appliquer aux 14 régions, qui est vraiment fantastique, parce qu'il y a plusieurs régions de l'Ontario où il n'y a rien en français. (PR #5)

DÉFIS OBSERVÉS DANS L'OFFRE DE SOINS À DOMICILE EN FRANÇAIS

Les personnes-ressources des EPSSF ont également soulevé divers défis dans les soins à domicile tels qu'ils sont prodigués actuellement. Certains concordent avec ceux mentionnés par les gestionnaires, les intervenant·es, les bénéficiaires et les proches aidant·es. Ils peuvent se regrouper dans trois grandes catégories : ceux qui concernent les ressources humaines, ceux qui ont trait à la gestion et à l'organisation des services dans les agences sous-traitantes et ceux reliés à la demande de services à domicile en français.

Figure 5.1 - Défis en matière de services à domicile en français, selon les personnes-ressources des EPSSF



Défis concernant les ressources humaines

▪ Pénurie de personnel

La pénurie de personnel en général, et encore plus spécifiquement la pénurie de personnel bilingue, a été notée comme un obstacle majeur dans les services sociaux et de santé qui se fait inévitablement sentir dans les soins à domicile, et particulièrement dans les régions éloignées.

C'est définitivement des listes d'attente parce qu'il manque de personnel. Juste de personnel, point, là. Ça se fait sentir encore plus dans les régions plus éloignées ou plus rurales. (PR #6).

Les pénuries du personnel, les pénuries de services, il faut regarder à comment est-ce qu'on peut être capable de mettre cela en place parce que pour répondre aux besoins linguistiques, ça prend évidemment du personnel. (PR #1)

▪ Compétences linguistiques du personnel

Les compétences linguistiques du personnel de soins à domicile ne sont également pas toujours notées ni évaluées, particulièrement dans les cas des fournisseurs contractuels.

Et en plus, ces organismes-là font appel à des tierces parties pour fournir les services. Et là, les tierces parties, bien, on n'a aucune idée de comment ils vont identifier les capacités linguistiques des gens. Ça fait qu'il y a toute cette question-là aussi des organismes qui sont à but lucratif. (PR #2)

J'ai une amie dont la fille est complètement bilingue et elle travaille comme préposée aux soins et elle a travaillé pour un organisme qui est un organisme identifié de la région [...]. Puis elle, elle a dit à 100 %, ils n'ont jamais ni testé son français ni ... (PR #2)

- **Manque de sensibilisation à l'offre active**

Tout comme les intervenant·es et les bénéficiaires/proches aidant·es, les personnes-ressources des EPSSF s'entendaient pour dire qu'il y a un manque de sensibilisation à l'offre active et à l'importance de recevoir des soins et services dans sa langue officielle de préférence à travers le continuum de soins.

[...] je veux dire, ça retourne à l'offre active aussi, d'activement faire l'offre des services en français et non assumer que la personne peut parler anglais et [ne] pas faire un effort pour offrir des services en français. Alors, c'est de bien identifier la personne dès le départ et de bien faire l'offre... des services en français dès le départ. Ça, c'est une grosse lacune. (PR #6)

Mais, je pense que les soins à domicile et communautaires vont devoir faire la formation d'offre active. Il y a des choses, je pense, qui vont... qui risquent de s'améliorer. (PR #2)

Enfin, il y a le sentiment parfois que la langue française n'est pas toujours reconnue comme langue officielle :

[...], mais comme le statut particulier de la langue française n'est pas toujours reconnu. Puis, il peut y avoir, par exemple, des équipes santé qui disent nous, on veut offrir des services dans la langue, la langue maternelle de la personne, sans reconnaître que le français a quand même un statut légal et qui doit être reconnu et respecté. (PR #5)

Défis concernant l'organisation des services

- **Identification des bénéficiaires francophones**

Des lacunes importantes en ce qui concerne l'identification des bénéficiaires francophones ou de leur préférence linguistique ont également été notées :

Je suis convaincue que c'est un manque dans le système à l'heure actuelle. [...] parce que si on parle à des gestionnaires, ils vont nous dire : « Mais oui, mais oui, ça se fait, dans nos questionnaires, tout à fait. On fait l'identification. » Mais si on parle aux gens qui font le travail, comme dans les soins à domicile [...]. Puis les gens, le personnel de première ligne qui étaient francophones nous disaient que leurs collègues ne posent pas la question. S'ils ont commencé une conversation en anglais, ils cliquent « anglais, » c'est tout. Et la vérification n'est pas nécessairement faite. (PR #2)

Une autre participante a spécifié que les agences de soins à domicile qui relèvent du secteur public sont généralement sensibilisées aux besoins linguistiques des bénéficiaires, mais des défis linguistiques surviennent surtout lorsque Santé à domicile Ontario fait appel à des fournisseurs de services contractuels.

Je pense qu'à l'interne, c'est bien fait. Les gens sont au courant. Ils savent que, ah, cette personne-là veut du service en français. Ils l'organisent, mais à l'externe, je ne sais pas qu'est-ce qu'ils reçoivent comme information. [...]. Les difficultés sont plus quand on parle des contrats de service. Donc, ils engagent beaucoup de firmes externes pour offrir les services, les infirmières, les PSWs, tous ces services-là. Ça fait que là, c'est un petit peu plus difficile. (PR #5)

- Diversité des fournisseurs de services et manque d'information centralisée

Les personnes-ressources des EPSSF ressentent un manque d'information sur la gestion des soins à domicile dans la province.

Il faut dire que les entités ne sont pas très, très, très informées de ce que le gouvernement fait, parce que les soins à domicile et en milieu communautaire sont gérés par un organisme à part qui a hérité des RLIS, des anciens Réseaux locaux d'intégration des services de santé. Donc, en 2019, avec la loi, la nouvelle loi qu'on appelle la Loi sur les soins interconnectés, quand cette loi a été mise en place, on a donc séparé, on a démolé les services. [...]. Et donc, les fournisseurs de services qui offrent les soins à domicile en milieu communautaire ne sont pas connus. Et il n'y a pas une bonne coordination des soins pour les francophones. (PR #3)

La difficulté à comprendre l'organisation d'un système complexe, couplée au manque de SEF dans tout le continuum de soins, alourdit la tâche des proches aidant-es qui doivent aider à coordonner les services en plus d'assurer de l'interprétation lorsqu'il y a des barrières linguistiques.

Ensuite, tu sais, pour suivre le patient tout au long de son trajet, ça, c'est vraiment quelque chose qui manque dans le système. Puis, les familles sont souvent là, doivent souvent être présentes. Les membres de la famille doivent souvent être présents pour assurer que la personne comprenne qu'est-ce qui se passe au niveau des services qu'ils vont recevoir. (PR #6)

- Distribution du personnel bilingue

Dans les cas où des membres du personnel bilingue sont identifiés et disponibles, ceux-ci ne sont pas nécessairement assignés aux bénéficiaires francophones.

Nous, présentement, c'est si tu as un service, souvent c'est un fournisseur anglophone, puis il va avoir peut-être un membre du personnel bilingue, puis il va l'envoyer chez un client francophone une fois. Mais dans la rotation, il n'va pas le retourner là. Il va l'envoyer à quelque part d'autre. Donc, ça n'fait pas de sens. Tu voudrais avoir toujours le même soutien linguistique. (PR #1)

J'ai une amie dont la fille est complètement bilingue et elle travaille comme préposée aux soins. Et elle a travaillé pour un organisme qui est un organisme identifié de la région, puis elle dit que les fois où elle a servi des francophones, c'était par hasard, parce qu'elle est arrivée dans le foyer, puis, à moment donné, elle a entendu un accent ou le nom du monsieur ou quelque chose, puis elle a dit : Ah! Ou la télévision était en français ou des choses comme ça. Mais le match n'était pas... n'avait pas été fait au départ. Puis elle, elle a dit à 100 %, ils n'ont jamais [...] fait quelque effort que ce soit pour qu'elle soit envoyée vers des clients francophones. (PR #2)

Défis reliés à la demande de services à domicile en français

- Manque d'information sur les services disponibles en français

Le manque d'information ou de centralisation de l'information sur les services disponibles en français, n'encourage guère les bénéficiaires qui souhaiteraient recevoir des SEF à le demander.

On sait, nous autres, qu'il y a un manque d'information sur les options de soins pour les aîné-es francophones. Ça contribue à la faible demande de services de santé en français. (PR #1)

- Facteurs culturels liés à la demande de soins et services

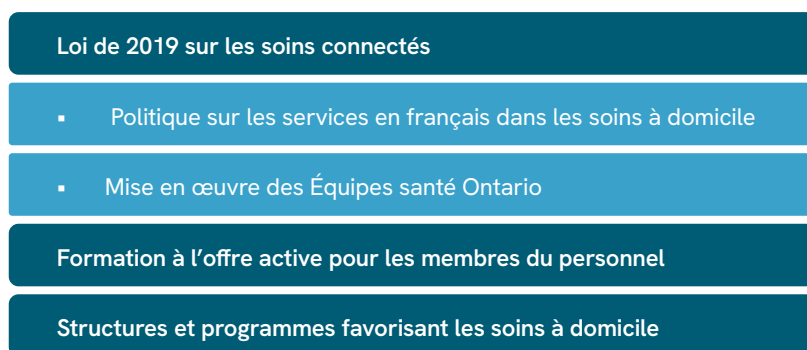
Enfin, il a été mentionné lors des entretiens que les personnes d'origine immigrante seraient moins enclines à solliciter des soins à domicile et des soins de longue durée. En effet, obtenir des soins de personnes extérieures à la famille ne fait pas partie de leurs habitudes culturelles, comme expliquait une personne interviewée.

[...], mais en fait pour plusieurs nouveaux arrivants, dans leur culture, de demander des services de quelqu'un pour s'occuper d'un membre de la famille, c'est comme abdiquer la responsabilité de la famille, dépendant de comment ils ont immigré, dépendant de qui a immigré dans la famille aussi. Mais de façon générale, ce qu'on nous dit c'est qu'ils viennent d'une culture où les grands-parents sont la responsabilité des parents, puis les enfants, puis c'est comme ça. Tout le monde s'occupe de tout le monde. [...] Je veux dire, ils seraient probablement plus réceptifs, mais je l'sais pas ce qu'il faut faire pour qu'ils aillent chercher les soins dont ils auraient besoin pour les soutenir. (PR #2)

Thème 2. Pratiques jugées prometteuses

Les personnes-ressources des EPSSF ont fait part de bonnes pratiques ou d'occasions à saisir pour favoriser l'offre de soins à domicile en français pour les bénéficiaires francophones.

Figure 5.2 – Bonnes pratiques ou occasions à saisir, selon les personnes-ressources des EPSSF



Lois sur les soins interconnectés

Deux éléments découlant de la *Loi sur les soins interconnectés* sont vus comme des occasions à saisir par les personnes-ressources.

- Mise en œuvre de la politique sur les services en français

Comme mentionné plus haut, la politique provinciale sur les SEF, adoptée en 2022 et révisée en 2024, qui vise à assurer que les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SSDMC) se conforment à certains règlements d'application de la LSF et de la *Loi sur les soins interconnectés*, est considérée comme un élément favorisant l'amélioration des soins à domicile offerts en français, en insistant sur le principe d'offre active.

- Mise en œuvre des Équipes Santé Ontario

Certaines personnes interviewées considéraient également que ces équipes, mises en œuvre dans le cadre de la *Loi sur les soins interconnectés*, pourraient contribuer à la bonification des SEF, incluant les soins à domicile. On pense qu'elles aideront à mieux rassembler les différents paliers de services offerts aux personnes francophones.

Puis, la modernisation [...] des soins et la mise en œuvre... on parle de la mise en œuvre des équipes Santé Ontario. Ça représente une occasion, on croit, pour renforcer la prestation des services en français. (PR #1)

On nous a dit, par exemple, à [nom de la ville] qu'on pourrait, à travers d'un service d'accès francophone de santé, [nom de la ville] mettre un mécanisme en place pour pouvoir connecter davantage les aîné-es francophones parce que, souvent, tu as des organisations d'aîné-es francophones, tu sais, tu as la Fédération des aîné-es francophones de l'Ontario, la FARFO, tu as des sous-groupes dans les différentes régions, puis souvent les centres communautaires ont des groupes d'aîné-es. Alors, tu as une façon de pouvoir connecter les francophones. Alors, on est en train de maximiser ces mécanismes-là... (PR #1)

Formation à l'offre active pour les membres du personnel

La formation à l'offre active est certainement une pratique qui contribue à l'amélioration des SEF. Depuis 2018, le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO -également Entité 6) a développé une formation interactive en ligne sur l'offre active des services de santé en français pour : a) sensibiliser les gens qui travaillent ou qui étudient dans le domaine de la santé ou dans un domaine connexe à la valeur de l'offre active de services de santé en français ; b) amener les gens à prendre conscience du rôle important qu'ils peuvent jouer pour assurer une amélioration durable de l'offre active des services de santé en français ; c) promouvoir la sécurité et la qualité des soins centrés sur la personne⁹. Un volet de la formation est consacré aux soins à domicile et les employé-es de l'agence gouvernementale doivent suivre cette formation.

Justement il y en a une [formation] pour les soins à domicile. L'ensemble de la province... tous les employé-es de la province, pour l'agence de soins à domicile et en soins communautaires, suivent la formation sur l'offre active. (PR #6)

Le RMEFNO offre aussi du soutien aux agences pour les aider à mettre en pratique la formation dans leurs milieux.

[...], mais c'est difficile aussi de souvent avoir ces concepts-là puis, comment tu le mets en pratique dans ton milieu de travail? Alors, on a fait un genre de *refresher* ou *booster session* avec [nom de l'agence]. Puis c'était justement de prendre leur travail, leurs politiques et interpréter qu'est-ce que ça voulait dire l'offre active. Alors, on a offert deux séances en français puis deux séances en anglais. (PR #6)

Le RMEFNO continue d'adapter et d'évaluer la formation, de développer des modules pour répondre aux besoins des intervenant-es dans le milieu et d'accompagner les milieux de pratique à suivre la formation et à mettre en œuvre les pratiques d'offre active.

Structures et programmes favorisant les soins à domicile

Deux personnes-ressources ont fourni des exemples de structures ou programmes exemplaires en soutien aux soins à domicile dans leur région.

▪ Les Centres d'accueil Héritage (CAH)

CAH est une corporation créée en 1978 dans le but d'avoir accès à des subventions permettant de construire du logement abordable pour les personnes âgées francophones de Toronto. Depuis, CAH a étoffé son mandat en développant plusieurs services de soutien aux personnes âgées francophones, qui habitent à la résidence ou dans la communauté. Ces services incluent la gestion de cas, l'aide à domicile, un service de jour, un centre de vie active, et une unité de soins de transition¹⁰. Les CAH jouent un rôle essentiel dans les soins offerts aux personnes âgées francophones :

Les Centres d'accueil Héritage sont vraiment le seul organisme qui s'occupe des aîné-es, qui offre des soins aux aîné-es dans notre région, et qui est très actif, et qui a tout un bâtiment qui est dédié aux francophones avec toute une gamme de services au bénéfice des francophones. (PR #3)

9 Voir <https://formationoffreactive.ca/a-propos/>

10 Voir <https://www.caheritage.org/>

- **Let's Go Home**

Le programme Let's Go Home (LEGHO) offre des services de soutien communautaire pour aider les personnes âgées et les personnes ayant des problèmes de santé à faire la transition entre l'hôpital et leur domicile. Il permet aux personnes référées par Soins à domicile Ontario ou par un hôpital un d'accéder à des services communautaires gratuits pendant une courte période (environ 6 semaines) afin de garantir une période de rétablissement réussie et réduire les réadmissions à l'hôpital. Tout comme les autres programmes de soins à domicile, les services directs sont assurés par divers types d'organismes. Une personne-ressource (PR #2) nous a parlé d'un projet d'entente entre une Équipe Santé Ontario et un centre communautaire francophone de sa région pour offrir le programme en français.

Thème 3. Amélioration des services en français

Entre les obstacles, les lacunes et les pratiques prometteuses signalées, l'équipe de recherche a questionné les personnes-ressources des EPSSF sur les grandes priorités qu'elles percevaient concernant l'amélioration des soins à domicile en français. Six priorités, qui convergent avec celles des autres catégories de participant·es, ont été portées à notre attention.

Figure 5.3 – Améliorations possibles selon les personnes-ressources des EPSSF

Améliorations concernant les ressources humaines	Améliorations concernant les bénéficiaires et la communauté	Améliorations concernant la collaboration entre les différents acteurs
▪ Identification des compétences linguistiques du personnel ▪ Formation à l'offre active	▪ Identification des bénéficiaires francophones. ▪ Engagement de la communauté	▪ Meilleure coordination des services à domicile et collaboration renforcée ▪ Collaboration pour la recherche-terrain

Améliorations concernant les ressources humaines

- **Identification des compétences linguistiques du personnel**

Mentionnée déjà comme une lacune, l'identification des compétences linguistiques du personnel a été soulevée par plusieurs personnes-ressources comme un élément prioritaire pour l'amélioration des soins à domicile en français.

Donc, c'est important, bien sûr, de travailler pour identifier du personnel ayant des compétences en matière de santé spécifiques à la langue. (PR #1)

Les entrevues ont renforcé le constat déjà identifié par les gestionnaires et les intervenant·es sur la pénurie de main-d'œuvre qui persiste dans plusieurs secteurs des soins de santé ces dernières années. Dans ce contexte, les personnes-ressources soulignaient l'importance accrue d'une bonne identification linguistique du personnel actuellement en poste.

[...] bien identifier les capacités linguistiques du personnel, parce que, tu sais, il faut savoir qu'avec la crise de la main-d'œuvre, etc., c'est difficile de dire : on va juste aller embaucher plein de personnes qui sont bilingues. Donc, de bien identifier les capacités linguistiques du personnel existant et du nouveau personnel évidemment. En partie, ça veut dire aussi de les identifier avec des identifiants comme tu sais « Je parle français », qu'ils peuvent porter. (PR #2)

- **Formation à l'offre active**

La sensibilisation et la formation à l'offre active, pour les membres du personnel et les gestionnaires des agences de soins à domicile, incluant les fournisseurs de services privés, afin qu'ils soient mieux préparés et outillés pour servir la clientèle francophone.

Je pense que les soins à domicile et communautaires vont devoir faire la formation d'offre active. Il y a des choses, je pense, qui vont... qui risquent de s'améliorer. Et en plus, ces organismes-là font appel à des tierces parties pour fournir les services. Et là, les tierces parties, on n'a aucune idée de comment ils vont identifier les capacités linguistiques des gens. Ça fait qu'il y a toute cette question-là aussi des organismes qui sont à but lucratif. (PR #2)

Améliorations concernant les bénéficiaires et la communauté

- **Identification des bénéficiaires francophones**

De façon similaire, l'identification de la préférence linguistique des bénéficiaires avait également été notée comme lacune par toutes les catégories de personnes participantes à notre étude. Cette identification doit être améliorée et mise en œuvre de manière systématique. Elle apparaît essentielle pour une communication adéquate et aisée, dans un contexte délicat comme les soins à domicile.

Il faut développer et mettre en œuvre immédiatement un plan global pour servir de manière appropriée la population francophone. Puis, le plan pourrait être aussi simple que l'identification linguistique des patients, l'identification des compétences de leur personnel, la désignation des postes bilingue... (PR #1)

*Puis, en fait, je dirais que, ça c'est de façon générale, que ce soit à l'hôpital ou n'importe où, mais spécifiquement dans les soins à domicile, les gens laissent entrer des gens chez eux. Peut-être qu'ils n'ont pas tout compris. C'est essentiel, essentiel de connaître. Ça pourrait, dans une certaine mesure, s'appliquer à toutes les langues, mais au minimum, tu sais, à cause de la *Loi sur les services en français*, que les besoins linguistiques du client soient identifiés et que les capacités linguistiques du personnel soient identifiées (PR #2)*

- **Engagement de la communauté**

En outre, l'importance de la participation de la communauté pour soutenir et maintenir les SEF a été soulignée, que ce soit par la promotion des services disponibles ou par des actions visant à sensibiliser la communauté francophone à l'utilisation de ces services. Une des personnes a également exprimé des préoccupations concernant des facteurs socioculturels qui peuvent constituer des freins au recours aux soins à domicile ou aux soins de longue durée chez certains francophones.

La première chose à faire, c'est d'engager la communauté pour qu'elle soit informée de l'importance des soins à domicile et en milieu communautaire, pour informer la communauté et l'engager parce que tous les programmes qui sont en train de se développer ne pourront pas aboutir si les francophones sont absents. (PR #3)

Améliorations concernant la collaboration entre les différents acteurs

- **Meilleure coordination des services à domicile et collaboration renforcée**

On a également proposé diverses pistes pour améliorer la coordination des services à domicile, notamment, un renforcement de la collaboration entre les Entités et les Équipes Santé Ontario ou une collaboration accrue entre les différents organismes francophones.

On voudrait travailler avec les équipes Santé Ontario pour qu'il y ait un continuum plus homogène. (PR #1)

Donc, il faut que les Entités de planification travaillent ensemble sur cette problématique-là. Il faut que la FARFO, la Fédération des aîné·es retraité·es et francophones de l'Ontario également entrent... en fait, travaille en synergie avec les entités. Il y a les réseaux. Le Réseau [de la région] qui doit également travailler en synergie avec l'ensemble des partenaires. Donc, les Entités, les réseaux, la FARFO, les fournisseurs de services comme les Centres d'accueil Héritage, comme les centres francophones, doivent appuyer nos efforts. Et puis, les fournisseurs de services qui se sont engagés à offrir les services aux francophones doivent travailler en synergie avec nous, parce qu'eux, tout seuls, ils ne pourront pas y arriver. (PR #3)

Dans la même perspective, une troisième personne a souligné la possibilité d'une meilleure coordination entre les services existants au sein d'une même sous-région.

Une troisième priorité, c'est coordonner dans les communautés... être capable de coordonner avec les services existants. S'il y a quelqu'un, comme exemple, s'il y a quelqu'un à l'hôpital qui est francophone, qui peut offrir un service — je vais juste utiliser physio — pourquoi pas coordonner entre les deux organismes pour qu'ils puissent avoir un service dans la communauté? (PR #6)

En outre, les entrevues ont permis de constater une réflexion sur des structures novatrices qui pourraient faciliter l'offre de services à domicile pour les bénéficiaires francophones. Par exemple, une personne mentionne la possibilité de carrefours communautaires francophones.

Il faudrait envisager des modèles novateurs comme les soins communautaires spécialisés, ou des carrefours communautaires francophones pour répondre aux besoins des communautés francophones donc, parce qu'on a des différents niveaux communautaires où est-ce que tu as une gestion francophone. Donc, on devrait voir à comment est-ce qu'on peut créer des mécanismes, des structures pour travailler avec ça. (PR #1)

Enfin, une autre personne a avancé qu'une structure constituée « par et pour » les francophones pourrait être plus favorable à la prestation de soins à domicile linguistiquement appropriés.

Je pense que les soins à domicile en français devraient être gérés par un organisme, je dirais presque « par et pour ». Même si ce n'est pas ce qu'on recommande nécessairement à ce moment-ci pour les soins de longue durée, c'est définitivement ce que nous recommandons pour les soins à domicile, juste parce que ça facilite la gestion de la demande et ça facilite la gestion de l'offre aussi. (PR #2)

Puis, je dis ça parce que c'est des conversations qu'on a eues ici sur le terrain, par exemple, avec le Centre de santé communautaire qui dit : si nous, on avait la possibilité avec un organisme qui serait joint à nous, pas nécessairement le Centre de santé lui-même, mais de créer une corporation à côté pour faire toute la gestion des ressources humaines, l'embauche, etc., puis que ce serait l'organisme vers lequel on se tournerait quand il y a une demande de services en français, ça serait nettement plus facile que ce qui est en train de se faire maintenant qui est comme à la pièce puis qui est carrément pas fait. (PR #2)

- **Collaboration pour la recherche sur le terrain**

Enfin, l'importance de la recherche et d'une bonne collaboration entre les Entités et les chercheurs a été considérée comme très importante pour faire avancer les connaissances et soutenir les démarches sur le terrain.

La recherche, développer une bonne collaboration, une bonne coopération entre la recherche et les entités, c'est vraiment maîtriser donc les besoins, les défis auxquels les aîné·es sont confrontés et y apporter les solutions adéquates. Pourquoi? Parce que la recherche apporte une perspective académique. Une perspective académique structurée. Les organismes comme le nôtre apportent la connaissance du terrain. (PR #3)

Deuxièmement, il faut mener des recherches pour étudier les facteurs socioculturels qui constituent des barrières à l'adhésion des francophones au programme, et au programme donc de soins de longue durée actuellement dans nos régions. (PR #3)

DISCUSSION

Principaux constats

Cette étude visait à mieux comprendre l'expérience des personnes âgées francophones qui reçoivent des soins à domicile en Ontario. On s'intéressait notamment à la disponibilité de SEF, à leur accès et à l'impact de la discordance linguistique sur la santé et le bien-être des bénéficiaires, ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de ces soins et services. L'étude a examiné la perspective des gestionnaires, des intervenant·es, des bénéficiaires ou de leurs proches aidant·es ainsi que celle des personnes-ressources des EPSSF.

L'analyse des entretiens auprès de toutes les catégories de personnes participantes nous a permis de dégager quelques constats qui sont présentés dans les lignes qui suivent.

LES BÉNÉFICIAIRES FRANCOPHONES DE SOINS À DOMICILE

Plus de 600 000 personnes en Ontario reçoivent des soins à domicile. On ne connaît pas le nombre exact des bénéficiaires francophones parmi ces personnes, mais le dernier recensement dénombre un peu plus de 100 000 francophones âgées de 65 ans et plus, ce qui représente la tranche d'âge la plus susceptible d'avoir besoin de ces services. Le profil sociolinguistique des bénéficiaires, selon les études consultées (Batista *et al.*, 2024) et les personnes interviewées, révèle certaines vulnérabilités chez les aîné·es francophones qui seraient plus nombreux à vivre seul·es et, en général, avec moins de ressources économiques comparativement aux aîné·es anglophones. On retrouve une diversité importante incluant une population francophone âgée moins bilingue dans la région Nord-Est, une population parfois plus bilingue dans les sous-régions sanitaires de Hamilton/Niagara et du Sud-Est, et une population âgée d'origine immigrante dans les grands centres urbains. Les enjeux liés aux soins à domicile divergent selon ces profils.

Une hésitation à demander des SEF est notée par plusieurs participant·es. Elle peut s'expliquer par l'insécurité linguistique de certains bénéficiaires (rapportée dans la région Ouest), certains estimant que leurs compétences linguistiques dans cette langue ne sont pas assez solides. Parfois, il s'agit plutôt d'une crainte liée au temps d'attente pour recevoir les services souhaités.

Ces faits sociodémographiques déterminent les besoins des personnes âgées en matière de soins à domicile et devraient être considérés lors de la planification de services de santé et plus spécifiquement de soins à domicile.

CERTAINS FOURNISSEURS DE SOINS À DOMICILE MIEUX OUTILLÉS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES BÉNÉFICIAIRES FRANCOPHONES

Les fournisseurs désignés ou à mandat francophone sont mieux outillés pour assurer les services aux bénéficiaires francophones comparativement aux agences non désignées. Dans les organismes à mandat francophone, la plupart du personnel est bilingue et les services sont toujours offerts en français. Les autres agences désignées cherchent à se doter d'un pourcentage de personnel bilingue proportionnel à leur clientèle francophone, ce qui n'est pas toujours possible dans un contexte de pénurie de personnel. Ces agences favorisent l'attribution de la clientèle francophone aux intervenant·es bilingues par diverses mesures d'allocation stratégique des ressources.

Les gestionnaires et les intervenant·es des agences non désignées que nous avons rencontré·es indiquent aussi que leur agence favorise le bilinguisme, mais que dans un contexte de pénurie de personnel, cela n'est pas toujours possible. Dans la mesure des ressources disponibles, certaines mesures sont mises en place pour allouer les intervenant·es bilingues aux bénéficiaires francophones. En revanche, les personnes bénéficiaires et proches aidantes ont indiqué recevoir les services des agences non désignées le plus souvent en anglais.

Les mesures mises en place pour offrir des SEF incluent, en plus du recrutement de personnel bilingue, l'attribution de la clientèle francophone aux intervenant·es bilingues (allocation stratégique des ressources), une couverture d'urgence pendant les fins de semaine avec des ressources bilingues pour certains domaines d'intervention (p. ex., ergothérapie, soins infirmiers), des mesures incitatives à la formation et au perfectionnement linguistique,

et l'utilisation de systèmes d'interprétation. Néanmoins, en dépit des efforts déployés par les fournisseurs de soins à domicile, le personnel bilingue doit, dans certains cas, parcourir de longues distances dans le territoire desservi, ce qui représente moins de temps alloué aux consultations. La relation thérapeutique peut être affectée également, car l'intervenant·e bilingue ou francophone n'est pas toujours disponible lors de la première consultation, notamment s'il s'agit d'une urgence.

Les personnes de toutes les catégories de participantes ont insisté sur la responsabilité qui devrait incomber au gouvernement quant à la vérification de la capacité de mise en œuvre de SEF lors de l'octroi des contrats aux agences sous-traitantes, notamment quand elles œuvrent dans une région désignée. Elles ont aussi souligné l'importance de mesurer régulièrement la satisfaction des bénéficiaires de soins à domicile.

En général, les personnes bénéficiaires et proches aidantes rencontrées pour cette étude se sont déclarées satisfaites des services fournis directement par Santé à domicile Ontario, lesquels étaient généralement offerts en français. En revanche, elles se sont dites moins satisfaites des services dispensés par les agences sous-traitantes, pour lesquels la disponibilité et la continuité des SEF n'étaient pas toujours assurées.

QUELQUES DIFFÉRENCES SELON LE TYPE DE SERVICES

Plusieurs bénéficiaires et proches aidant·es (principalement des régions Est et Nord-Est) ont indiqué que les coordonnateur·trices de soins pouvaient généralement s'exprimer en français et que les services professionnels étaient souvent offerts dans cette langue, bien que certaines exceptions aient été rapportées. En revanche, les services de soins personnels, de répit et d'entretien ménager s'avéraient plus difficiles à obtenir en français :

- la communication avec les agences se faisait le plus souvent en anglais ;
- ces services étaient ceux pour lesquels la rotation du personnel était la plus élevée : les bénéficiaires recevaient des soins de plusieurs intervenant·es différent·es, de sorte que les services étaient parfois offerts en français, mais le plus souvent en anglais ;
- les bénéficiaires ou leurs proches ont souligné devoir insister régulièrement pour obtenir des SEF, et certain·es ont indiqué ne pas y parvenir malgré leurs démarches.

Enfin, certaines personnes ont mentionné que les appels d'urgence, notamment par l'entremise du bouton d'appel ou des services ambulanciers, recevaient plus fréquemment une réponse en anglais.

QUELQUES VARIATIONS RÉGIONALES

L'étude permet de constater que les grands centres urbains (Hamilton, Grand Toronto, Ottawa) et les régions à forte densité de francophones comme l'Est ontarien sont mieux desservis en matière de soins à domicile en français. Dans le Grand Toronto et dans la région de Hamilton-Niagara, il existe en outre des cliniques et des centres de santé communautaires désignés créés selon le modèle du « par et pour », qui offrent presque exclusivement des SEF. Dans la région d'Ottawa et dans les comtés ruraux à l'est de cette ville, les fournisseurs de services ont plus de facilité que dans d'autres régions pour recruter du personnel bilingue. En revanche, d'autres régions ou sous-régions comme l'Ouest (à l'exception de Hamilton-Niagara), le Centre, le Nord et le Sud-Est semblent moins bien nanties en matière de SEF.

LES CONSÉQUENCES DES BARRIÈRES LINGUISTIQUES

Les bénéficiaires de soins à domicile sont, en général, des personnes fragilisées en raison de leur âge, de la perte de leur autonomie, du déclin cognitif et d'une plus grande prévalence de maladies et affections chroniques, entre autres (Agence de la santé publique, 2020). La plupart des personnes âgées qui demeurent chez elles reçoivent des soins personnels, incluant des soins intimes, et certaines bénéficient des soins palliatifs. Il s'agit des situations où les soins devraient être offerts dans la langue de préférence des bénéficiaires. Pourtant, cette concordance linguistique n'est pas toujours assurée. Bien que notre étude ait recensé peu d'incidents critiques, plusieurs situations rapportées révèlent que les barrières linguistiques génèrent du stress, de l'anxiété et de la

frustration chez les bénéficiaires et chez leurs proches. La discordance linguistique entre les intervenant·es et les bénéficiaires augmentent le fardeau des proches aidant·es qui doivent assurer une plus grande coordination des soins et services, de même qu’agir à titre d’interprète, ce qui empiète parfois sur leur temps de répit. Dans certains cas, les intervenant·es, les bénéficiaires et leurs proches ont signalé que les barrières linguistiques peuvent mener à un désistement de la demande de soins de la part de la personne bénéficiaire ou à un refus de les accepter.

Ces constats confirment et approfondissent certains enjeux déjà documentés sur l’importance de la concordance linguistique dans les soins de santé pour en assurer la qualité et la sécurité (Bowen, 2015; de Moissac & Bowen, 2019). La présente étude précise comment ces enjeux se manifestent dans le contexte des soins à domicile, où la continuité des services et la relation de confiance entre bénéficiaires et intervenant·es sont essentielles. En cohérence avec les écrits sur l’offre de SEF (Drolet *et al.*, 2015), l’étude met en évidence que, lorsque cette offre est absente ou insuffisante, la responsabilité de combler les lacunes linguistiques est souvent transférée aux familles, ce qui contribue à une surcharge invisible, mais bien réelle des proches aidant·es.

DES AMÉLIORATIONS POSSIBLES

Bien que la politique sur les SEF prévoie que les organismes fournisseurs de services qui obtiennent des contrats de Santé à domicile Ontario offrent des SEF, ces organismes ne sont pas tous outillés pour le faire. D’une part, la politique est récente; d’autre part, les entrevues révèlent que l’offre active, un concept essentiel de la politique, demeure peu connue chez certains intervenant·es.

C’est dans ce contexte que les personnes participantes ont identifié diverses mesures susceptibles de renforcer l’offre de SEF. Celles-ci sont regroupées autour de 4 dimensions : a) les ressources humaines, b) la communication avec les personnes bénéficiaires, c) l’organisation des services à domicile et d) la participation de la communauté francophone.

Ressources humaines

Pour la plupart des fournisseurs de services à domicile, une amélioration des services passe par le renforcement du recrutement du personnel bilingue, une meilleure identification du personnel bilingue et un renforcement des capacités linguistiques de ceux qui ont une connaissance de base du français. Les intervenant·es, les proches aidant·es et les gestionnaires ont signalé l’importance de la formation linguistique du personnel ainsi que des mesures incitatives et des accommodements que leurs organisations peuvent leur accorder afin de faciliter l’accès à cette formation. Une rémunération plus équitable pour les postes de préposé·es aux services de soutien à la personne est aussi jugée nécessaire. Enfin, une réflexion sur l’optimisation de l’utilisation des ressources bilingues existantes a aussi été proposée par les gestionnaires et les personnes-ressources des EPSSF.

Communication avec les personnes bénéficiaires

L’amélioration des SEF dépend également d’une attribution plus efficace du personnel bilingue aux bénéficiaires francophones. Pour ce faire, une meilleure identification des compétences et préférences linguistiques des bénéficiaires a été signalée comme nécessaire par les quatre catégories des participant·es.

Les intervenant·es, les proches aidant·es et les personnes-ressources des EPSSF souhaitent aussi un renforcement de la culture organisationnelle axée sur l’offre active. Certaines des personnes rencontrées ne connaissaient pas le principe de l’offre active, n’étaient pas au courant des ressources de formations disponibles sur le sujet (p. ex. simulations, trousse d’information, etc.). Or, des ressources sont accessibles en ligne depuis quelques années dans les deux langues officielles (Accès ÉQUITÉ, 2024; CAN-SIM, s.d.; Giroux *et al.*, 2025; GReFoPS, s.d.; Réseau du mieux-être francophone du Nord de l’Ontario, s.d., van Kemenade *et al.*, 2025).

La mise en place d’un plus grand nombre de navigateur·trices des services est également une mesure citée pour mieux identifier les besoins des bénéficiaires et les diriger vers les SEF dans l’ensemble du continuum de soins et de services.

Organisation des services à domicile

Il est proposé d'améliorer l'organisation et la coordination des services par une collaboration renforcée entre les différents acteurs du système et entre les agences elles-mêmes pour rendre les SEF plus efficaces et sécuritaires.

D'autres mesures comme la disponibilité de la documentation en français, des sites Web bilingues, davantage de coordonnateur·trices bilingues à Santé à domicile Ontario pourraient aussi renforcer l'offre de SEF.

Enfin, il est suggéré d'accroître la responsabilisation des agences en matière de SEF et de mettre en place des outils pour mesurer la satisfaction des bénéficiaires et des proches aidant·es.

Participation de la communauté francophone

Enfin, bien que la coordination des services à domicile soit assurée dans la province par Santé à domicile Ontario, la livraison repose en partie sur la sous-traitance des services, mais aussi sur des partenariats et des collaborations avec le milieu communautaire. Par conséquent, un rôle plus actif de la communauté francophone et un arrimage avec les fournisseurs de services à domicile ont été suggérés tant pour revendiquer et faire connaître les SEF que pour soutenir, voire créer, des organisations en mesure de les offrir.

Le besoin de jouer un rôle plus actif dans l'offre de services à domicile a été évoqué par certaines organisations communautaires à mandat francophone. En effet, actuellement par manque de financement, certaines ont dû cesser d'offrir des services de soutien personnel et voient leur rôle se limiter à aider les bénéficiaires dans la navigation du système et faciliter l'accès aux ressources disponibles en français, ainsi qu'à offrir certains programmes faisant appel à des bénévoles, comme la popote roulante, l'accompagnement aux rendez-vous.

Comme le souligne Drolet *et al.* (2015), l'accès à des services linguistiquement et cliniquement appropriés ne devrait pas reposer uniquement sur les capacités des bénéficiaires et de leurs proches à naviguer le système. Les pratiques organisationnelles souhaitées par les participant·es de la présente étude — telles que l'identification systématique des besoins linguistiques, l'assignation stratégique du personnel bilingue et le renforcement d'une culture d'offre active — rejoignent des recommandations aussi formulées dans d'autres contextes pour une meilleure coordination et continuité des soins aux francophones (de Moissac *et al.*, 2020; Savard *et al.*, 2020).

QUELQUES PRATIQUES JUGÉES PROMETTEUSES

Des initiatives qui relèvent du cadre légal ont été associées aux pratiques novatrices en matière de services à domicile ou au renforcement des services à domicile en français. Notamment, les personnes-ressources des EPSSF ayant une vision de l'ensemble du système ont identifié les modifications récentes apportées à la LSF (qui introduisent le concept d'offre active) et les Équipes Santé Ontario (qui facilitent la coordination des services) comme des avancées qui peuvent bonifier les SEF. Les initiatives de recherche partenariale et collaborative entre le milieu universitaire et les EPSSF sont également considérées comme des pratiques qui contribuent à générer des connaissances qui peuvent alimenter les démarches sur le terrain.

L'idée de créer une agence spécifiquement consacrée aux services à domicile pour les aîné·es francophones a été évoquée. Une agence francophone pourrait être une agence privilégiée par Santé à domicile Ontario, pour l'offre de SEF. Elle faciliterait la gestion de la demande et de l'offre de services, le recrutement de personnel bilingue et la gestion, entre autres.

Les initiatives liées à la formation, que ce soit le perfectionnement linguistique ou la formation à l'offre active, ont été mentionnées par toutes les catégories des personnes participantes à l'étude.

De plus, les gestionnaires ont identifié les partenariats interagences qui permettent d'élargir la gamme de services offerts en français et des pratiques créatives pour favoriser le recrutement de personnel bilingue (par exemple, partenariats avec des établissements d'enseignement pour l'offre de stage ou la participation à des foires d'emploi), ainsi que le réseautage entre les membres de diverses organisations permettant le partage des bonnes

idées, comme des pratiques prometteuses. Les services de navigateurs du système et d'accompagnement-interprétation, déjà présents dans certaines organisations, sont nommés comme des pratiques à renforcer.

Enfin, chez les personnes bénéficiaires et proches aidantes, certaines interventions axées sur la communication entre les intervenant·es et les bénéficiaires sont décrites comme des pratiques qui devraient se généraliser davantage. En outre, on a mentionné comme le fait de parler un peu plus lentement et s'assurer d'avoir été compris; le port de signes indiquant sa capacité à offrir des SEF (épinglette); les documents disponibles en français; effectuer la visite à domicile accompagné·e d'un·e interprète, lorsqu'il n'est pas possible d'offrir soi-même le service en français; des cartes de communication bilingues pour transmettre des informations aux bénéficiaires (p. ex., nom du mets et date d'expiration pour le service de la popote roulante); faire des efforts pour communiquer en français, même lorsque son français n'est pas parfait. Plusieurs de ces actions sont d'ailleurs reconnues comme des comportements d'offre active (Savard *et al.*, 2017).

Malgré le contexte favorable, les acquis et les bonnes pratiques, les bénéficiaires et leurs proches soulignent notamment les efforts constants qu'ils déploient afin de sensibiliser les fournisseurs de soins à la question linguistique. Certaines personnes, les plus impliquées dans la défense des droits linguistiques, ont soulevé des lacunes comme la responsabilité des autorités sanitaires concernant les recommandations issues de la communauté, car elles ne sont pas toujours prises en compte lors de la planification de services.

Pistes de recherche pour l'avenir

À notre connaissance, cette étude est la première à se pencher sur l'expérience de la population franco-ontarienne en matière de soins à domicile. Elle apporte des éléments probants susceptibles d'éclairer les pratiques professionnelles, les politiques publiques et les orientations de recherche. Elle met néanmoins en lumière plusieurs champs qui demeurent peu explorés.

Ainsi, à l'avenir, les études pourraient notamment examiner plus en profondeur certaines pratiques innovantes et leur potentiel de transfert vers les régions où l'offre de SEF est moins présente. Les données démographiques évoquées dans la section « contexte » pointent en particulier vers le nord de l'Ontario et vers certains groupes présentant des vulnérabilités accrues, tels que les francophones unilingues, les personnes à faible revenu ainsi que les personnes immigrantes et réfugiées francophones. Concernant les deux derniers groupes, une meilleure compréhension de leurs besoins spécifiques apparaît nécessaire afin de favoriser une offre de SEF culturellement adaptée.

Un deuxième thème qui mérite d'être davantage étudié concerne les partenariats et les collaborations entre les secteurs public, privé et communautaire en constante évolution en Ontario dans la prestation de services à domicile. Il conviendrait notamment d'examiner dans quelle mesure la sous-traitance à des agences privées contribue ou nuit à l'amélioration des services à domicile en français, si les exigences qui leur sont imposées en matière de SEF sont adéquates, et si d'autres modèles organisationnels (communautaires, « par et pour ») peuvent être renforcés ou étendus. En outre, la recherche devrait poser un regard sur la transférabilité des modèles alternatifs de soins comme le programme Foyer de soins sans mur. Ce modèle, qui a été exploré au Nouveau-Brunswick, soutient les foyers de soins de longue durée qui aident les personnes âgées à prolonger leur autonomie à domicile. Le programme contribue à réduire les admissions prématurées en établissements de soins de longue durée et à atténuer la pression sur les services d'urgence (Dupuis Blanchard et Gould, 2018; Dupuis Blanchard, 2024; Excellence en santé Canada, 2025).

En troisième lieu, des travaux de recherche seraient nécessaires afin d'examiner comment la formation linguistique, culturelle et liée à l'utilisation des technologies de traduction ou des services d'interprétation peut être intégrée de manière structurée aux stratégies de développement professionnel du personnel.

Enfin, des recherches appliquées qui accompagneraient les fournisseurs de soins dans un cheminement de renforcement de leur capacité à offrir des SEF seraient pertinentes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La plupart des Canadiennes et des Canadiens âgés de 65 ans et plus font le choix de « vieillir chez soi ». Prioriser leur maintien à domicile constitue une recommandation largement formulée par les expert·es et intégrée dans la planification des services par les autorités sanitaires, à laquelle s'aligne également le gouvernement de l'Ontario. Cette orientation s'avère moins coûteuse que le placement des personnes âgées en établissement de soins de longue durée (Sinha et Nolan, 2020; Wyonch, 2024). Elle présente en outre des avantages importants pour les personnes bénéficiaires, en contribuant au maintien de leur qualité de vie par la préservation de leur environnement social et physique habituel (Dupuis-Blanchard *et al.*, 2015).

Dans ce contexte, et considérant que : 1) les barrières linguistiques, comme l'ont révélé les résultats de la présente étude, augmentent le fardeau des proches aidant·es et peuvent compromettre la qualité de vie ainsi que la sécurité des personnes bénéficiaires de soins; et 2) le fardeau des proches aidant·es est associé à la fin du maintien à domicile et au placement en institution (Dufournet *et al.*, 2019; Toot *et al.*, 2017), il apparaît essentiel d'améliorer l'offre de soins à domicile linguistiquement concordants.

Si la présente étude a mis en évidence une certaine sensibilisation à l'importance de SEF ainsi que l'existence d'initiatives déjà déployées en ce sens, elle a également révélé plusieurs pistes d'amélioration. Une ouverture à la mise en œuvre de ces améliorations a été observée chez les personnes participantes. L'étude a permis de dégager quelques pratiques structurantes qui favorisent l'offre de SEF, susceptibles d'être renforcées ou étendues. Ces constats offrent des leviers concrets pour orienter l'action et formuler certaines recommandations.

Recommandations

Les constats de cette étude nous permettent de formuler les recommandations suivantes, présentées selon les destinataires : les autorités sanitaires, les administrateurs et administratrices d'agence et la communauté francophone. Les recommandations destinées aux deux premiers groupes sont structurées autour de trois axes principaux : les ressources humaines, l'organisation des services et la reddition de comptes.

POUR LES AUTORITÉS SANITAIRES ET SANTÉ À DOMICILE ONTARIO

Ressources humaines

- Maintenir la sensibilisation des coordonnateur·trices de soins (Santé à domicile Ontario) concernant le rôle de la langue dans un contexte de soins afin de : a) tenir compte de la préférence linguistique des personnes qui sollicitent des services; b) mieux saisir les besoins des bénéficiaires au moment de l'admission, ainsi que ceux pouvant émerger avec le déclin cognitif; c) améliorer l'aiguillage des bénéficiaires francophones vers les agences de soins à domicile qui offrent des SEF. Bien que cette sensibilisation soit déjà présente, elle doit être renouvelée régulièrement, notamment lors des changements de personnel.
- Augmenter le nombre de coordonnateur·trices de soins bilingues à Santé à domicile Ontario, une pratique valorisée par les intervenant·es et les bénéficiaires.
- Faciliter le recrutement de ressources humaines bilingues en soutenant les agences sous-traitantes dans l'établissement de liens avec les établissements de formation postsecondaire francophones (p. ex., foires d'emploi en santé tenues dans des établissements francophones).

Organisation des services

- Faire de la sensibilisation des agences sous-traitantes à l'importance de l'offre de services en français une responsabilité explicite de Santé à domicile Ontario.
- S'assurer d'une identification plus systématique des besoins et préférences linguistiques des bénéficiaires, en procédant à des audits des dossiers à l'occasion;

- Faciliter la diffusion de pratiques novatrices et le recours à des données probantes.
- Renforcer les liens avec le milieu universitaire pour mener des études qui permettront d'identifier et de promouvoir des stratégies fondées sur des données probantes.

Reddition de compte

- Exiger des agences sous-traitantes une reddition de compte, notamment quant :
 - à la proportion de bénéficiaires francophones pris en charge;
 - à la proportion ayant effectivement reçu des services en français;
 - au ratio « personnel bilingue / population francophone de la région ».
- Mettre en place des sondages de satisfaction auprès des bénéficiaires francophones concernant l'offre de services en français.

POUR LES AGENCES DE SOINS À DOMICILE

Ressources humaines

- Renforcer le recrutement ciblé de personnel francophone ou bilingue :
 - diffuser les offres d'emploi au sein des réseaux et organisations francophones;
 - explorer diverses avenues de recrutement, notamment les collaborations avec les établissements de formation postsecondaire francophones et, lorsque pertinent, le recrutement international francophone.
- Mieux identifier les compétences linguistiques du personnel au sein de l'organisation.
- Optimiser l'utilisation des professionnel·les bilingues disponibles à l'échelle régionale, notamment par le développement de collaborations interagences.
- Sensibiliser le personnel aux principes de l'offre active et diffuser l'information sur les formations et les ressources disponibles¹¹.
- Faciliter l'accès au perfectionnement linguistique, par exemple, par la prise en charge des frais d'inscription, la possibilité de suivre des formations durant les heures de travail ou mise en place d'activités de conversation en français en milieu de travail (p. ex., Café de Paris¹²).
- Intégrer la formation et le perfectionnement linguistique dans le plan de développement professionnel ou de formation continue du personnel.
- Offrir de la formation sur l'utilisation des ressources numériques de traduction (applications, appareils de traduction bidirectionnelle, téléconsultations en français, etc.) ainsi que sur l'accès à des services d'interprétation professionnelle. Sensibiliser le personnel à l'importance de faire appel aux interprètes professionnels dans certaines situations.

11 Voir accès ÉQUITÉ, 2024; CAN-SIM, s.d.; Giroux et al; 2025; GReFoPS, s.d.; Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario, s.d., van Kemenade et al., 2025.

12 Voir Roberge, 2023; Savard et al., 2021.

Organisation des services

- Attribuer le personnel bilingue de façon plus systématique aux bénéficiaires francophones.
- Faciliter l'accès aux ressources numériques de traduction ainsi qu'aux services d'interprétation professionnelle.

Reddition de compte

- Mettre en place des systèmes d'information leur permettant de répondre aux exigences de redditions de compte de Santé à domicile Ontario à l'égard des services offerts aux bénéficiaires francophones.

POUR LA COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE, LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES ET PROCHES AIDANTES

Plaidoyer et sensibilisation

- Encourager une participation accrue des familles et des personnes proches aidantes aux instances de consultation, de plaidoyer et de prise de décision en matière de soins à domicile en français.
- Sensibiliser, informer et encourager les bénéficiaires et leurs familles ou personnes proches aidantes à utiliser les services en français disponibles et à les demander activement.
- Contribuer à la diffusion des offres d'emploi visant le recrutement de personnel bilingue dans le domaine des soins à domicile.

Cet engagement communautaire demeure un levier clé pour soutenir et pérenniser l'offre de soins à domicile en français.

RÉFÉRENCES

- Accès ÉQUITÉ. (2024). accès ÉQUITÉ : Simplifier l'accès aux services de santé en français. Formations. <https://equity-link.ca/fr/formations/#elementor-tab-title-1771> Consulté le 22 décembre 2025.
- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Vieillessement et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens*. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report_2021-fra.pdf
- Batista, R., Duong, P. et Bouchard, L. (2024). *La santé de la population francophone et anglophone de l'Ontario âgée de 65 ans et plus : Portrait régional tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015-2020*. Rapport élaboré dans le cadre du projet de recherche IRSC 2021-25. Populations aînées francophones en situation minoritaire : conditions de vie, états de santé et expériences de soins.
- Bouchard, L., Savard, J. et Renaud, A. (2022). État des connaissances sur la santé et les services de santé aux aînés francophones en contexte linguistique minoritaire. *Reflets*, 28(1), 66-91. <https://doi.org/10.7202/1100220ar>
- Bouchard, P., Vézina, S., Cormier, M. et Laforge, M.-J. (2017). L'engagement des futurs professionnels en faveur de l'offre active et d'un système adapté linguistiquement et culturellement (chapitre 2). Dans : Marie Drolet, Pier Bouchard et Jacinthe Savard (Dir.), *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 49-73). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa. <https://ruor.uottawa.ca/items/da66b4c4-d6bd-4b58-a4df-a76092ce6744>
- Bowen, S. (2015). *The impact of language barriers on patient safety and quality of care*. Société Santé en français. <https://www.santefrancais.ca/wp-content/uploads/2018/11/SSF-Bowen-S.-Language-Barriers-Study-1.pdf>
- CAN-SIM — Canadian Alliance of Nurse Educators Using Simulation. (s.d.). *Active Offer of French Language / L'offre active des services en français*. <https://can-sim.ca/active-offer-of-french-language-services/> Consulté le 22 décembre 2025.
- de Moissac, D. et Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- de Moissac, D., Savard, J., Savard, S., Giasson, F. & Kubina, L.-A. (2020). Management strategies to improve French language service coordination and continuity for official language Francophone seniors in Canada. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 271276. <https://doi.org/10.1177/0840470420931115>
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2015). *The Sage Handbook of qualitative research*. 5e édition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. et Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français. Des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Revue canadienne de service social*, 32(12), 526. <https://doi.org/10.7202/1034141ar>
- Dufournet, M., Dauphinot, V., Moutet, C., Verdurand, M., Delphin-Combe, F., Krolak-Salmon, P. & the MEMORA group. (2019). Impact of cognitive, functional, behavioral disorders, and caregiver burden on the risk of nursing home placement. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(10), 1254-1262. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.03.027>
- Dupuis-Blanchard, S. (2024). Soins et services pour le maintien à domicile des personnes aînées des communautés francophones en situation minoritaire. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (22). <https://doi.org/10.7202/1110627ar>

- Dupuis-Blanchard, S. & Gould, O. (2018). Nursing homes without walls for aging in place. *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 37(4), 442-449. <https://doi.org/10.1017/s0714980818000272>
- Dupuis-Blanchard, S., Gould, O. N., Gibbons, C., Simard, M., Éthier, S. & Villalon, L. (2015). Strategies for aging in place: The experience of language-minority seniors with loss of independence. *Global Qualitative Nursing Research*, 2. <https://doi.org/10.1177/2333393614565187>
- Dupuis-Blanchard, S., Neufeld, A., & Strang, V. R. (2009). The significance of social engagement in relocated older adults. *Qualitative Health Research*, 19(9), 1186-1195. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732309343956>
- Excellence en santé Canada. (2025). *L'histoire du programme de Foyers de soins sans mur*. <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/foyer-de-soins-sans-mur/l-histoire-du-programme-foyer-de-soins-sans-mur/> Consulté le 24 mai 2025.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal, Chenelière Éducation, 3e édition.
- Giroux, I., Savard, J., Tyerman, J., Savard, S., Benoît, J. et Kengneson, C.-C. (2025). Apprentissage de l'offre active des services sociaux et de santé en français par module de simulation interprofessionnelle au bénéfice des francophones en situation minoritaire au Canada. *Revista de Llengua i Dret*, 84, 113-137. <https://doi.org/10.58992/rld.i84.2025.4481>
- Gouvernement de l'Ontario. (2025, 19 juin). *Communiqué : L'Ontario améliore l'accès aux soins de santé pour les francophones*. <https://news.ontario.ca/fr/release/1006066/ontario-ameliore-laccès-aux-soins-de-santé-pour-les-francophones>
- Gouvernement de l'Ontario. (2023). *Votre santé : Plan pour des soins interconnectés et commodes*. <https://files.ontario.ca/moh-your-health-plan-connected-convenient-care-fr-2023-02-02-v3.pdf> Consulté le 18 octobre 2024
- Gouvernement de l'Ontario. (2019, 13 novembre). *Communiqué : L'Ontario franchit une autre étape pour intégrer le système de santé*. <https://news.ontario.ca/fr/release/54585/ontario-franchit-une-autre-etape-pour-integrer-le-système-de-santé>
- GRFoPS — Groupe de recherche sur la formation et les pratiques en santé et service social en contexte francophone minoritaire. (s.d.). *Boîtes à outils pour la formation à l'offre active et à la collaboration interprofessionnelle pour les professionnels de la santé et des services sociaux*. https://www.grefops.ca/boites_a_outils_oa_cip.html Consulté le 22 décembre 2025.
- Jutras, C., Gauthier, A. P., Timony, P. E., Côté, D. et Kpazaï, G. (2020). Expérience de francophones en Ontario chez leur médecin de famille : concordance et discordance linguistique. *Revue de la diversité de la recherche en santé*, 3, 12-33. <https://doi.org/10.28984/drhj.v3i0.310>
- Lehnert, T., Heuchert, M., Hussain, K. & König, H.-H. (2019). Stated preferences for long-term care: a literature review. *Ageing and Society*, 39(9), 1873-1913. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000314>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18-18. <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
- Loi sur les services en français, L.R.O. 1990, chap. F.32. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90f32> Consulté le 7 juin 2024.
- Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series.

- Ministère de la Santé, Ontario. (2024a). *Services en français au ministère de la Santé*. <https://www.ontario.ca/fr/page/services-en-francais-au-ministere-de-la-sante#section-6> Consulté le 17 octobre 2024
- Ministère de la Santé, Ontario. (2024b). *Mise à jour sur les soins interconnectés* — 21 juin 2024. <https://www.ontario.ca/fr/document/mises-jour-sur-les-soins-interconnectes/mise-jour-sur-les-soins-interconnectes-21-juin-2024#:~:text=Tous%20les%20employ%C3%A9s%20actuels%20des,compter%20du%2028%20juin%202024> Consulté le 17 octobre 2024
- Ministère de la Santé, Ontario. (2024c). *Soins à domicile et en milieu communautaire*. <https://www.ontario.ca/fr/page/soins-domicile-en-milieu-communautaire> Consulté le 17 octobre 2024
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario. (2017). *Guide des exigences et obligations concernant les services de santé en français*. <https://reseaudumieuxetre.ca/wp-content/uploads/2021/04/Guide-des-exigences-et-obligations-concernant-les-services-de-sante%CC%81-en-f....pdf> Consulté le 6 juin 2024
- Ministère des Affaires francophones, Ontario. (2022). *Rapport sur les affaires francophones (2022)*. <https://www.ontario.ca/fr/page/rapport-sur-les-affaires-francophones-2022> Consulté le 20 juin 2024
- Office of Health Equity — Massachusetts Department of Public Health. (June 2009). *Making CLAS Happen: Six Areas for Action*. <https://massclearinghouse.ehs.state.ma.us/PROG-CLAS/CL5400.html>
- Règlement de l'Ontario 284/11. *Prestation de services en français pour le compte d'organismes gouvernementaux*. <https://www.ontario.ca/lois/reglement/110284>
- Règlement de l'Ontario 398/93. *Désignation d'organismes offrant des services publics*. <https://www.ontario.ca/lois/reglement/930398> Consulté le 17 octobre 2024
- Règlement de l'Ontario 544/22. *Offre active de services en français — mesures prescrites*. <https://www.ontario.ca/lois/reglement/220544>
- Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. (2024). *Organismes désignés et identifiés*. <https://www.rssfe.on.ca/ressources/trouvez-des-services/organismes-designes-et-identifies> Consulté le 6 juin 2024
- Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. (2020). *Rapport sur l'accès aux soins de longue durée en français dans la région de Champlain*. https://www.rssfe.on.ca/upload-ck/Rapport_FR_SLD_2020.pdf Consulté le 6 juin 2024
- Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario. (s.d.). *L'offre active des services de santé en français : pourquoi et comment la mettre en pratique*. <https://formationoffreactive.ca/> Consulté le 22 décembre 2025.
- Roberge, J. (2023). *Report on the 2020–2023 Café de Paris Manitoba Pilot Project*. Santé en français Manitoba.
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. 2e édition. Los Angeles: Sage.
- Savard, J., Bigney, K., Kubina, L.-A., Savard, S. et Drolet, M. (2020). Structural facilitators and barriers to access to and continuity of French-language healthcare and social services in Ontario's Champlain region. *Healthcare Policy*, 16(1), 7894. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26289>
- Savard, J., Casimiro, L., Bouchard, P. et Benoît, J. (2017). Les comportements favorables à l'offre active, leur mesure et leurs déterminants. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 303-342). Presses de l'Université d'Ottawa. <https://ruor.uottawa.ca/items/da66b4c4-d6bd-4b58-a4df-a76092ce6744>
- Savard, J., Savard, S., van Kemenade, S., Benoît, J., Buhay, C., Youbi, S. et Kubina, L.-A. (2021). *Pratique # 6 : Café de Paris (Nouveau-Brunswick)*. https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/pratique6_cafe_de_paris.pdf

Seale, E., Reaume, M., Batista, R., Eddeen, A. B., Roberts, R., Rhodes, E., ...& Tanuseputro, P. (2022). Patient-physician language concordance and quality and safety outcomes among frail home care recipients admitted to hospital in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 194(26), E899-E908. <https://doi.org/10.1503/cmaj.212155>

Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. (2023-2024). *Plan d'activités*. <https://ontariosanteadomicile.ca/wp-content/uploads/2023/07/HCCSS-2023-24-ABP-FR.pdf> Consulté le 17 octobre 2024

Services de soutien à domicile et en milieu communautaire. (Janvier 2024). *Politiques sur les services en français (version 3.0)*. <https://ontariosanteadomicile.ca/wp-content/uploads/2023/01/HCCSS-FLS-Policy-FR.pdf> Consulté le 17 octobre 2024

Simard, M., Dupuis-Blanchard, S., Villalon, L., Gould, O., Ethier, S. et Gibbons, C. (2015). L'influence du contexte sociolinguistique minoritaire sur le maintien à domicile des aînés en milieu rural dévitalisé : le cas d'Acadieville au Nouveau-Brunswick. *Canadian Journal on Aging / Revue canadienne du vieillissement*, 34(2), 194-206. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000069>

Sinha, S. & Nolan, M. (2020). *Bringing Long-Term Care Home*. National Institute on Ageing, Ryerson University. https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5fd10658e9ed0b03e36cde7b/1607534169740/BringLTCHome_V2.11.17%284%29pdf.pdf

Statistique Canada. (2022). *Alors que le français et l'anglais demeurent les principales langues parlées au Canada, la diversité linguistique continue de s'accroître au pays*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220817/dq220817a-fra.htm> Consulté le 20 juin 2024

Statistique Canada. (2023). *Faits saillants sur la langue française en Ontario en 2021*. Rapport élaboré par Nicolas Auclair, Catherine Frigon et Gabriel St-Amant. Série thématique sur l'ethnicité, la langue et l'immigration. No au catalogue 89-657-X2023017. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-657-x/89-657-x2023017-fra.pdf?st=yXx8EvsK> Consulté le 21 juillet 2024

Tremblay, S. en collaboration avec G. Prata. (2011). *Pour des services de santé linguistiquement et culturellement adaptés*. <https://savoir-sante.ca/fr/regions/international/item/59-etude-sur-les-services-de-sante-linguistiquement-et-culturellement-adaptes-portrait-pancanadien>

Toot, S., Swinson, T., Devine, M., Challis, D., & Orrell, M. (2017). Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 29(2), 195-208. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001654>

van Kemenade, S., Benoît, J., Bouchard, L., Sauvé-Schenk, K. et Savard, J. (2025, 17 octobre). *Expériences en foyers de soins de longue durée et enjeux linguistiques en Ontario : Perspectives d'aînés francophones, de proches aidants, d'intervenants et de gestionnaires*. Rapport de recherche. Chaire de recherche de l'Université d'Ottawa et de l'Institut du savoir Montfort sur la santé des francophones de l'Ontario (2019-2024), Université d'Ottawa. https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/rapport_integral_soins_longue_duree.pdf

van Kemenade, S., Benoît, J., Savard, S. et Savard, J. (2025). *Pratique # 25 : Accès ÉQUITÉ : Simplifier l'accès aux services de santé en français*. https://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/pratique25_acces_equite.pdf

Wyonch, R. (2024). *Fixing the ALC Patient Problem is a Triple Win for Canadians*. Institut C.D. Howe. <https://cdhowe.org/publication/rosalie-wyonch-fixing-alc-patient-problem-triple-win-canadians/#:~:text=Each%20ALC%20patient%20costs%20the,%243.04%20billion%20in%20excess%20costs>

ANNEXE : LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Tableau 4.2 - Types de services de soutien à domicile mentionnés par les bénéficiaires et les proches aidant·es

Participant·e	Soins à domicile subventionnés	Soins à domicile payés par le ou la bénéficiaire	Autres soins ou services de soutien	Fournisseurs de services (statut selon la LSF)
Bénéficiaire #15 Ouest	1. Coordination des soins 2. Soins infirmiers			1. SSDMC (D) 2. OSBL (ND)
Bénéficiaire #5 Toronto	1. Services d'entretien ménager 2. Programme de jour		3. Repas à la cafétéria de sa résidence 3x/sem 4. Transport adapté	1,2 et 3 : Résidence gérée par un OSBL à mandat francophone (D) 4. Municipalité (D)
Bénéficiaire #9 Centre	1. Coordination des soins 2. Soins infirmiers 3. Soins personnels 4. Physiothérapie 5. Services d'entretien ménager (brève période)		6. Programme de prévention des chutes	1, 2, 5 et 6. N'a pas précisé l'agence 3. Société par actions (ND) 4. OSBL (ND)
Bénéficiaire #14 Est	1. Soins infirmiers			1. Ne connais pas le nom de l'agence
Bénéficiaire #1 Nord-Est	1. Service de repas, 1 x/jour 2. Activités sociales			1 et 2. Résidence gérée par un OSBL (D)
Proche aidante #6 Toronto	1. Coordination des soins et soins infirmiers dans le passé 2. Soins personnels 3. Service de repas livrés, 2x/jour 4. Programme de jour	5. Services d'entretien ménager	6. Service de transport adapté 7. Transport par bénévoles	1. RLISS (ND) 2, 3, 4 et 7 : Résidence gérée par un OSBL à mandat francophone (D) 5. Même personne depuis 30 ans, avant les SAD 6. Municipalité (D) 7. Non précisé
Proche aidante #3 Est	1. Coordination des soins 2. Ergothérapie 3. Physiothérapie 4. Soins personnels 5. Soins infirmiers (à venir)		6. Repas à la cafétéria de sa résidence	1. SSDMC (D) 2, 3, 4 Société par actions (ND) 6. Résidence (statut non précisé)
Proche aidante #8 Est	1. Coordination des soins 2. Soins infirmiers 3. Physiothérapie 4. Nutrition 5. Services de repas (reçu 1x)	6. Physiothérapie 7. Naturopathie	8. Paramédicaux communautaires pour évaluer le besoin d'hospitalisation pendant la pandémie de COVID-19.	1. SSDMC (D) 2, 3, 4, 5 ne connaît pas l'agence 6, 7 Société privée (ND) 8. non précisé
Proche aidante #10 Est	1. Coordination des soins 2. Ergothérapie 3. Services de répit 4. Visites de la Société Alzheimer	5. Services de répit additionnel	6. Groupe de soutien pour aidant 7. Installation d'équipement recommandé par l'ergothérapeute	1. SSDMC (D) 2, 3. pas certaine quelle agence 4, 6. OSBL (D) 5. Une dame de sa connaissance 7. Compagnie privée (ND)

Proche aidant #13, Est	1. Coordination des soins 2. Soins personnels 3. Programme de jour	4. Services d'entretien ménager		1. SSDMC (D) 2, 4 ne sait pas le nom de l'agence 3. OSBL à mandat francophone (D)
Proche aidante #16, Est	1. Coordination des soins 2. Soins personnels 3. Service de répit	4. Physiothérapie	5. Podiatrie 6. Transport par bénévoles	1. SSDMC (D) 2 et 3. Société par actions (ND) 4. Fournisseurs privés (ND) 5. Clinique externe associée à l'Hôpital Montfort (D) 6. OSBL (D)
Proche aidante #17 Est	1. Coordination des soins 2. Nutrition 3. Physiothérapie 4. Soins infirmiers 5. Soins personnels 6. Soins palliatifs 7. Service de répit		8. Transport médical non urgent	1. SSDMC (D) 2 à 7 : elle a mentionné 3 agences dont une OSBL (I) et deux sociétés par actions (ND), sans préciser quelle agence a offert quels services. 8. Non précisé
Proche aidante #2 Nord-Est	1. Coordination des soins 2. Soins infirmiers 3. Soins personnels 4. Physiothérapie / exercices	5. Services d'entretien ménager 6. Bouton d'appel d'urgence	7. Livraison de médicaments par la pharmacie (au besoin) 8. Ambulance	1. SSDMC (D) 2, 3, 4, 5. OSBL (D) 6, 7. Société privée (ND) 8. OSBL (Non inclus dans la désignation partielle)
Proche aidante #4, Nord-Est	1. Coordination des soins 2. Ergothérapie 3. Physiothérapie 4. Soins infirmiers 5. Soins personnels 6. Service de repas (popote roulante) 7. Travail social	8. Bouton d'appel d'urgence	9. Repas communautaire, lorsqu'ils étaient plus autonomes	1. SSDMC (D) 2 à 7, 9. OSBL (D) 8. Société par actions, ND
Proche aidante #7, Nord-Est	1. Évaluation du besoin au téléphone. 2. Ergothérapie pour sécurité de la salle de bain		3. Ambulance	1. SSDMC (D) 2. SSDMC (D) ou si autre, ne sait pas 3. Municipalité (D)
Proche aidante #11, Nord-Est	1. Coordination des soins 2. Soins infirmiers 3. Évaluation pour besoin d'oxygène		4. Physiothérapie à l'hôpital 5. Physiothérapie en clinique externe	1. SSDMC (D) 2. Société par actions (ND) 3. Société privée (D) 4. Hôpital (D) 5. Société privée (ND)
Proche aidante #12, Nord-Est	1. Coordination des soins 2. Soins infirmiers 3. Nutrition 4. Ergothérapie	5. Service d'entretien ménager (1x)	6. Visite à domicile du médecin de famille 7. Services ambulatoires (prise de sang) 8. Ambulance	1. SSDMC (D) 2 à 4 Société par action (ND) 5, 6. Non précisé 7,8 OSBL (D)
Proche aidante #18, Nord-Est	1. Coordination des soins 2. Soins personnels 3. Service de répit		4. Ambulance	1. SSDMC (D) 2, 3. Société par actions (ND) 4. non précisé

LSF : Loi sur les services en français; SAD : Soins à domicile; SSDMC : Services de soutien à domicile et en milieu communautaire; RLISS : Réseau local d'intégration des services de santé; OSBL : Organisme sans but lucratif; D : désigné; I : identifié; ND : non désigné