

RésooSanté

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Préparer le terrain en Colombie-Britannique



RAPPORT FINAL DU PROJET



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
PRÉPARER LE TERRAIN, SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
INTRODUCTION	11
■ CHAPITRE 1 : APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE	13
1.1 TRAVAILLER AVEC LES PARTENAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ	13
1.2 STRUCTURATION DU PROJET ET MÉTHODOLOGIE	13
■ CHAPITRE 2 : LE BILAN	15
2.1 LES PARTENAIRES EN SANTÉ EN COLOMBIE-BRITANNIQUE	15
2.2 INVENTAIRE DES PROJETS ET/OU SERVICES EXISTANTS CONCERNANT LES FRANCOPHONES	15
2.3 DONNÉES EXISTANTES SUR LES BESOINS DE SANTÉ DES FRANCOPHONES	17
2.3.1 La recherche de la Fédération des francophones de la C.-B.	17
2.3.2 La recherche menée auprès de la Boussole	18
2.3.3 La recherche sur l'évaluation des besoins des francophones des Tri-cities.....	18
2.3.4 Études des régions de santé	19
2.3.5 Conclusion des données existantes	19
2.4 DONNÉES RECUEILLIES LORS DE L'ENQUÊTE PRÉPARER LE TERRAIN	20
2.4.1 Résultats de l'enquête auprès de la population	20
2.4.2 Résultats des groupes de discussion population	32
2.4.5 Résultats Enquête étudiants/résidents:	36
2.4.3 Résultats de l'enquête auprès des professionnels de la santé.....	41
2.4.4 Résultats du groupe de discussion des professionnels de la santé.....	43
2.4.5 Discussion générale - consultations	47
2.5 ANALYSE DES MESURES D'ACCÈS.....	51
2.6 CONCLUSIONS DU BILAN	51
■ CHAPITRE 3 : ORIENTATIONS ET STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	53
PREMIER AXE D'INTERVENTION – LA DIFFUSION D'INFORMATION	53
DEUXIÈME AXE D'INTERVENTION – ORGANISATION DE SERVICES	56
TROISIÈME AXE D'INTERVENTION – LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES PARLANT FRANÇAIS, INCLUANT L'APPUI AUX PROFESSIONNELS DÉJÀ EN PLACE.....	60
QUATRIÈME AXE D'INTERVENTION – CONCERTATION AVEC LES AUTORITÉS DE SANTÉ ET LES AUTRES PARTENAIRES	62



■ CHAPITRE 4 : PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ POUR LES FRANCOPHONES . . .	65
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES LIÉES À LA CONSULTATION	93
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE POPULATION	
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE ÉTUDIANTS/RÉSIDENTS	
ANNEXE III : QUESTIONNAIRE MÉDECINS	
ANNEXES LIÉES AU FORUM PROVINCIAL :	
« PLANIFIER POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE POUR LES FRANCOPHONES »	
ANNEXE IV : RAPPORT DE LA RÉGIE PROVINCIALE DE SANTÉ « <i>PROVINCIAL HEALTH SERVICES AUTHORITY</i> » (PHSA) : « LA SANTÉ EN FRANÇAIS : REVUE DES QUESTIONS D'ACCÈS ET DES STRATÉGIES »	
ANNEXE V : PROGRAMME DU FORUM	
ANNEXE VI : LISTE DES PARTICIPANTS	
ANNEXE VII : PRÉSENTATION – RÉGIE RÉGIONALE « <i>VANCOUVER COASTAL HEALTH</i> » : PROJET ET INITIATIVES DE SANTÉ EN FRANÇAIS	
ANNEXE VIII : PRÉSENTATION – RÉGIE PROVINCIALE (PHSA) : PROJETS ET INITIATIVES DE SANTÉ EN FRANÇAIS	
ANNEXE IX : PRÉSENTATION – RÉSO SANTÉ COLOMBIE-BRITANNIQUE : PROJETS ET INITIATIVES DE SANTÉ EN FRANÇAIS	



RésoSanté Colombie-Britannique est un réseau provincial de la santé en français qui rassemble des professionnels de la santé et des représentants issus des établissements et régies de santé, des gouvernements provincial et fédéral, des institutions de formation et de la communauté francophone.

Inspiré des valeurs de respect, diversité, équité, et accessibilité, et dans un esprit de partenariat et de dialogue, RésoSanté supporte le développement, l'accès intégré et la pérennité des services de santé en français à travers la Colombie-Britannique. Notre réseau propose, élabore et appuie la mise en œuvre de stratégies; fait la promotion des services de santé en français; assure un partage d'information; sensibilise et implique la population francophone; et propose et facilite la recherche dans le domaine de la santé en français en Colombie-Britannique.

www.resosante.ca

Graphisme et mise en page : Pascal Bouchard Graphic Design

Rapport final préparé pour RésoSanté Colombie-Britannique par madame Michiko Frachet, coordonnatrice du projet "Préparer le terrain en Colombie-Britannique"

Décembre 2006

Préparer le terrain



SOMMAIRE EXÉCUTIF

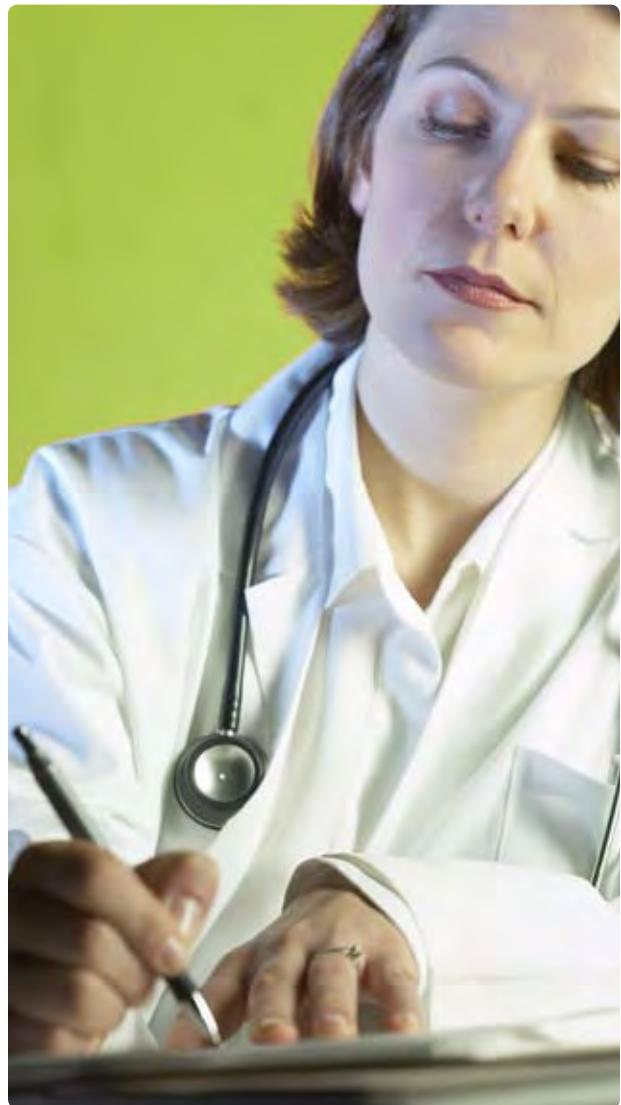


Préparer le terrain, SOMMAIRE EXÉCUTIF

Préparer le terrain se situe dans le cadre d'une initiative nationale qui vise à appuyer les efforts des autorités régionales ainsi que des ministères provinciaux et territoriaux de la santé désireux d'améliorer l'accès à des services de santé en français pour leur population francophone. Le projet a été financé par le Fonds d'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada et chapeauté dans cette province par RésoSanté Colombie-Britannique, l'un des 17 réseaux regroupés sous la bannière de la Société Santé en français. Plusieurs collaborations sont à souligner, comme celles du ministère de la santé, de la régie provinciale et des régies régionales de santé mais le principal partenaire du réseau pour ce projet a été le Département de médecine de famille de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC). Ce partenariat a permis d'avoir accès aux médecins de famille affiliés à UBC ainsi qu'aux étudiants et résidents de l'école de médecine de famille en plus de fournir une expertise de recherche.

Le projet visait à mieux cerner les besoins prioritaires des francophones de la province en matière de santé, proposer des mécanismes et des mesures d'accès pour mieux y répondre et concerter les parties intéressées pour planifier la mise en œuvre des stratégies privilégiées. Pour ce faire, un bilan sur l'état de la situation des pratiques et politiques existantes en matière de services en français et de mesures d'accès en C.-B. a été fait. Ensuite, trois consultations ont été réalisées, la première auprès de la population pour clarifier ses besoins. Nous avons ensuite fait appel aux acteurs de la santé de premières lignes pour les deux autres consultations, soit les médecins et les futurs médecins pour nous renseigner sur leur capacité et leur intérêt à participer à l'amélioration des services en français. Des données uniques ont été recueillies. Suite à ces consultations et dans un souci de diffusion de l'information un forum provin-

cial réunissant tous les partenaires institutionnels et communautaires a été organisé. Tous ces partenaires ont été amenés à discuter des priorités d'actions et des stratégies permettant d'améliorer l'accessibilité des services en français ce qui a découlé sur un véritable plan d'action.



La situation

La santé en français : un besoin clairement exprimé par les francophones et une nécessité pour les moins bien nantis

Plusieurs études ont précédé le projet « Préparer le terrain » en Colombie-Britannique. Citons entre autre une recherche sur les besoins en matière de services de santé pour la population francophone démunie¹ ainsi qu'une recherche menée par la Fédération des francophones de C.-B. sur les besoins et priorités en matière d'accès aux services de santé en français². Ces deux recherches ont mis en évidence l'importance qu'accorde la population aux services de santé en français (60%). Les nouvelles consultations ont confirmé ceci et apporté des précisions.

Les principales constatations de Préparer le terrain

Notre échantillonnage au niveau de la population francophone est éduqué et aisé. Les 406 répondants illustrent en générale la diversité de la population francophone de la Colombie-Britannique. Les francophones parlent bien l'anglais surtout pour soutenir une conversation courante. Malgré cela la moitié accorde beaucoup d'importance aux services de santé en français. Parmi ceux qui ont essayé de trouver un médecin francophone, 73% on eu de la difficulté et 52% n'en n'ont pas trouvé. Le modèle multivarié incluant les variables de contrôle montre que ceux qui ont moins de compétence linguistique en anglais, ceux qui n'ont personne de confiance pour traduire et ceux qui vivent en C.-B. depuis moins d'un an ont respectivement 10 fois, 2.8 fois et 6 fois plus de chance de considérer important d'avoir un médecin parlant français.

Au total, 40% des répondants et davantage ceux à plus faible revenu, ont eu des difficultés ou des conséquences négatives lorsqu'ils ont consulté des médecins qui ne parlent pas français, par exemple : ne pas bien comprendre le diagnostic (31%), ne pas être bien compris du

médecin (35%), difficultés dans la relation avec le médecin (25%), insatisfaction de la qualité des soins (22%), nécessité de changer de médecin (12%), délais avant de consulter (10%) aggravation de l'état de santé (4%). Les personnes qui souffrent de plus de conséquences négatives sont celles n'ayant personne de confiance pour traduire, un plus faible niveau d'anglais, un revenu plus faible, une maladie chronique, étant plus récemment établis en C.-B. ou vivant en dehors de la grande région de Vancouver.

• *Les résultats des groupes de discussion avec les immigrants francophones récemment arrivés de la banlieue de Vancouver et les personnes âgées en région avec un bon réseau social nous montrent qu'ils fonctionnent assez bien dans le système de santé.*

Ils apprécieraient des soins de santé en français surtout lors de l'arrivée, à condition qu'ils soient facilement accessibles géographiquement ou si le problème était grave ou s'il était difficile à communiquer en anglais et que les amis ou la famille ne pouvaient faciliter la communication. L'emphase est mise sur l'intégration dans la communauté anglophone majoritaire et le maintien des liens avec la communauté ethnoculturelle d'origine et/ou de proximité géographique.

Les questionnaires et les groupes de discussion démontrent une méconnaissance des outils existants en français pour faciliter l'accès aux soins. Au niveau des recommandations les principaux choix sont : un site web avec les meilleurs sites d'information sur la santé en français, une liste de médecins parlant français dans les institutions de santé, un répertoire de professionnels de la santé parlant français et un lexique de termes médicaux français/anglais. Le service d'interprétariat n'est pas priorisé.

1 « Les francophones démunie(s) de Vancouver et les services de santé à leur disposition » RésoSanté & La Boussole, octobre 2004.

2 « Besoins et priorités en matière d'accès aux services de santé en français en Colombie-Britannique : Qu'en pensent les francophones? » FFCEB, 2002.



L'offre de services de santé en français :

Dans l'absence de politique linguistique en matière de santé ou même d'éléments significatifs quant à l'intégration des questions d'accès linguistique dans les plans de services des composantes du système, l'offre actuelle de services en français est encore limitée. Notons le foyer Maillard, une résidence pour personnes âgées qui est le seul établissement de santé mandaté d'offrir des services en français dans toute la province. Il y a aussi bien sûr les professionnels listés dans le répertoire des professionnels de la santé parlant français publié annuellement par Résosanté Colombie-Britannique qui affichent volontairement leur capacité et leur intérêt à desservir la population francophone dans sa langue.

Le principal progrès en matière d'offre de service en français au cours des deux dernières années est lié aux projets FASSP ou d'adaptation de soins de santé primaire récemment terminés ou encore en marche en C.-B. Le volet francophone du programme provincial BC HealthGuide, le Guide-santé Colombie Britannique, après avoir été développé par le biais d'un projet FASSP, est maintenant livré directement par le ministère de la santé. La régie de santé provinciale et la régie régionale de Vancouver poursuivent le travail amorcé grâce à leurs projets FASSP et continuent de développer et de diffuser du matériel d'éducation à la santé en français, notamment en matière de santé mentale. La régie provinciale livre aussi des services d'interpréariat en français grâce au « Provincial Language Service (PLS) » et elle facilite aux familles et aux intervenants scolaires francophones l'accès aux services spécialisés pour les enfants à besoins spéciaux.

Nos consultations auprès des médecins et futurs médecins nous ont aussi informé quant à leur capacité et leur intérêt à livrer des services en français.

La grande majorité des étudiants/résidents (85%) trouve qu'il est très ou extrêmement important pour une minorité linguistique d'avoir accès à des services de santé dans sa langue maternelle. Ils reconnaissent l'importance d'une bonne communication entre le patient et le médecin et ne sont donc pas très à l'aise de donner

des services à des personnes qui ne maîtrisent pas très bien l'anglais.

Plusieurs d'entre eux parlent le français (40%) et 50% se disent intéressés à offrir des services en français et 66% sont intéressés à suivre des formations pour être en mesure de desservir la clientèle francophone. Plus les étudiants/résidents ont été appelés à traiter des patients francophones plus ils veulent de la formation, ce qui souligne l'importance d'une bonne communication entre le médecin et le patient. Confronter à la difficulté de la langue, le besoin de bien comprendre le patient et de bien se faire comprendre se fait sentir.

- *Les étudiants et résidents ne connaissent pas*
- *les ressources disponibles pour les francophones*
- *mais sont intéressés à en savoir plus.*

Les mesures d'accès considérées les plus importantes pour améliorer les services en français sont: le répertoire des professionnels parlant français, la liste de sources d'information sur la santé en français, le lexique de termes médicaux anglais/français.

Il a été difficile d'obtenir la participation des médecins à la consultation mais les quelques participants ont tout de même fournis des informations utiles nonobstant le fait que la plupart d'entre eux ne peuvent adéquatement livrer leurs services en français. Ceux qui ont répondu possèdent une base en français mais on de la difficulté avec les termes médicaux en français. Ils ne sont pas très à l'aise de donner des services de santé en anglais lorsque la personne ne maîtrise pas parfaitement la langue. Tous demandent de la formation en français (sauf un) et sont intéressés à avoir plus d'informations. Une majorité (5/7) considère qu'il est important voire très important pour une minorité linguistique d'avoir accès à des services dans sa propre langue.

Environ la moitié, 3/7 sont intéressés à donner plus de services de santé en français. Mais il est à noter que les francophones représentent 10% ou moins de leur clientèle. Ils ne savent pas où transférer les patients ni où chercher mais veulent de l'information. Ils ne connaissent ni



le Provincial Language Services ni son service d'interprétation. Ils s'interrogent sur son coût et fonctionnement. Ils ne sont pas intéressés à recevoir des étudiants stagiaires, 2 toutefois demandent de l'information.

- Parmi les outils proposés pour améliorer les services en français les premiers choix sont de la formation médicale sur la compréhension et l'expression du français courant et de termes médicaux, une liste de professionnels parlant français, une formation concernant le matériel et les organisations qui aident les francophones, un lexique de termes médicaux en français/anglais et une liste de sources d'information sur la santé en français.

Le réseau et les projets FASSP, des atouts pour améliorer la situation :

Mentionnons que *Préparer le terrain C.-B.* a bénéficié d'un contexte favorable. L'existence depuis 2 ans du réseau de santé en français « RésoSanté Colombie-Britannique » aide à concerter et à mobiliser les partenaires institutionnels et communautaires et avait déjà facilité la mise en œuvre des projets FASSP et permis la conduite d'enquêtes sur les besoins de santé des francophones. La mobilisation des régies et d'un programme du ministère de la santé et les leçons apprises dans le cadre des projets sont certes des atouts importants qui aideront à orienter les actions de l'ensemble du système.

Ce projet pose les balises d'un travail à venir et a sans aucun doute favorisé la concertation entre les différents partenaires pour proposer de nouveaux modèles permettant de répondre à besoins mieux compris. La santé est une grande préoccupation pour l'ensemble de la population et RésoSanté doit continuer de s'appuyer sur le soutien de sa communauté. Le ministère et les régies, déjà sensibles aux spécificités des minorités linguistiques en général, peuvent plus facilement voir les mesures d'accès proposées pour les francophones comme des exemples de meilleures pratiques pour

toutes les minorités. La collaboration de toutes les instances décisionnelles était nécessaire pour réaliser ce projet et cette collaboration a bien eu lieu ce qui laisse présager une véritable volonté d'améliorer les services en français.

Le défi des nombres :

Malgré les ouvertures que ce projet permet d'envisager quant à une offre de services en français améliorée et surtout mieux planifiée, il sera tout de même difficile de mobiliser les parties du système de santé responsables de desservir les régions rurales car elles sont déjà taxées par le défi de l'éparpillement des populations sur un vaste territoire. Dans ce contexte rural, la minorité francophone qui ne fait même pas 2% de la population totale de la province et qui est elle aussi éparpillée quant on sort des grandes villes tend à devenir invisible comme en fait toutes les minorités sauf peut-être la population autochtone dans le Nord de la province.





Les faits saillants

Rappelons que le but de ce projet est de proposer des modèles d'organisation de services pour améliorer l'offre de soins de santé primaires pour la population minoritaire francophone, en collaboration avec nos partenaires y compris les régies provinciale ou régionales en santé. *Préparer le terrain* s'est déroulé en trois phases principales : la Phase 1, permet de dresser un bilan de la situation quant aux besoins des francophones en matière de santé et à la capacité du système de santé à y répondre par le biais d'une série de consultations, la phase 2 permet de réunir toutes les parties intéressées lors d'un forum provincial pour discuter d'orientations et de stratégies d'interventions à privilégier. Enfin, la phase 3 qui consiste dans la production d'un plan d'action provincial grâce aux recommandations issues du forum.

Approche méthodologique :

Un comité directeur a fourni les orientations d'ensemble de cette recherche communautaire participative utilisant des méthodes qualitative et quantitative. Ce comité a développé les questions de recherche, la méthodologie, les questionnaires et entrevues, et supervisé le déroulement de l'étude. Il se compose de chercheurs, de représentants de RésoSanté, de la Faculté de Médecine au niveau pré et post gradué, du Département de Médecine Familiale et des campus en région de l'Université de la Colombie Britannique (UBC). Le comité d'éthique de UBC a approuvé la recherche.

Les questionnaires distribués à une cohorte d'étudiants et de résidents en médecine familiale visent à établir leurs désirs et besoins de formation et les outils de support pour mieux desservir la population francophone. Les questionnaires et groupe de discussion auprès des médecins de familles affiliés à UBC explorent leur expérience avec la population francophone, leur besoin de formation et capacité à recevoir des étudiants francophone en stage. Les questionnaires ciblant la population examinent les facteurs déterminants l'importance d'avoir accès à des soins en français et les difficultés

encourues ainsi que les outils qui faciliteraient l'accès au soins de santé et à de l'information en français. Les groupes de discussion approfondissent nos connaissances avec l'expérience de nouveaux immigrants francophones dans la grande région de Vancouver et de francophones âgés établis en région depuis longtemps.

L'analyse quantitative est effectuée à l'aide de SPSS 13 et 14 avec des chi-carrés et des modèles de régression. Les résultats sont considérés significatifs lorsqu'il y a moins d'une chance sur 20 d'être dus au hasard ($p < 0.05$). Les groupes focaux ont été transcrits mot à mot et analysés au moyen d'un processus systématique et récursif de codification et regroupement par deux chercheurs qualitatifs.

Principales constatations

Notre démarche de planification consistait donc à rassembler l'ensemble des partenaires lors d'un forum provincial pour améliorer l'accès à la santé en français. Sont exposées ici les principaux résultats de nos démarches :

Les priorités de la population :

Suite aux consultations menées nous avons établi qu'un des problèmes majeur était le manque d'information sur ce qui existe concernant la santé en français. D'ailleurs, les 4 choix prioritaires sont (plus de 60%) : un site internet avec les meilleurs sites en français, une liste des professionnels de la santé disponible dans toutes les institutions de santé, un répertoire des professionnels parlant français et un lexique de termes médicaux anglais/français. En comparaison le service d'interprétariat est considéré comme très utile par 29% des répondants.



La demande quant aux services de santé primaire en français est plus critique pour la population moins bien nantie, moins bilingue, celle dont le réseau social n'est pas très développé ou les personnes établies depuis moins d'un an. Pour cette population marginalisée et moins mobile, le développement de lieux d'accès désignés pour les services de santé en français doit être considéré comme un des éléments important de l'organisation des services en français. Notons toutefois que ces lieux désignés ont également été réclamés par la majorité des francophones, même si dans leur cas l'importance de se faire servir dans sa langue ressort davantage en cas de problèmes de santé plus graves.

De façon très évidente, il y a une méconnaissance des initiatives de santé en français déjà en place en Colombie-Britannique tant pour la population en général que pour les professionnels de la santé. Publiciser davantage ces mesures les rendraient sans doute plus accessibles et plus utilisés. C'est ce qui a été constaté dans d'autres provinces, le fait que les services étaient facilement disponibles augmentaient leur utilisation. Plus la demande sera forte et plus les professionnels parlant français seront incités à s'identifier. Il est vrai qu'il existe un certain nombre de médecins de famille parlant français mais ils ne sont pas tous prêts à s'identifier comme tel, il est donc difficile pour la population de les trouver. La promotion des services devrait être constituer un axe important au niveau des orientations à prendre pour améliorer les services de santé en français. RésoSanté en collaboration avec les autres partenaires du domaine de la santé doit mettre en place les meilleurs moyens afin d'informer et de mobiliser la population et les professionnels de la santé autour des questions de santé en français.

Les priorités des médecins, actuels et futurs :

Les étudiants tout autant que les résidents ne savent pas où référer leurs patients francophones (94%) ni où chercher de l'information pour être en mesure de le faire (81%). Lorsqu'ils cherchent ils utilisent principalement internet, le répertoire des professionnels de la santé ou les associations francophones. Même lorsqu'ils connaissent des services comme le *Provincial language service (PLS)* ils

ne savent pas comment il fonctionne. Quant à RésoSanté, il est encore inconnu pour la plupart des étudiants/résidents. Là encore se dessine donc le besoin d'être informé.

Nous pouvons dire que notre recherche nous a permis de mieux connaître les besoins de la population francophone de C.-B. et de constater que l'importance de la langue dans la relation thérapeutique n'est plus à prouver, les médecins, surtout les étudiants/résidents en sont conscients et sont prêts à suivre des heures de formations pour améliorer leur français. Le besoin de soutien et de formation ressort également comme un besoin si l'on veut améliorer les services de santé en français. La plupart des médecins consultés souhaitent de la formation médicale en français, même ceux qui ne sont pas intéressés à offrir des services en français.

- *Quatre axes stratégiques ressortent donc du bilan*
- *et des consultations. La diffusion de l'information ;*
- *l'organisation des services, le développement des*
- *ressources humaines ainsi que la concertation avec*
- *les autorités de santé et autres partenaires.*

Le plan d'action

Le Plan d'action provincial proposé en fin de projet résulte donc de l'analyse des données de recherche ainsi que des recommandations issues du forum provincial que RésoSanté a organisé. Le forum a rassemblé cinq types de participants incluant les professionnels de la santé et des représentants des régies et établissements de santé, du milieu communautaire, des institutions de formation en santé et des gouvernements. Plus de trente pistes d'action ont été proposées, regroupées autour de 13 stratégies. Les principales d'entre elles sont présentées ci-dessous. Une version complète du Plan d'action provincial, comprenant des partenaires suggérés et des indications d'échéances prévisibles, est présentée plus loin dans ce rapport final, au Chapitre 4 : Plan d'amélioration de l'accès aux services de santé pour les francophones.



Premier axe d'intervention : La diffusion d'information

1

Stratégie #1 : Informer la population quant au fonctionnement du système de santé, aux services et ressources offerts en français et à l'importance de la langue en matière de santé.

Ce travail pourra par exemple inclure le répertoire des professionnels parlant français, les sites web, la diffusion de capsules d'information et des efforts pour améliorer l'offre active.

Stratégie #2 : Informer les prestataires de services de santé, les gestionnaires et les décideurs quant aux initiatives et ressources pouvant faciliter l'accès.

L'information quant aux initiatives et ressources serait diffusée dans les publications professionnelles, sur le site web de RésoSanté et des régies ou encore lors de sessions d'information par exemple.

Stratégie #3 : Informer les prestataires de services de santé, les gestionnaires et les décideurs quant aux besoins et aux barrières d'accès aux services de santé pour les francophones

L'information quant aux barrières d'accès pourra entre autres être partagée à l'aide d'une campagne de sensibilisation. Les composantes du système de santé devraient être informées des plus récentes données démographiques et des résultats de recherche touchant spécifiquement les francophones

Deuxième axe d'intervention : Organisation des services

2

Stratégie #4 : Faciliter l'intégration de mesures d'accès dans la planification des services

Pour influencer le système, on devra rencontrer les gestionnaires pour leur partager les stratégies proposées par Préparer le terrain et assurer une participation francophone aux comités et groupes de travail des régies et établissements. Il faudra aussi faire une analyse plus poussée de l'impact négatif des barrières d'accès.

Stratégie #5 : Favoriser la création de lieux d'accès aux services de santé en français

En Colombie-Britannique, la petite taille de la population francophone et son éparpillement suggère de commencer par la mise en place de services désignés en français, par exemple dans des centres de santé communautaire. Il aussi s'assurer de partager les meilleures pratiques déjà en place au Foyer Maillard. De plus on pourrait concentrer davantage d'efforts auprès des services visant l'ensemble de la province comme l'Hôpital pour enfants ou le Women's Health Centre.

Stratégie #6 : Maintenir et développer des mesures d'accès complémentaires facilitant l'accès aux services pour les francophones

En plus des lieux désignés, on peut faciliter l'accès par l'identification des prestataires parlant français dans le répertoire et dans des banques de données des institutions. Il faut aussi poursuivre les démarches pour améliorer l'arrimage linguistique des prestataires aux patients sans oublier la participation importante des infirmières et du personnel de soutien. Il ne faut pas oublier le travail hors clinique et établissement comme dans les écoles francophones où les services en santé mentale sont insuffisants. L'appui d'interprètes spécialement formés en santé et l'accompagnement communautaire sont aussi des mesures complémentaires importantes.

Stratégie #7 : Fournir aux francophones des outils et ressources efficaces pour les aider à prendre en charge leur santé

On doit poursuivre la diffusion et la promotion du programme Guide-santé. À ceci pourront s'ajouter la création de modules d'enseignement sur la santé pour les élèves francophone de niveau secondaire et la production d'une version française d'un manuel visant les nouveaux parents. Il faut aussi dans les écoles francophones améliorer l'offre de service en santé publique en français. Enfin, une action concertée et mieux orientée pourra être soutenue par l'organisation d'un forum provincial de promotion de la santé.



Troisième axe d'intervention :

Le développement des ressources humaines parlant français, incluant l'appui aux professionnels déjà en place

3

Stratégie # 8 : Faciliter l'accès à des programmes et activités de formation en français pour former ou perfectionner des prestataires de services capables de travailler en français

Il faut bien sûr promouvoir les programmes de formation en français et en faciliter la création de nouveaux. L'identification d'interlocuteurs francophones ou francophiles au sein des milieux de formation aidera aussi. La formation ne doit pas se limiter aux éléments cliniques mais aussi contenir la dimension culturelle et les enjeux liés aux barrières d'accès linguistiques. La formation continue, par exemple au niveau lexical est particulièrement recherchée par les prestataires désirant améliorer leur offre de services en français.

Stratégie # 9 : Faciliter la collaboration entre les professionnels et la livraison de services intégrés aux francophones par le réseautage des professionnels parlant français

Il fut faciliter les rencontres entre les professionnels et entre les étudiants des sciences de la santé en les rejoignant directement dans les milieux cliniques et de formation. La création de clubs francophones dans les institutions post-secondaires doit aussi être soutenue. Il est bien sûr essentiel de travailler avec les associations professionnelles.

Quatrième axe d'intervention :

Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires

4

Stratégie # 10 : Maintenir et renforcer le réseau de la santé en français en C.-B.

RésoSanté Colombie-Britannique, le réseau de santé en français est maintenant prêt à s'incorporer, ce qui sera une occasion de renforcer ses partenariats et d'étendre le rayonnement de son action. On doit améliorer la par-

ticipation des intervenants en milieu rural et continuer à faciliter l'action concertée de tous les partenaires.

Stratégie # 11 : Fournir aux régies et au ministère de la santé des avis et des informations les aidant à mieux intégrer les enjeux touchant l'accessibilité aux services de santé pour les francophones dans leurs plans et politiques de services et les aider à développer de nouvelles mesures d'accès.

RésoSanté doit promouvoir la participation d'intervenants francophones aux comités et groupes de travail du ministère et des régies et faciliter l'inclusion de la perspective francophone aux travaux de planification et d'évaluation des programmes et services. Il sera utile de s'associer aux autres groupes linguistiques minoritaires déjà impliqués dans l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Stratégie # 12 : Faciliter la concertation entre les intervenants communautaires et le milieu institutionnel de la santé

RésoSanté peut continuer à aider les composantes du système de santé à identifier des partenaires communautaires francophones. À l'inverse, il faut aussi aider le milieu communautaire à identifier des partenaires institutionnels. La participation des intervenants santé aux instances et événements francophones par exemple aidera les deux parties à mieux se comprendre et travailler ensemble.

Stratégie # 13 : Faciliter la concertation interprovinciale

On doit continuer de faciliter la participation d'intervenants de la C.-B. aux activités de la Société Santé en français et du Consortium national de santé en français, par exemple, pour que la perspective britannocolombienne éclaire les stratégies nationales. Cette participation doit inclure non seulement des délégations officielles, mais aussi des chercheurs et des présentateurs apportant l'expertise développée ici.



Conclusion

Depuis ces dernières années, plusieurs régies se sont intéressées aux services en français et ont mis en place des projets afin d'améliorer l'accessibilité de ces services. La santé en français profite donc en Colombie-Britannique d'un terrain assez favorable. Il n'en demeure pas moins que les services en français restent minimes et surtout inconnus. Préparer le terrain a permis à RésoSanté d'accroître sa visibilité et sa crédibilité mais surtout de consolider certains partenariats et d'en créer de nouveaux. Le réseau bénéficie donc d'atouts majeurs qui lui permettront la mise en œuvre de plusieurs de ces recommandations.

- *Pour chaque axe prioritaire, RésoSanté pourra soutenir le travail en facilitant la coordination et le partage des informations issues des initiatives développées dans le cadre d'une amélioration des services de santé en français. RésoSanté devrait devenir l'organisme de référence pour tout ce qui concerne les services de santé en français en Colombie-Britannique.*

Pour conclure, il faut souligner le fait que RésoSanté est un joueur important et bien positionné en Colombie-Britannique. Plusieurs partenariats bien établis lui ont permis de développer certaines initiatives comme la mise en place de services désignés pour les francophones dans un centre de santé communautaire par exemple. Le Réseau doit bien sûr se développer mais sa stratégie de travailler en partenariat avec les régies, le ministère de la santé, les professionnels, les milieux de formation et la communauté francophone pour développer les services en français de manière intégrée à l'intérieur du système de santé existant semble porter fruit.

Préparer le terrain a permis de dresser un portrait plus complet des besoins de la population franco-colombienne ainsi que de mesurer la capacité du système à y répondre. Le forum qui a clôturé ce projet a contribué à mains égard à l'amélioration de la concertation de tous les joueurs clés dans le domaine de la santé et à créer les conditions favorables au développement des services de santé en français en Colombie-Britannique.

Les axes stratégiques et les orientations identifiés nous dirigent vers une action beaucoup plus complète et concertée en matière d'organisation de services, de diffusion de l'information à la population et de soutien aux professionnels par la formation, l'information et le réseautage. Les pistes d'action identifiées ont été nombreuses à être souhaitées à court terme. RésoSanté devra donc maximiser ses efforts et profiter de l'élan que lui a donné ce projet surtout en ce qui a trait aux liens tissés avec les professionnels de la santé et les étudiants en médecine familiale de UBC. Dans le cadre de ce projet, RésoSanté a été en mesure d'appuyer l'offre de formations lexicales et il semble qu'il y ait une véritable demande pour cela. Si de telles formations pouvaient être offertes régulièrement le réseau de la santé y gagnerait énormément.

Certes les recommandations sont nombreuses mais plusieurs d'entre elles pourront être mise en œuvre dans le cadre de l'initiative intitulée « Santé primaire en action » qui se veut une suite à « Préparer le terrain ». On prévoit bien sûr bâtir à partir des partenariats développés durant les projets FASSP et autour du réseau. Il faudra aussi s'assurer d'utiliser les champions déjà actifs dans le système pour mobiliser leurs collègues moins connaissant de nos besoins et moins sensibles aux questions d'accès et surtout peu informés encore des meilleures pratiques déjà mises en œuvre ici en matière d'accès et de santé en français.



Remerciements

Sans le soutien, la collaboration, le dévouement et l'implication des personnes et organismes suivant, le projet « Préparer le terrain en Colombie-Britannique » n'aurait pu atteindre ses objectifs. Nous tenons à remercier:

Les Membres du comité Directeur du projet *Préparer le terrain en Colombie-Britannique*

- Dr Brian Conway – Médecin spécialiste en maladies infectieuses et président de RésoSanté
 - Dr Peter Kirk – Médecin, Campus Victoria de l'École de médecine de UBC
 - Dr Veronic Ouellette – Médecin spécialiste en médecine communautaire, présidente du comité et investigatrice principale du projet
 - M. Yves Trudel – Coordinateur de RésoSanté
 - Dr Robert Woollard – Directeur du Département de médecine familiale, UBC
- Avec un merci particulier au département de médecine familiale de UBC et à la secrétaire du Dr Woollard, Joan Decker, pour leur soutien aux activités du comité
 - L'équipe de la Société Santé en français pour le soutien national et la liaison avec les réseaux de santé en français des autres provinces, particulièrement Mme Suzanne Tremblay, qui tout au long du projet nous a aiguillé et fourni une expertise critique.
 - La Fédération des francophones de la Colombie-Britannique (FFCB) et plus particulièrement la directrice générale, Mme Yseult Friolet, et son équipe pour leur soutien administratif et la liaison au milieu associatif francophone.
 - Les associations francophones de la Colombie-Britannique et particulièrement le Conseil scolaire francophone de la Colombie-Britannique pour la distribution des questionnaires
 - Le consulat de France de Vancouver, également pour la distribution des questionnaires
 - Toutes les personnes qui ont rempli le questionnaire et celles qui ont participé aux groupes de discussion
 - M. Jonathan Berkowitz (UBC) pour l'analyse quantitative
 - M. Stéphane Grenier, (UQAT) pour l'analyse qualitative
- L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) pour son soutien à des activités de formation et de réseautage de professionnels et plus particulièrement le Dr José François, formateur et les professionnels de la santé qui ont participé aux ateliers.
 - Les professionnels et gestionnaires de la santé, et les représentants des institutions de formation, de la communauté francophone et des gouvernements ainsi que les animatrices et secrétaires d'ateliers qui ont contribué au succès du forum provincial « Préparer le terrain tenu en septembre 2006 à Richmond, Colombie-Britannique
 - L'équipe du Provincial Language Service (PLS à la Régie de santé provinciale ou Provincial Health Services Authority (PHSA) et plus particulièrement la directrice, Mme Suzanne Barclay et son équipe, Mmes Angela Sasso, Hortenze Lutz et Annie Carnot
 - L'équipe de la Régie de santé régionale Vancouver Coastal Health (VCH)
 - Le ministère provincial de la santé ou BC Ministry of Health qui a donné officiellement son appui au projet, permettant l'intervention à l'échelle provinciale de Santé Canada comme partenaire financier.
 - Ajoutons un remerciement spécial au Dr Véronic Ouellette pour le réseautage avec les composantes du département de médecine de famille incluant les médecins et les étudiants en médecine, pour le soutien à la méthodologie et l'analyse des résultats, et pour les conseils tout au long du projet.



Santé
Canada Health
Canada

Canada

Cette initiative a reçu l'aide financière du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Préparer le terrain
en Colombie-Britannique



RAPPORT FINAL DU PROJET

Introduction

Le but de l'initiative pour RésoSanté, tel qu'énoncé dans la conception initiale du projet était d'effectuer une planification des soins de santé primaires pour la population minoritaire francophone de Colombie-Britannique, en étroite relation avec nos partenaires y compris les autorités provinciales ou régionales en santé. Plusieurs études ont montré que les communautés francophones minoritaires à travers le Canada disposent de peu de services de santé en français. Des améliorations d'accès sont possibles afin de contribuer à leur développement et à leur épanouissement. La vitalité d'une communauté dépend en partie des soins de santé.

La santé d'un individu est liée à ce que l'on appelle des déterminants de la santé, parmi les plus classiques les facteurs sociaux et culturels comme le niveau d'instruction par exemple ou encore le revenu. Mais à ceux-ci, il faut ajouter la langue. L'accessibilité aux services de santé est souvent considérée d'un point de vue de l'attente ou de la distance, une préoccupation majeure pour une population telle que constaté lors de nos consultations. Cependant la langue est également à prendre en compte. L'importance de la dimension linguistique des soins de santé n'est plus à prouver. Les difficultés de communication et de compréhension influent sur la qualité des services. La barrière linguistique a de nombreuses conséquences sur l'état de santé des individus, entre autres : la diminution de la probabilité de recourir à des services préventifs; l'augmentation du temps de consultation, probabilité d'erreur dans les diagnostics et les traitements; l'influence sur la qualité des services là où une bonne communication est essentielle (par exemple, en pédiatrie, en psychiatrie, etc.); la diminution de la fidélité aux traitements; la réduction de la satisfaction (FCFA, 2001 :ix). L'amélioration des conditions de santé et l'appropriation de la santé par une population passent par des services dans sa langue. *Préparer le terrain* contribue donc à cet effort d'améliorer et d'augmenter la capacité du système de santé à répondre aux francophones.



Selon le recensement de 2001, la Colombie-Britannique compte près de 64 000 habitants de langue maternelle française. La communauté francophone est largement minoritaire, représentant moins de 2% de la population et est éparpillée dans plusieurs régions de la province. Il faut cependant ajouter que près d'un quart de million de britannico-colombiens affirment parler le français. Plusieurs organismes francophones à travers la province desservent les francophones et francophiles.

• Depuis 2002 également a été créée une table
• sectorielle de la santé nommée RésoSanté et
• réunissant les principaux acteurs du dossier
• santé en Colombie-Britannique.

La santé est un dossier qui préoccupe les francophones de Colombie-Britannique depuis quelques années déjà puisque plusieurs études ont eu lieu. De plus, certains projets francophones ont cours avec l'implication du ministère et régies (régie de santé provinciale et régie Vancouver Coastal Health) ce qui permet à *Préparer le terrain* d'avoir une certaine assise. Parmi les nombreuses initiatives développées figure la création, depuis un an, d'un répertoire de professionnels de la santé parlant français regroupant entre autres 26 médecins de famille. Il s'agit de médecins qui volontairement souhaitent offrir des services en français et demandent leur inscription à ce répertoire. La liste est en continuelle



évolution. Grâce à la liste du collège des médecins cependant nous savons qu'ils sont bien plus nombreux à indiquer qu'ils parlent le français mais il n'existe aucun moyen pour la minorité francophone de les identifier ou de savoir où ils pratiquent.

Les partenaires de RésoSanté ont été sollicités afin d'être impliqués dans ce projet. Le ministère de la santé, la régie de santé provinciale et plusieurs régies de santé régionales en C.-B. ont accepté de participer à notre démarche de planification mais seulement à titre d'aviseurs au projet. RésoSanté C.-B. a donc décidé de travailler directement avec les partenaires qui interviennent en premières lignes du système de soins, soient les omnipraticiens. Le département de médecine de famille de l'École de médecine à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) a d'emblée accepté de s'associer comme partenaire au projet, facilitant l'accès aux médecins, résidents et étudiants et apportant une expertise de recherche au projet. Ce partenariat a donc dicté notre choix pour les régions à étudier, soit celles où UBC a des campus, Vancouver, Victoria et Prince Georges.

Préparer le terrain Colombie-Britannique s'est effectué en trois phases principales qui forment les différentes sections de ce rapport. La Phase 1 a permis de dresser un bilan de la situation grâce à une synthèse des études entreprises par le passé et des services existants (notons l'apport considérable de la Régie provinciale qui a soumis un rapport complet sur les initiatives et mesures d'accès déjà existantes (PLS/PHSA, 2006) ainsi que par le biais d'une série de consultations quant aux besoins des francophones en matière de santé et à la capacité du système à y répondre. Une attention particulière a été apportée à la population défavorisée de Vancouver justifiée par les études précédentes ainsi que nos propres résultats. Notre hypothèse de recherche était que les services de santé en français existent mais qu'ils ne sont ni assez visibles ni assez reliés entre eux. Suite à nos consultations auprès des médecins de famille, des étudiants et résidents et de la population, notre hypothèse semble se confirmer en partie. Les résultats et analyses des trois consultations entreprises sont donc

présentés. Plusieurs orientations se sont alors dessinées et ont fait l'objet de débats lors du forum qui a suivi. La phase 2 a en effet réuni toutes les parties intéressées, l'école de médecine de UBC, les professionnels de la santé actifs et en devenir, la population francophone, les régies et le ministère de la santé, lors d'un forum provincial pour discuter d'orientations et de stratégies d'interventions à privilégier selon les résultats obtenus. Ce forum permit également de faire état des initiatives francophones de soins de santé primaires en cours en Colombie-Britannique. Les recommandations issues de cette rencontre ont mené à la phase 3 soit à la production d'un plan d'action. Le plan d'action produit grâce à « Préparer le terrain » donne une indication de comment les divers partenaires prévoient s'approprier à leur niveau les mécanismes et modèles proposés pour améliorer l'accès aux soins de santé en français. Le travail de mise en œuvre du plan qui suivra ce projet devrait d'ailleurs permettre de mettre en lumière de nouvelles idées et de nouvelles ressources.

• *Le fait d'avoir pu dès le début du projet impliquer les partenaires de RésoSanté incluant les régies et le ministère donne sans aucun doute une force et une crédibilité aux recommandations du plan d'action. Ce plan résulte d'une concertation de l'ensemble des acteurs de la santé puisque issu du forum provincial.*

Préparer le terrain tout comme les autres projets ayant cours en Colombie-Britannique a posé les jalons d'une véritable accessibilité aux services de santé en français et a contribué à l'amélioration des services de santé offerts à la communauté minoritaire francophone. Le succès du plan d'action ne sera évidemment possible qu'avec l'implication de tous les partenaires.



CHAPITRE 1 :
APPROCHE ET
MÉTHODOLOGIE
GÉNÉRALE

1

Chapitre 1 : Approche et méthodologie générale

1.1 Travailler avec les partenaires du système de santé

Le premier partenaire institutionnel du projet a été le ministère de la santé de la Colombie-Britannique et plus particulièrement la direction des soins de santé primaires. Après avoir avisé et conseillé RésoSanté dans la préparation du projet, le ministère a confirmé son appui officiel en envoyant une lettre de soutien au projet à la Société Santé en français. Le ministère a ensuite facilité la liaison avec des représentants des régies de santé ciblées par RésoSanté comme partenaires potentiels au projet. Enfin, en parallèle avec « Préparer le terrain », le ministère de la santé collaborait déjà directement avec RésoSanté à un projet d'adaptation de soins de santé primaires visant la distribution et la promotion d'un important outil de santé publique à près de 24 000 foyers francophones, le Guide-santé Colombie-Britannique (version française officielle du BC HealthGuide distribué par le ministère). Il était important que le projet Guide-santé et le projet Préparer le terrain se croisent pour adresser les éléments de continuité liés au Guide-santé incluant la mise à jour périodique du guide, sa promotion continue et le soutien à l'usage du guide par les francophones.

La régie de santé provinciale ou Provincial Health Services Authority (PHSA) et la régie régionale Vancouver Coastal Health (VCH) étaient déjà impliquées dans la gestion de projets francophones d'adaptation de soins de santé primaires touchant entre autres l'identification de professionnels francophones et la diffusion de matériel d'éducation à la santé en français. Il a été prévu dès le départ de faire une liaison efficace entre ces initiatives et le projet *Préparer le terrain*. Les deux autres régies approchées pour s'associer au projet, les régies régionales de l'Île de Vancouver et du Nord de la province ont décliné l'offre étant déjà débordées pour

la période prévue avec d'autres projets d'adaptation de soins de santé primaires. Les régies de santé ont également participé au Forum de discussion sur les orientations et les stratégies d'interventions à privilégier.

Le travail de collaboration directe avec les omnipraticiens et avec l'école de médecine a permis de cibler en même temps le point d'entrée au système de santé, la capacité de référer et de collaborer en français dans un continuum de services et la nécessité de sensibiliser les futurs omnipraticiens à la question francophone durant leurs études et de leur fournir un milieu académique encourageant et soutenant leur intérêt à desservir une population francophone. Le programme de médecine familiale a également donné accès à un bassin de près de 800 omnipraticiens pour vérifier leur intérêt à desservir la population francophone et mesurer leur capacité à le faire. Il est à noter que l'école de médecine de UBC qui a maintenant des campus satellites à Victoria et à Prince George, a aussi aidé le projet à avoir un rayonnement en région. La participation des étudiants en médecine, des résidents parlant le français et des omnipraticiens sur le terrain aux diverses phases du projet a été grandement facilitée par ce partenariat. De plus, l'accès à l'expertise académique a aidé à développer de meilleurs outils de consultation et à faire une meilleure analyse des résultats des consultations.

1.2 Structuration du projet et Méthodologie

Il nous fallait tout d'abord mettre en place les structures nécessaires à la mise en œuvre du projet. La première démarche fut de créer un comité directeur afin de nous aider dans les différentes étapes du projet et également de valider notre approche méthodologique. RésoSanté s'est réservé un rôle de leadership et a occupé une place



importante au comité de direction formé pour guider le projet déléguant son président et son coordonnateur pour y siéger. De plus, la personne choisie pour présider ce comité était une omnipraticienne représentant en même temps le département de médecine de famille de UBC et RésoSanté où elle siège aussi comme professionnelle de la santé francophone. Le comité de direction du projet comprenait aussi le directeur du programme de médecine de famille de UBC ainsi qu'un représentant du campus de Victoria. Le représentant de Prince George s'est retiré du comité et il a été impossible de le remplacer.

RésoSanté a été responsable de l'administration du projet et a engagé une gestionnaire de projet à temps plein pour mettre en œuvre *Préparer le terrain*. Grâce au soutien de la Société santé en français, la liaison a été maintenue avec les autres projets *Préparer le terrain* conduits en même temps dans les diverses provinces et territoires du Canada. Enfin une évaluatrice externe connaissant le système de santé en Colombie-Britannique a été retenue pour évaluer le projet dans notre province.

Méthodologie

La recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université de Colombie-Britannique (UBC) puisque l'université est partenaire du projet.

Rappelons que le but de ce projet était de jeter les bases d'une planification des soins de santé primaires pour la population minoritaire francophone, en collaboration avec nos partenaires y compris les autorités provinciales ou régionales en santé. *Préparer le terrain* s'est déroulé en trois phases principales. La Phase 1 a permis de dresser un bilan de la situation quant aux besoins des francophones en matière de santé et à la capacité du système de santé à y répondre. Une série de consultations préparées à l'aide d'une revue de la littérature et des initiatives passées et courantes en matière d'accès. À ceci s'est ajouté une analyse des mesures d'accès en place dans les régies. La phase 2 a réuni toutes les parties intéressées lors d'un forum provincial pour discuter d'orientations et de stratégies d'interventions

à privilégier. Les recommandations issues de ce forum ont mené à la phase 3 soit à la production d'un plan d'action.

Dans le cadre de la phase 1, trois enquêtes ont eu lieu, l'une auprès de la population francophone, une autre auprès des étudiants et résidents en médecine de famille de UBC et enfin auprès des médecins de famille affiliés à UBC. La méthodologie choisie fut à la fois quantitative et qualitative afin d'enrichir nos données et obtenir un tableau détaillé de la situation. Des questionnaires ont donc été développés et des groupes de discussion organisés.

L'ébauche des questionnaires a tout d'abord été revue par des pairs, validée après modifications puis pilotée. Les 3 questionnaires étaient disponibles à la fois en version papier et sur internet. Le questionnaire s'adressant à la population était uniquement en français mais les 2 autres étaient bilingues. Certaines informations ont été incluses dans ces questionnaires comme des renseignements sur la ligne infirmière (BC nurse line) où encore sur les services d'interprétariat PLS.

Les détails de la méthodologie sont exposés dans le chapitre 2, lors de la présentation de nos résultats d'enquête. Ceci dans le but de faciliter la compréhension des résultats présentés.

• Quant à l'analyse des mesures d'accès dans le système de santé de la province, elle a été conduite par l'équipe du Provincial Language Service à la régie de santé provinciale ou Provincial Health Services Authority. Un sommaire du rapport est présenté à la fin du chapitre 2 et le rapport complet est inclus en annexe.



CHAPITRE 2 : LE BILAN

2

Chapitre 2 : Le Bilan

2.1 Les partenaires en santé en Colombie-Britannique

Le premier partenaire en matière de santé en Colombie-Britannique est RésoSanté. RésoSanté fait partie des 17 réseaux régionaux qui ont été mis sur pied dans la foulée de la création de la Société Santé en Français. En effet en l'an 2000, un comité consultatif sur les besoins des communautés francophones en milieu minoritaire venait de mettre à jour que 55% des francophones hors Québec n'avaient que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue. RésoSanté a donc été créé en 2003 et supporte aujourd'hui le développement, l'accès intégré et la pérennité des services de santé en français avec les autorités en matière de santé en Colombie-Britannique.

En Colombie-Britannique, le système de santé est géré et administré par 5 régies régionales (Northern Health, Interior Health, Vancouver Island Health Authority, Vancouver Coastal Health et Fraser Health) ainsi qu'une régie provinciale, la Provincial Health Services Authority (PHSA) responsable de certains programmes à l'échelle de la province ainsi que des services spécialisés tels les transplantations. Toutes décisions concernant l'organisation ou la livraison de services revient à ces autorités. Le ministère provincial de la santé lui, détermine les politiques et priorités en matière de santé et administre certains programmes en matière de promotion et prévention.

Il n'y a pas de politique globale quant à la livraison de services dans d'autres langues que l'anglais mais plusieurs régies régionales (VCH, FHA et PHSA) ont développé certains services de traduction par exemple. De plus, la

diversité est une valeur reconnue et importante. Bien sur, certaines communautés sont davantage ciblées que les francophones. La régie provinciale (PHSA) a cependant récemment développé plusieurs services visant la communauté francophone, tel le service d'interprétariat Provincial Language service (PLS), elle a également embauché un agent de liaison pour répondre aux besoins des francophones à travers la province et développe actuellement un projet en santé mentale. Malgré cette reconnaissance des enjeux autour de la diversité culturelle et linguistique, il n'existe pas de plan stratégique ou de politique de développement globale.

2.2 Inventaire des projets et/ou services existants concernant les francophones

Plusieurs initiatives³ ont cours pour améliorer l'accès aux services en français.

Le projet Guide-santé Colombie- Britannique, la composante francophone du programme BC HealthGuide⁴.

Ce projet vise développer et à diffuser les comosantes francophones du BC HealthGuide Program à la population francophone et aux prestataires de services de santé de la province. Le « Guide-santé » est un manuel pratique qui traite des questions et préoccupations de santé courantes telles que les soins préventifs et les possibilités de soins à domicile. Plus de 12 000 copies ont été distribuées. La mise en place des composantes francophones du programme a permis entre autre aux francophones de mieux s'orienter vers les services appropriés et de mieux prendre en charge leur propre

3. Le projet Guide-santé et les projets des régies VCH et PHSA ont été réalisés avec l'appui du Fonds d'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de Santé Canada et avec l'autorisation du ministère de la santé de la Colombie-Britannique.

4. Pour plus de détails se référer au Rapport final du projet spécial, Guide-santé Colombie-Britannique, 2006, RésoSanté C.-B.



santé par un meilleur accès à des renseignements fiables sur la santé (*Projet réalisé par RésoSanté avec comme principal partenaire le ministère provincial de la santé à qui le programme BC HealthGuide appartient.*)

Le projet En français ? : Improving Access to Primary Health Care for Francophones in BC

Ce projet vise améliorer le répertoire provincial d'intervenants parlant français et d'identifier le personnel bilingue, développer un point unique d'accès provincial à des services d'interprétation, augmenter l'inventaire de matériel d'éducation à la santé de langue française et améliorer l'accès à des ressources de langue française pour les enfants à besoin spéciaux qui fréquentent les écoles du Conseil scolaire francophone (*Un projet de la région provinciale de santé PSHA réalisé avec plusieurs partenaires incluant VCH et RésoSanté.*)

Le projet En français ? : Improving Access to Primary Health Care for Francophones in Vancouver Coastal Health

Ce projet a été réalisé durant la même période que celui de la région provinciale et les deux projets ont été guidés par un comité de direction conjoint. Il vise aussi améliorer le répertoire provincial d'intervenants parlant français et à augmenter l'inventaire de matériel d'éducation à la santé disponible en français. Ce projet régional visait aussi à introduire au programme PARIS la capacité de jumeler plus facilement patients et spécialistes sur la base de la langue française. Le programme 'Primary Access Regional Information System' ou PARIS a débuté en novembre 2002. Il s'agit d'un système d'information pour les services de santé communautaire. Cet outil devait entre autres améliorer la coordination des prestataires de services, améliorer l'efficacité du système de santé en allant chercher de l'information pertinente sur le patient (comme la langue souhaitée par le patient, s'il a besoin d'un interprète par exemple). Les résultats ne sont pas encore concluants pour les francophones vu la petite taille de l'échantillon (*Projet réalisé par la région régionale de santé Vancouver Coastal Health réalisé avec plusieurs partenaires incluant PHSA et RésoSanté.*)

Projet sensibilisation de la population francophone à la santé mentale et aux toxicomanies

Ce projet a permis entre autres, la sélection, la traduction en français et la diffusion de matériel d'éducation à la santé lié aux maladies mentales et aux toxicomanies (*Un projet de la région provinciale de santé PSHA réalisé avec plusieurs partenaires incluant RésoSanté.*)

Le projet : Comment mieux informer les francophones de l'île de Vancouver en matière de santé

Ce projet réalisé en collaboration avec la région régionale de l'Île de Vancouver ou Vancouver Island Health Authority (VIHA) et le milieu associatif francophone de l'île de Vancouver pour permettre aux intervenants en santé publique de mieux tenir compte des besoins des francophones et de mieux collaborer avec le milieu associatif francophone. Un guide de ressources en promotion et prévention a également été produit (*Un projet de RésoSanté réalisé avec l'appui financier de l'Agence de santé publique du Canada.*)

Études collégiales: Programme de certificat « Préposé aux services de soutien personnel » (PSSP)

Programme livré en français par le Collège Éducacentre grâce à l'appui du Consortium national de formation en santé (CNFS) et de la Cité Collégiale. Deux nouveaux programmes sont planifiés : Soins palliatifs et Autisme et sciences du comportement

Le répertoire des professionnels de la santé parlant français

Initié par RésoSanté et publié annuellement à plus de 13000 exemplaires, ce répertoire est une liste de noms de professionnels de la santé offrant leurs services à la population en français. Le répertoire est également diffusé sur le site internet de RésoSanté.

Poste de liaison francophone au sein du PHSA

La région PHSA vient d'engager un agent de liaison afin d'aider au développement des services en français.



Foyer Maillard de Coquitlam

Le Foyer Maillard est la seule institution de santé bilingue en Colombie-Britannique. Il s'agit d'un centre d'hébergement et de soins prolongés pour personnes âgées.

2.3 Données existantes sur les besoins de santé des francophones

Depuis plusieurs années, la santé est au cœur des préoccupations des francophones de la Colombie-Britannique. Plusieurs études ont donné des indications sur les besoins des francophones. La présente section fait un bilan des données existantes.

La première recherche d'envergure auprès de la population francophone fut l'enquête provinciale réalisée en 2002 par la Fédération des francophones de la C.-B. (FFCB, 2002). Elle donne un portrait général des besoins. RésoSanté a également parrainé deux autres enquêtes de suivi à l'enquête provinciale, l'une auprès de la population francophone démunie du Grand Vancouver et réalisée avec la Boussole (RésoSanté & La Boussole, 2004) et l'autre auprès de la population des Tri-cities, et réalisée avec le Foyer Maillard (RésoSanté & Foyer Maillard, 2005). Enfin, dans le cadre de leurs projets respectifs d'adaptation de services, la régie de santé provinciale et la régie régionale de Vancouver Coastal ont consulté la clientèle visée par leurs initiatives de santé en français et apporté des précisions quant aux besoins de la communauté francophone et aux solutions envisageables pour améliorer les services offerts.

2.3.1 La recherche de la Fédération des francophones de la C.-B.

La Fédération des francophones de Colombie-Britannique s'est vue confier le mandat, en 2002, d'étudier les questions touchant à la santé en français (FFCB, 2002). Elle savait que 78% des francophones pensaient

qu'il était important d'avoir accès à des services de santé en français (Angus Reid, 1997). La démarche alors entreprise par la Fédération s'inscrivait dans un cadre plus large celui des collectivités francophones et acadiennes du Canada qui ont fait de la santé en français une priorité. Les objectifs de l'enquête étaient :

- Consulter la population francophone pour connaître ses priorités au sujet de la santé
- Faire un inventaire des personnes ressources professionnelles du domaine de la santé pouvant s'exprimer en français afin de publier un répertoire de celles-ci.

⋮ *En plus de la consultation auprès de la population, quatre organismes impliqués dans la prestation de services liés à la santé ont donné leurs commentaires.*

Le premier fait d'importance est que même si les participants habitent depuis longtemps en Colombie-Britannique et que leur niveau d'anglais est satisfaisant, ils accordent une grande importance aux services de santé en français. En effet, 60% pensent qu'il est important ou très important d'avoir accès à ces services et 36% ont déclaré avoir tenté de consulter en français. Parmi ces derniers, la majorité (62%) a reçu des services de santé en français.

La recherche tentait également de mettre en évidence les services prioritaires. La priorité vise les services de santé primaires ainsi que ceux où la langue revêt toute son importance, soit la médecine générale, la psychologie, la psychiatrie.

Au niveau des habitudes de vie, la recherche a démontré que dans l'ensemble les franco-colombiens sont en santé et font attention à leurs habitudes de vie. Ils prennent soin de leur alimentation, font de l'activité physique, prennent soin d'eux-mêmes. 90% estiment être en bonne santé.



Au niveau des entrevues avec les porte-parole des 4 organismes, voici les faits saillants :

Selon la directrice du Foyer Maillard, il ne fait aucun doute que les barrières linguistiques posent de nombreux défis. Les ressources en français se font rares et tout départ de médecins ou spécialistes inquiète. L'une des difficultés est aussi de trouver des médecins qui acceptent de se déplacer au Foyer. Ils préfèrent recevoir les consultations dans leur clinique ce qui entraîne des frais pour le Foyer et des complications au niveau des accompagnements.

Pour Réseau-Femmes : les femmes qui appellent la ligne Inform'Elles désirent un service en français et elles sont nombreuses à se servir de ce service ce qui confirme le besoin d'être servi en français. Il y a aussi selon la directrice, un besoin de connaître les ressources qui sont en mesure de s'exprimer en français. Il en existe un certain nombre mais il faut les identifier clairement.

- *Les besoins de la Boussole sont plus spécifiques,*
- *il existe un grand besoin au niveau des services en*
- *santé mentale, la désintoxication en français et les*
- *interprètes. Les services d'urgence dans les hôpitaux*
- *n'offrent aucun service en français or 75%*
- *des clients de la Boussole ne parlent pas anglais.*

De même pour le conseil scolaire francophone, les besoins de services en français sont importants. Les principaux services sont en counselling psychologique, en physiothérapie, en pédo-psychiatre. Les services d'interprétation existent mais ne règlent pas tous les problèmes. Trouver des spécialistes est plus difficile en région.

Cette étude fut une première étape dans la connaissance des besoins de la population franco-colombienne. Elle a permis de démontrer l'importance qu'accorde la population aux services de santé en français. Répondre à cette demande devient dorénavant l'enjeu majeur.

2.3.2 La recherche menée auprès de la Boussole

L'étude de la Boussole menée au nom de RésoSanté (RésoSanté & La Boussole, 2004) cherchait à mettre en évidence les besoins en matière de services de santé pour la population francophone démunie. La Boussole étant le seul organisme francophone oeuvrant pour cette population, les entrevues ont été menées avec des clients de la Boussole ainsi que des intervenants sociaux et professionnels de la santé en contact direct avec cette clientèle. D'après cette étude, les francophones démunis ont en commun de faibles revenus et des mauvaises connaissances de l'anglais ce qui, ajouté à d'autres facteurs va entraîner exclusion et marginalisation. Ces facteurs de risque aggravent leur vulnérabilité au niveau de la santé. Dans le cas de cette clientèle, pouvoir obtenir des services de santé en français semble être une nécessité, un premier pas vers l'appropriation de leur santé, un premier pas pour se sortir de cette marginalisation.

Dans cette étude encore une fois est soulignée l'importance d'une liste de médecins parlant français. Pouvoir identifier des professionnels de la santé, des bénévoles pour de l'accompagnement est une nécessité. Avoir un point d'accueil avec du personnel parlant français serait aussi une solution mais surtout pouvoir compter sur des médecins consciencieux et voulant desservir cette clientèle particulière. Informer davantage et mieux et une autre piste de solution mise de l'avant dans cette recherche.

2.3.3 La recherche sur l'évaluation des besoins des francophones des Tri-cities.

De même que la recherche précédente, celle-ci, menée par le Foyer Maillard au nom de RésoSanté (RésoSanté & Foyer Maillard, 2005) cherchait à connaître les besoins, à répertorier les services offerts et déterminer s'ils étaient suffisamment nombreux pour les francophones



des Tri-cities, à savoir Coquitlam, Port Coquitlam et Port Moody, incluant la communauté francophone historique de Maillardville.

Encore une fois, la demande pour des services en français est présente. Même lorsque les personnes disent être capable de bien s'exprimer en anglais, elles considèrent important voire très important de pouvoir avoir accès à des services de santé en français 52,9%. Dans le cas de cette recherche nous obtenons des données plus précises sur le nombre de personnes ayant essayé de trouver des services en français 41%, le nombre qui n'a pu en trouver 58,3%. 20,6% estiment que le fait de ne pas pouvoir s'exprimer dans sa langue a constitué une barrière à l'obtention de soins appropriés et 12,4% disent avoir retardé des consultations.

Les priorités sont encore en premier lieu l'accès à des médecins de famille. En fait, les services interpersonnels, comme la psychologie, la psychiatrie obtiennent un plus haut degré d'importance quand à la prestation en français. Il semble aussi que les services disponibles en français ne répondent pas à la demande puisqu'il y a un plus grand nombre de personne qui tente d'avoir des services en français que celui qui en obtient.

2.3.4 Études des régions de santé

La région de santé provinciale ou *Provincial Health Services Authority* et la région régionale *Vancouver Coastal Health* ont conjointement procédé à des consultations de la population francophone, de décembre 2004 à avril 2005, dans le cadre des projets d'adaptation de soins de santé qu'elles pilotaient. La recherche tentait de mettre à jour les besoins et les difficultés vécues par les francophones grâce à des groupes de discussions et des questionnaires. Les conclusions du rapport intitulé *Barriers and issues in access to French-language health services in BC* (Cameron 2005) quant aux besoins des francophones pour des services en français sont les mêmes que dans les recherches précédentes, le besoin est présent mais

les services semblent faire défaut. La recherche fait un excellent survol des différentes recherches au Canada sur le sujet des barrières linguistiques et poussent plus loin certains questionnements autour de besoins particuliers comme les enfants autistes, les enfants avec des difficultés de développement ou neurologiques. Les effets négatifs reliés au fait de ne pas pouvoir être servi dans sa langue sont, preuves à l'appui, énumérés.

Les solutions proposées sont nombreuses :

- Développer et mise à jour du répertoire des professionnels de la santé qui parlent français.

Une plus grande visibilité pour tous professionnels de la santé en mesure de donner des services de santé en français car à l'heure actuelle, s'ils existent, ils sont invisibles.

- Développer des politiques linguistiques pour mieux identifier les professionnels parlant français

Il n'existe aucun moyen fiable pour identifier les différentes langues parlées par les professionnels de la santé. Il faut également tenter de recruter davantage de personnel bilingue.

- Développer un point d'accès pour les enfants à besoins spéciaux, les personnes défavorisées ainsi que les immigrants
- Une campagne publicitaire afin d'encourager les francophones à réclamer des services de santé en français

2.3.5 Conclusion des données existantes

Pour conclure ce bilan, toutes les études ont clairement démontré de la part de la population francophone, un besoin d'obtenir des services en français. Même lorsque les francophones parlent correctement l'anglais, la langue maternelle reste celle de prédilection. Les besoins d'une santé en français sont toutefois plus marqués



pour certains francophones tels ceux défavorisés. Certains services faisant directement intervenir la langue, comme ceux touchant à la santé mentale sont particulièrement importants à développer en français.

Certains services de santé existent en français, mais ils ne sont pas assez nombreux ni assez visibles. Plusieurs solutions ont été suggérées. Tous changements demandent du temps mais surtout l'engagement de tous les partenaires, soit les instances décisionnelles, les associations mais également la mobilisation de la communauté francophone.

2.4 Données recueillies lors de l'enquête préparer le terrain

2.4.1 Résultats de l'enquête auprès de la population

2.4.1.1 Méthodologie

Un comité directeur a fourni les orientations d'ensemble de cette recherche communautaire participative (community-based participatory research) utilisant des méthodes qualitative et quantitative. Ce comité a développé les questions de recherche, la méthodologie, les questionnaires et entrevues, et supervisé le déroulement de l'étude. Ce comité se compose des chercheurs, de représentants de RésoSanté et de la communauté, de la Faculté de Médecine au niveau pré-gradué et post-gradué, du Département de Médecine Familiale et des campus en région. Le comité d'éthique de l'Université de la Colombie Britannique a approuvé la recherche.

Des experts en éducation médicale et en biostatistique ont validé le contenu du questionnaire. Le questionnaire a été piloté auprès de 5 membres de la communauté francophone en général. Les questionnaires étaient disponibles en version papier (avec une enveloppe pré-adressée non affranchie) ou électronique sur le site de RésoSanté du 16 novembre 2005 au 11 janvier 2006. 3199 questionnaires version papier ont été envoyés. Tous les répondants étaient éligibles au tirage de prix

de participation de 200\$, 100\$ et 50\$. Le sondage de 60 questions comprend les sections suivantes : importance et l'impact d'avoir un médecin anglophone ou francophone, capacité linguistique, autres services disponibles en français et ressources à développer, état de santé et données démographiques.

La population a été rejointe grâce à des publicités dans les médias francophones (Radio Canada et journaux francophones locaux), avec un kiosque lors du festival d'été francophone, par les associations et organismes francophones répertoriés dans l'annuaire de la Colombie-Britannique. Les francophones étaient invités à participer à la recherche soit en remplissant le questionnaire soit en participant à des groupes de discussion. L'échantillonnage des groupes de discussion était de contraste soit nouveaux arrivants versus personnes établies depuis longtemps.

Au niveau des capacités linguistiques, deux indices ont été créés. L'évaluation de la capacité linguistique en français d'usage et français médical inclut la compréhension orale, la compréhension écrite, l'expression orale et l'expression écrite. Les répondants évaluent leurs habiletés dans chaque domaine sur une échelle de cinq (1 = aucune, 2 = limitée, 3 = passable, 4 = bonne ou 5 = très bonne). L'indice de compétences linguistiques représente la moyenne des cinq domaines.

L'analyse des données quantitatives a été faite grâce au logiciel SPSS 13 et 14. Les analyses sont considérées statistiquement significatives au seuil de 95% ($p=0.05$ ou 5% de chance que le résultat soit dû au hasard). Les analyses bivariées utilisent le chi-carré de Pearson ce qui permet d'établir s'il y a une différence entre les groupes avec des données catégorielles. Les groupes défavorisés font l'objet d'une analyse approfondie.

Afin de contrôler les différents facteurs qui influencent l'importance d'avoir un médecin de famille qui parle français, nous avons construit un modèle de régression logistique. Cette technique permet de calculer les ratios de côte de chaque facteur d'intérêt qui compare les répondants qui considèrent important ou non d'avoir



un médecin de famille qui parle français. Nous avons regroupé tous ceux qui ont répondu qu'avoir un médecin de famille francophone est important ou très important, pour les comparer au reste. À l'exception des variables démographiques, le modèle final conserve seulement les variables statistiquement significatives ('stepwise backward' : technique pas à pas rétrograde utilisant le critère de Wald).

L'indice de difficultés expérimentées lors de consultations avec un médecin qui ne parle pas français correspond au nombre de difficultés et/ou conséquences négatives reportés par chaque répondant, de 0 à 7, où la dernière catégorie représente des difficultés reportées dans 7 domaines ou plus (regroupées dû au petit nombre de répondants reportant autant de difficultés). Un modèle de régression de données catégorielles permet l'analyse des facteurs qui influencent ces difficultés en quantifiant et normalisant les variables catégorielles. Cela permet d'optimiser une relation linéaire entre les difficultés et les facteurs explicatifs (SPSS Catégories 14.0, Manuel d'utilisateur, chapitre 2, Régression catégorielles). Les données manquantes ont été regroupées dans une catégorie à part ou imputées à la réponse la plus fréquente selon la relation de cette variable avec les difficultés dans l'analyse binaire. Le modèle exclut les répondants qui n'ont pas reporté leur revenu familial (54). Les coefficients produits par cette analyse représentent la variation dans les facteurs d'intérêt qui produisent une déviation standard de la normale dans l'indice de difficulté transformé. Chaque catégorie de chaque variable obtient un facteur de quantification qui multiplié par le coefficient correspond au changement produit par l'appartenance à cette catégorie.

L'analyse qualitative des groupes de discussion a été menée par deux chercheurs afin de s'assurer que toutes les idées avaient été identifiées. La grille d'entrevue était organisée autour de questions semi dirigées ce qui laissait place à l'échange des idées. Les discussions d'une durée de 2 heures environ ont été enregistrées puis retranscrites. Le logiciel Atlas Ti a permis de découper les entrevues en unités d'analyse qui ont été par la suite regroupées entre elles, permettant de faire une analyse détaillée.

2.4.1.2 Résultats des questionnaires

Nous avons reçu 418 questionnaires (213 en version électronique, 205 en version papier), dont 12 ont été exclus parce que reçus après la date limite et le début de l'analyse. Une majorité de répondants ont obtenu le questionnaire par le conseil scolaire (54%) et les associations francophones (25%) et 21% par d'autres sources de diffusion.

Données sociodémographiques

La table 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des répondants. Ils proviennent de toute la province avec une majorité de la grande région de Vancouver (54%). La majorité des répondants sont des femmes. L'âge s'étend de 21 à 82 ans avec une majorité entre 40 et 59 ans. Environ la moitié est établie en Colombie-Britannique depuis plus de 10 ans. La majorité est née au Québec (58%), 15% en Europe (France/Belgique/Suisse), 14% dans les autres provinces du Canada et 11% autres pays et 2% en Afrique. Plusieurs ont des enfants (65%) et la langue la plus utilisée avec eux est le français (69%). Une minorité de répondants utilisent le français au travail (28%) ou avec leurs conjoints (40%). Un peu plus de la moitié se sent fortement attachée à la communauté francophone. Dans l'ensemble, les répondants sont très éduqués avec des revenus familiaux élevés. Certains répondants sont plus défavorisés : 11% ont un revenu familial de 25 000\$ ou moins et 13% ont complété seulement le secondaire (1% ont complété seulement le primaire).

La majorité des répondants se disent en très bonne ou excellente santé (73%), et 19% souffrent de maladie chronique. Parmi ceux qui ont un revenu familial de 25 000 \$ ou moins, une plus grande proportion qualifie leur santé de passable ou mauvaise (13.5% $p = 0.002$) et un phénomène similaire se produit avec un faible niveau d'éducation.

La table 2 présente la capacité linguistique des répondants. En moyenne, l'indice combiné de compréhension orale et écrite de l'anglais courant est de 4.4 (entre bon et très bon) et de 3.8 pour l'anglais médical (entre pas-



sable et bon). Par exemple, 88% des répondants considèrent leur niveau de compréhension orale de l'anglais courant bon ou très bon. Cela passe à 64% lorsque l'on parle de la compréhension orale des termes médicaux. Environ la moitié des répondants (48%) se disent être plus à l'aise en français lorsqu'il est question de santé. Les répondants qui sont mieux éduqués, qui ont un meilleur revenu familial et qui demeurent en CB depuis plus longtemps parlent et comprennent mieux l'anglais courant et médical.

Accès à un médecin de famille parlant français

Une grande proportion de répondants a un médecin de famille (83%) ce qui baisse à 66% pour ceux qui ont un revenu familiale de 25 000\$ ou moins. Les femmes ont tendance à avoir un médecin de famille dans un plus grande proportion que les hommes (85% vs 77% $p = 0.095$).

Au total, 49% des répondants indiquent qu'avoir un médecin parlant français est important ou très important. Les principales raisons justifiant d'avoir un médecin parlant français incluent le confort linguistique et éviter les problèmes de communication. L'analyse bivariée montre que les répondants arrivés récemment, ceux qui ont un revenu plus faible, qui n'ont pas d'enfants⁵, qui n'ont personne de confiance pour traduire et qui sont plus connectés à la communauté francophone accordent plus d'importance à avoir un médecin parlant français. Les quatre répondants qui ont complété seulement une éducation primaire considèrent tous qu'il est très important d'avoir un médecin francophone. L'âge, le genre, l'état de santé ou le fait d'avoir une maladie chronique n'influence pas l'importance accordée à avoir un médecin francophone. Les francophones résidents des Kootneys et de la Sunshine Coast accordent moins d'importance à avoir un médecin francophone.

Le modèle de régression logistique et les ratios de cote qui en découlent sont présentés à la table 5. Une fois contrôlé pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, de santé et de revenu, le fait de n'avoir personne pour traduire en cas de besoin ou d'avoir de la difficulté à trouver quelqu'un est associé respectivement à 3.5 et 2.3 fois plus de chance de considérer important d'avoir un médecin de famille qui parle français. Comparé aux répondants qui jugent leur capacité linguistique en anglais comme très bonne, ceux qui considèrent leur capacité nulle ou limitée ont 8 fois plus de chance de juger important d'avoir un médecin de famille qui parle français. Plus les répondants résident en C.-B. depuis longtemps, plus ils considèrent sans importance le fait d'avoir un médecin qui parle français. Ceux qui vivent en C.-B. depuis moins d'un an ont plus de 8 fois la chance de considérer important d'avoir un médecin de famille qui parle français et ce même une fois contrôlé pour la capacité linguistique et les autres variables incluses dans le modèle final, incluant l'éducation et le revenu. Les répondants qui ont un médecin de famille qui parle bien le français ont aussi 8 fois plus de chance de considérer le fait d'avoir un médecin qui parle français comme important.

Une fois contrôlé pour l'effet des autres variables, la contribution du lieu de résidence, d'avoir des enfants et de pouvoir compter sur quelqu'un pour aider⁶ en cas de maladie devient insignifiante statistiquement. Ces variables sont exclues du modèle final. Le niveau de capacité linguistique courante des médecins et des répondants s'avère trop similaire au niveau de la capacité linguistique de termes médicaux pour être conservé dans le modèle. Les autres variables sont peu corrélées et rien ne contrevient à leur inclusion dans le modèle final.

Les tables 4 et 6 détaillent les difficultés d'accès à un médecin de famille parlant français et les conséquences de ne pas en avoir un. Plus de 40% des répondants ont

5. Ceux qui ont des enfants vivant avec eux ont un revenu et un niveau d'éducation plus élevés ($p = 0.000$ et $p = 0.02$) et parlent et comprennent mieux l'anglais courant et médical ($p = 0.01$ et $p = 0.000$). De sorte que la relation entre le fait de vivre avec des enfants et l'importance d'avoir un médecin parlant français pourrait être secondaire à ces autres facteurs.

6. Dans ce cas la question réfère à de l'aide en générale et non pas à de l'aide pour traduire

essayé de trouver un médecin parlant français mais la majorité d'entre eux (53%) n'a pas réussi. Plus de 54% de ceux qui ont essayé de trouver un médecin parlant français disent avoir éprouvés des difficultés pour en trouver un. La plupart du temps parce qu'il n'y a pas de médecin proche et parce que les médecins francophones ne prennent plus de nouveaux patients ou sont retraités. Les sources d'information utilisées pour trouver un médecin parlant français sont: les amis (61%), l'annuaire francophone (29%), l'annuaire téléphonique (28%), les associations francophones (21%), l'Internet (6%), le Collège des Médecins (6%) et autres (18%). Peu disent ne pas savoir où chercher (6%).

Ceux qui se disent plus à l'aise en français pour recevoir des services de santé recherchent un médecin parlant français plus que les autres (59% comparé à 40% en général). Plusieurs, 27%, de ceux qui se disent à l'aise dans les deux langues en cherchent un également. En moyenne, les répondants qui ont un médecin de famille parlant français ont un niveau de compétence linguistique en anglais inférieure à celui de ceux qui ont un médecin qui parle seulement l'anglais (anglais commun 3.99 vs 4.58, $p < 0.001$ et anglais médical 3.17 vs 4.04, $p < 0.001$).

Les répondants avec un revenu familial de 100 000\$ ou plus cherchent moins que les autres à trouver un médecin parlant français. Cela pourrait être dû au fait que leur niveau moyen de compétence linguistique commun et médical est plus élevé que le reste des répondants (4.8 et 4.3 vs 4.4 et 3.8 $p < 0.001$).

Certains répondants ($n=78$) qui avaient un médecin parlant seulement anglais ont changé pour un médecin qui parle français. Ce changement fut motivé principalement par des problèmes de communication (33%) et/ou d'insatisfaction envers les soins (30%) et/ou d'autres raisons.

Le changement d'un médecin parlant français à un qui ne maîtrise pas le français ($n=88$) est justifié par le départ du médecin francophone (23%), l'insatisfaction des soins (15%), le médecin étant situé trop loin du domi-

cile (13%), le trop bas niveau de français du médecin (6%), d'autres raisons (32%) ou sans réponse (13%).

Parmi les répondants ayant ou ayant eu un médecin anglophone, 28% estiment que cela a posé quelques ou beaucoup de difficultés à être compris par leur médecin, 24% ont eu des difficultés à comprendre le diagnostic, 18% sont plus stressés, 9% ont retardé une consultation parce qu'ils ne savaient pas comment s'exprimer en anglais, 4% ont perçu une détérioration de leur état de santé du fait d'avoir un médecin anglophone et 1% pensent qu'ils ont été hospitalisés à cause du problème de la langue.

Les répondants de niveau socio-économique défavorisé (faible revenu familial ou éducation de niveau primaire ou secondaire) éprouvent significativement plus de difficultés avec les médecins qui ne parlent que l'anglais, table 4. Les personnes ayant les salaires les plus faibles (entre 0-25.000\$ et 26.000-50.000\$) sont celles qui ont le plus de difficultés dans la relation avec leur médecin. Les personnes peu éduquées ressentent tous du stress ou de l'anxiété lorsqu'elles consultent un médecin en anglais et sont plus susceptibles d'avoir eu à changer de médecin pour des difficultés de langage ou d'avoir dû augmenter leur prise de médicaments. Les $\frac{3}{4}$ de ceux qui ont perçu une détérioration de leur état de santé ou ont été hospitalisés dû au fait de ne pas avoir de services en français ont un revenu familial de moins de 50 000\$. Et 75% de ceux qui ont seulement complété leur éducation primaire considèrent que leur santé s'est détériorée dû au fait d'avoir un médecin qui ne parle pas français. Les personnes établies récemment (moins de 3 ans) et ceux établis depuis 5 à 10 ans ont aussi plus de difficultés avec les médecins ne parlant pas français, mais à un degré moindre et pour moins de dimensions de la relation ou de la qualité des soins que le revenu ou l'éducation.

La majorité des répondants ne reporte aucune difficulté ou conséquence négative due au fait de consulter un médecin qui ne parle pas le français, 13% en reportent une ou deux, 15% en reportent 3 à 4 et 12% en reportent plus de 5 (table 6). Plusieurs mentionnent un senti-



ment d'infériorité par rapport au fait de ne pas pouvoir s'exprimer comme ils le souhaitent, s'interrogent sur la qualité du diagnostique.

Le modèle de régression catégorielle montre qu'avoir quelqu'un de confiance pour faire la traduction en cas de besoin et bien parler l'anglais prédisent le mieux le fait d'avoir moins de difficultés ou de conséquences négatives lors de consultation avec un médecin qui ne parle pas français (table 7). Les gens qui souffrent de maladies chroniques, qui vivent en dehors de la grande région de Vancouver plus particulièrement dans les Kootneys, les femmes et les gens à faible revenu reportent plus de difficultés ou conséquences négatives. L'âge et l'éducation, n'ont pas d'influence significative mais sont conservés en tant que variables contrôles. Ce modèle est statistiquement significatif ($F = 7.979$ $p = 0.000$) et explique le quart de la variation entre les répondants (R^2 ajusté=0.264). L'état de santé et le fait d'avoir une maladie chronique montrent une certaine colinéarité. L'état de santé n'ayant pas d'influence significative sur le modèle incluant les autres variables a été éliminé du modèle final. Il n'y a pas de colinéarité significative entre les autres variables. Même si le temps passé en C.B. n'est pas significatif, les tests de tolérance et d'importance du modèle suggèrent que ce facteur explique tout autant ou plus de variations entre les répondants que le genre qui est significatif, ce qui justifie de garder cette variable dans le modèle.

Autres services de santé en français

Afin d'obtenir des informations dans le domaine de la santé, les répondants utilisent Internet (60%) et des livres (55%), principalement en anglais. Le guide santé est utilisé en anglais autant qu'en français (41%). La moitié des répondants connaissent la ligne infirmière (BC Nurse line) et l'utilisent à 90% en anglais. Une majorité considère que les infirmières devraient offrir un choix de langues dans lesquelles le service est disponible plutôt que d'attendre une demande de la part du client. Le service d'interprétariat du Provincial Language Service est utilisé par 2% de notre échantillon. Une majorité juge leur anglais suffisamment bon pour ne pas avoir

besoin de ce service et plusieurs mentionnent la gêne de partager ses problèmes de santé avec une tierce personne. Aussi, 47% des répondants reportent pouvoir facilement trouver quelqu'un pour traduire. Cependant, la moitié des répondants dit ne pas être à l'aise avec le fait de partager ses problèmes de santé avec une tierce personne (interprète professionnel ou non). Plus de 60% disent pouvoir compter sur l'aide d'amis ou de la famille s'ils en ont besoin en cas de maladie mais cela est impossible pour 16%.

Les 4 choix prioritaires parmi la liste des ressources à développer pour améliorer les services de santé pour la population francophone sont: un site Internet avec les meilleurs sites en français, une liste des professionnels de la santé disponible dans toutes les institutions de santé, un répertoire des professionnels parlant français, un lexique de termes médicaux anglais/français. Ces services sont considérés très utiles par environ 60% des répondants et 70% des répondants à faible revenu. Le service d'interprétariat est celui jugé très utile par le moins de répondants (29% de la population générale et 37% de ceux à faible revenu).

Résumé

En général, les répondants sont éduqués et ont un bon revenu familial. Leur niveau d'anglais courant est bon mais il est seulement entre passable et bon pour les termes médicaux. Malgré cela, environ la moitié pense qu'avoir un médecin qui parle français est important ou très important. Et 40% ont essayé de trouver un médecin qui parle français. Cette proportion augmente parmi ceux qui parlent moins bien l'anglais, qui sont plus pauvres, qui sont arrivés récemment en C.-B.. Moins de la moitié de ceux qui ont tenté de trouver un médecin qui parlent français ont réussi.

Au total, 40% des répondants ont eu des difficultés ou des conséquences négatives lorsqu'ils ont consulté des médecins qui ne parlent pas français. Une majorité a des difficultés à trouver quelqu'un pour traduire en cas de problème de santé et de difficultés avec l'anglais. Ceux qui n'ont personne de confiance pour traduire,



ceux qui ont un plus faible niveau d'anglais, un revenu plus faible, qui ont une maladie chronique, qui vivent en dehors de la grande région de Vancouver ou qui sont arrivés il y a moins de 20 ans souffrent de plus de conséquences négatives et ont plus de difficultés lorsque traités par des médecins ne parlant pas français.

Il y a une méconnaissance des outils existants en français pour faciliter l'accès aux soins. Au niveau des re-

commandations pour améliorer les services en français, les principaux choix sont : un site web avec les meilleurs sites d'information sur la santé en français, une liste de médecins parlant français dans les institutions de santé, un répertoire de professionnels de la santé parlant français et un lexique de termes médicaux français/anglais. Le service d'interprétariat n'est pas dans leur premier choix.

Tableaux statistiques – population⁷

1. Données sociodémographiques

	Total n (%)		Total n (%)
Origine		Éducation	
Grand Vancouver	207 (54)	≤Secondaire	54 (14)
Ile deVancouver	95 (25)	Collégiale ou technique	122 (32)
Okanagan / Kootenays	47 (12)	Universitaire	203 (54)
Powell River / Sunshine Coast	22 (6)	Age	
Féminin	289 (76)	20~39	146 (39)
Masculin	91 (24)	40~59	198 (53)
Enfants à la maison	241 (65)	60+	29 (8)
Revenu familial		En C.-B. depuis	
0~25,000	39 (11)	< 1 an	30 (8)
26,000~50,000	87 (25)	1-5 ans	71 (19)
51~75,000	88 (25)	5-10 ans	86 (22)
76~100,000	68 (19)	>10 ans	195 (51)
>100,000	70 (20)	État de santé	
Appartenance à la communauté francophone		Excellent	134 (35)
Très faible / faible	62 (16)	Très bon	146 (38)
Moyen	121 (32)	Bon	89 (23)
Fort / très fort	198 (52)	Passable~mauvais	14 (4)
		Souffre de maladie chronique	73 (19)

⁷ Les pourcentages peuvent totaliser plus ou moins 100% dû à l'arrondissement



2. Capacité linguistique

	Anglais courant Score moyen	Anglais médical Score moyen	p	p
Temps de résidence en BC				
Moins d'un an	4.05	2.88	0.008	0.000
1 – 3 ans	4.27	3.61		
3 – 5 ans	4.44	3.79		
5 – 10 ans	4.40	3.66		
10 – 20 ans	4.60	4.00		
> 20 ans	4.48	4.17		
Revenu familial				
0 – 25 000 \$	4.00	3.46	0.000	0.000
26 000 – 50 000\$	4.37	3.67		
51 000 – 75 000\$	4.41	3.70		
76 000 – 100 000\$	4.53	3.89		
> 100 000\$	4.75	4.30		
Education				
Primaire ou secondaire	4.02	3.31	0.000	0.001
Collégiale ou technique	4.50	3.84		
Universitaire	4.52	3.93		
Total de tous les répondants	4.45	3.82		

3. Accès à un médecin de famille parlant français

Aide en fonction du revenu	Revenu familial	
	≤50 000\$	≥50 000\$
Accès à quelqu'un pour traduire en cas de besoin?		
Oui, facilement	41%	51%
Avec difficultés	37%	34%
impossible	22%	15%
Peut se faire aider par des amis/famille lorsque malade :		
Oui	60%	63%
Oui, avec difficultés	25%	20%
Non	15%	17%
Trouver un médecin parlant français	Revenu familial	
	≤50 000\$	≥50 000\$
Tenté	45%	36%
avec succès	36%	53%
sans succès	64%	46%
N'a pas essayé	55%	64%
Difficultés à en trouver un	80%	73%
Pas de médecin à proximité	50%	55%
Ne sais pas où chercher	29%	15%
Autre	21%	30%

	Total n (%)
Difficultés à trouver un médecin parlant français	
Aucune	40 (27)
Pas de médecin à proximité	61 (41)
Ne sais pas où chercher	25 (17)
Autre	41 (27)
Moyens utilisés pour trouver un médecin parlant français	
Amis	96 (61)
Annuaire francophone	46 (29)
Annuaire téléphonique	44 (28)
Associations francophones	33 (21)
Autres (Internet, Collège des Médecins, ne savent pas...)	59 (38)
Raison de choisir un médecin qui parle français †*	
Question de confort (affinité linguistique)	38 (73)
Éviter les difficultés de communication	37 (71)
Encourager les professionnels francophones	12 (23)
Profiter d'une affinité culturelle	12 (23)
Référé par un ami	7 (14)
Autre (pour les enfants, coïncidence...)	11 (21)
Répondants qui avaient un médecin anglophone et changé pour un parlant français	26 (53)
Raisons du changement *	
Problème de communication	10 (40)
Insatisfaction	6 (24)
Autre (hasard, déménagement, enfants...)	18 (72)
Répondants qui avaient un médecin parlant français et changé pour un parlant anglais	63 (16)
Raisons du changement *	
Le médecin parlant français est parti	20 (32)
Insatisfaction	13 (21)
Trop loin	11 (18)
Français trop faible	5 (8)
Autre (retraite, déménagement...)	28 (44)

† Parmi les répondants qui ont un médecin qui parle français * réponses multiples



4. Accès à un médecin de famille et répercussion de santé en fonction du revenu

	Revenu familial (\$)			P
	≤ 50 000	≥ 51 000	Total	
Avoir un médecin de famille (MF)	n (%)	n (%)	n (%)	
Oui	90 (63)	197 (78)	287 (83)	0.001
<i>parlant français</i>	18 (20)	26 (13)	44 (15)	
<i>ne parlant pas français</i>	72(80)	171 (87)	243 (75)	
Non	33 (27)	27 (12)	60 (17)	
État de santé				
Excellent	39 (32)	87 (69)	126 (36)	0.002
Très bon	39 (32)	94 (42)	133 (38)	
Bon à mauvais*	45 (37)	44 (20)	89 (26)	
Essaie de trouver un MF parlant français				
Oui	55(45)	80 (36)	135 (39)	0.036
<i>avec succès</i>	20 (36)	43 (54)	63 (47)	
<i>sans succès</i>	35 (64)	37 (46)	72 (53)	
Non	68 (55)	142(64)	210 (61)	
Répercussions d'avoir un médecin de famille ne parlant pas français				
Difficultés à comprendre le diagnostique†	41 (39)	55 (28)	96 (31)	0.051
Difficultés à être compris†	42 (42)	62 (31)	104 (35)	0.051
Difficultés dans la relation avec le médecin†	35 (33)	42 (21)	77 (25)	0.026
Inquiétude - anxiété - stress	33 (31)	32 (17)	65 (22)	0.003
Insatisfaction de la qualité des soins	33 (31)	36 (19)	69 (23)	0.012
Aggravation de l'état de santé	8 (8)	4 (2)	12 (4)	0.017
Hospitalisation	3 (3)	1 (1)	4 (1)	0.081
Surconsommation de médicaments	6 (6)	0 (0)	6 (2)	0.001
Nécessité de changer de médecin	19 (18)	18 (9)	37 (12)	0.023
Retardé la consultation	17 (15)	15 (7)	32 (10)	0.023

* 14 répondants disent leur santé mauvaise ou passable †Environ 4% rapportent beaucoup de difficultés, le reste rapportent certaines difficultés.

5. Importance accordée au fait d'avoir un médecin de famille parlant français

Variable (catégorie de base)	OR	Limite de l'intervalle de confiance à 95%		n	Sig.
		Base	Élevée		
Quelqu'un de confiance pour traduire (facilement)				124	.006
Avec difficulté	3.5	1.673	7.146	95	.001
Personne de disponible	2.3	.904	5.594	46	.081
Sans réponses	2.2	1.144	4.399	134	.019
Temps de résidence en C.-B. (<1 an)				30	.002
1-3 ans	.63	.153	2.626	30	.530
3-5 ans	.39	.100	1.486	40	.166
5-10 ans	.17	.051	.570	86	.004
10-20 ans	.15	.045	.518	117	.003
>20 ans	.12	.032	.442	75	.001
Sans réponses	15.7	.136	1816.734	21	.256
Capacité linguistique MD (aucune à limité)				48	.000
passable	.56	.090	3.521	10	.539
bonne	.97	.168	5.626	10	.975
Très bonne	8.1	2.450	26.894	49	.001
Sans MD ou MD qui ne parle pas français	.59	.277	1.273	289	.180
Capacité linguistique du répondants (Aucune à limité)				59	.000
Passable	.85	.342	2.097	102	.720
Bonne	.32	.128	.799	113	.015
Très bonne	.12	.044	.308	125	.000
Age	1.0	.988	1.035	399	.333
Revenu familial (\$0-\$25,000)				38	.250
\$26,000-\$50,000	1.1	.384	2.973	87	.899
\$51,000-\$75,000	.52	.184	1.486	88	.223
\$76,000-\$100,000	.59	.199	1.737	66	.337
>\$100,000	.43	.139	1.301	69	.134
Sans réponses	1.0	.259	4.014	51	.978
Éducation (primaire ou secondaire)				54	.134
collégiale ou technique	1.1	.473	2.602	120	.812
universitaire	2.0	.875	4.657	201	.100
Sans réponses	.41	.030	5.674	24	.506
Santé (excellente)				133	.828
Très bonne	.83	.440	1.572	144	.570
Bonne	1.1	.522	2.241	88	.832
Passable ou mauvaise	1.4	.283	6.990	14	.676
Sans réponses	.40	.040	4.005	20	.437
Genre (homme)				90	.380
Femme	.80	.432	1.481	286	.478
Sans réponses	.12	.004	3.018	23	.195
Constant	.90				.868



6. Ensemble des difficultés et conséquences négatives suite à avoir un médecin qui ne parle pas français

Difficultés ^a	N (%)	Quantifications
Aucune	212 (60)	-.763
1	24 (7)	.529
2	20 (6)	1.017
3	28 (8)	1.124
4	25 (7)	1.274
5	19 (5)	1.468
6	18 (5)	1.850
≥ 7	6 (2)	2.570
Total	352 (100)	

*An Optimal Scaling Level: Spline Ordinal (Degree 2, Interior Knots 2).

7. Facteurs associés à des difficultés ou conséquences négatives d'avoir un médecin qui ne parle pas français

Variable	Quantification		Coefficients standardisés			
	n		β	E.S.	F	Sig.
Accès à quelqu'un de confiance pour traduire en cas de besoin			.295	.061	23.144	.000
Oui facilement	113	-1.450				
Avec difficulté	84	.243				
Impossible	42	.243				
Sans réponse	113	-.974				
Souffre de maladie chronique			-.104	.046	5.037	.025
Oui	66	-2.082				
Non	286	.480				
Région de résidence			-.145	.046	9.775	.000
Grand Vancouver	189	-.736				
Powell River/Sunshine Coast	21	.916				
Okanagan	23	.497				
Kamloops area	14	1.088				
Kootenays	7	2.774				
Vancouver Island	88	.412				
Autre	10	3.756				
Genre			.222	.060	13.678	.000
Male	86	.220				
Femelle	266	1.144				
Age			.007	.049	.022	.881
Temps vécu en C.-B.			-.057	.049	1.342	.247
<1 an	28	-.471				
1-3 ans	29	-.471				
3-5 ans	37	-.471				
5-10 ans	82	-.471				
10-20 ans	112	-.471				
>20 ans	64	2.121				

Variable	Quantification		Coefficients standardisés			
	n		β	E.S.	F	Sig.
Capacité linguistique en anglais médical			-.368	.049	56.049	.000
1.00 - 2.00	28	-1.095				
2.25 - 2.75	37	-1.095				
3.00 - 3.50	79	-1.095				
3.75 - 4.00	72	.130				
4.25 - 4.50	16	.130				
4.75 - 5.00	120	1.218				
Éducation			.037	.047	.623	.430
primaire ou secondaire	49	-1.102				
collégiale ou technique	110	-1.102				
universitaire	193	.908				
Revenu familial annuel			-.087	.048	3.344	.019
\$0-\$25,000	39	-1.471				
\$26,000-\$50,000	87	-1.222				
\$51,000-\$75,000	88	.528				
\$76,000-\$100,000	68	.528				
Plus de \$100,000	70	1.160				

8. Ressources utilisées et à développer

	Total n (%)
Utilisation du répertoire francophone des professionnels de la santé	115 (29)
L'avez-vous trouvé utile : oui	102 (89)
Connaissance de la ligne téléphonique infirmière (BC nurse line)	196 (50)
Utilisation en français	6 (6)
Connaissance du Provincial Language Services (PLS)	7 (2)
À l'aise d'utiliser ce service	166 (50)
Pourquoi ne pas utiliser ce service d'interprètes ?	
Mon anglais est suffisamment bon	275 (73)
Je ne connais pas son existence	176 (47)
Ne serait pas utile	27 (7)
Une personne parlant français peut m'accompagner	25 (7)
Accès à quelqu'un pour traduire en cas de besoin	
Oui, facilement	125 (47)
Avec difficultés/ impossible	141 (53)
Peut se faire aider par des amis/famille lorsque malade :	
Oui	232 (61)
Oui, avec difficultés	83 (22)
Non	62 (16)



Répondants considérant que les ressources suivantes seraient très utiles	
Site web regroupant les meilleurs sites d'information sur la santé en français	252 (66)
Une liste des médecins parlant français disponible dans les institutions de santé	247 (64)
Un répertoire de professionnels de la santé parlant français	228 (59)
Un lexique de termes médicaux français/anglais	222 (59)
Une politique proactive offrant des choix de langue avec la ligne info santé	219 (58)
Étendre le mandat géographique des professionnels qui parlent français	203 (55)
Des brochures d'informations en français dans les cabinets des médecins	197 (52)
Des campagnes de prévention	171 (46)
Des équipes virtuelles pouvant collaborer à distance	161 (42)
Un centre de ressources documentaires et une médiathèque	147 (39)
Un service d'interprétariat	110 (29)

2.4.2 Résultats des groupes de discussion population

Deux groupes de discussion ont été organisés, l'un dans la grande région de Vancouver, l'autre à Prince George. De part la diversité des personnes constituant les groupes de discussion, nous avons constaté que nous ne pouvons parler d'une francophonie. Il n'existe pas une francophonie en Colombie-Britannique mais des francophonies, la francophonie est plurielle, elle est fragmentée en de nombreux groupes. Cela pourrait expliquer pourquoi il est difficile de mobiliser « les francophones ».

« [...] la francophonie, on a beaucoup de francophone en BC mais on a beaucoup mais on a peu (mais il y en a peu à la fois parce qu'on ne se ressemble pas tous) » (GD, n.1)

L'attachement est fort par rapport à la communauté d'origine, c'est-à-dire que chaque groupe se sent attaché aux siens, ainsi les québécois se regroupent avec d'autres québécois et il en va de même pour les autres communautés culturelles francophones. L'attachement à une « communauté francophone » est secondaire par rapport à la communauté ethnique. L'appartenance

ethnique pousse les gens à se regrouper entre communauté ethnique plutôt que linguistique. La francophonie en Colombie-Britannique, selon notre analyse, ce sont des cultures différentes avec une langue commune, ce qui est très différent des autres groupes migrants comme par exemple les japonais pour lesquels la langue et la culture forment un tout, un seul sentiment d'appartenance.

« [...] on parle le français mais [...] on peut pas rencontrer tous les francophones parce que la francophonie on est du Québec, on est de Montréal, (on est) des marocains [...] » (GD, n.1)

La différence de culture que cache l'appartenance à la communauté francophone est un obstacle particulier à l'instauration de services de santé en français. En effet, les Mauriciens par exemple connaissent les noms des médicaments de France et ont parfois de la difficulté avec les noms des médicaments utilisés au Canada. Pour un spécialiste comme un pharmacien, cela ne pose pas de problème car il connaît les noms génériques des médicaments mais pour les patients, ce sont



les noms de ventes qui sont généralement retenus et ces noms diffèrent d'un pays à l'autre. Ainsi, même si la langue commune est le français, on retrouvera des différences significatives au niveau de la façon dont les médicaments sont nommés par les malades. Il se pourrait même qu'il y ait des différences dans l'expression de la douleur suivant la culture à laquelle l'on se rattache.

Un autre élément est à considérer lorsque l'on parle des communautés francophones de Colombie-Britannique, il s'agit de la communauté de proximité. Lors du recrutement des participants pour notre enquête, il a été remarqué que certaines communautés francophones se regroupaient dans certaine région de la province. Chacune de ces communautés a son histoire particulière de migration. L'un de nos groupes étaient constitué de migrants de longue date et l'autre était dans la province depuis moins de temps. Entre ces deux histoires de migration, entre ces deux temps migratoire, un seul élément ne changeait pas quant à l'utilisation des services de santé : cet élément est le fait que les gens interrogés choisissaient leur professionnel de la santé non pas en fonction de sa connaissance du français, mais bien en raison de sa proximité géographique. Ainsi la proximité géographique du médecin semble primer sur la langue du professionnel. Lorsqu'ils sont malades, les gens vont au plus près, ils ne veulent pas avoir à faire des kilomètres pour consulter leur médecin. La barrière géographique joue donc un rôle plus important dans l'utilisation des services de santé que la barrière linguistique.

« [...] faut p'être qu'on ait plus de médeccins partout [...] pas que Vancouver peut-être faut avoir des médeccins dans Surrey ou Langley ou White Rock, je ne sais pas où un peu partout » (GD, n.1)

« [...] je vois que c'est pas assez réparti la francophonie, je vois c'est concentré dans certaine partie, c'est plus coté Vancouver [...] » (GD, n.1)

Par contre, au niveau émotif, on retrouve quand même un attachement fort à la langue française, elle revêt un aspect central dans la culture d'origine des migrants.

On désire la conserver pour garder une partie de la culture de référence et c'est dans cette perspective que les enfants sont souvent inscrits dans des écoles francophones afin de transmettre une certaine partie de la culture d'origine.

Cependant même si l'on tient à la langue française, la Colombie-Britannique est perçue comme une province anglophone et du même fait les gens tentent plutôt de s'intégrer en utilisant les services courants en anglais. Ils ne recherchent pas de traitement particulier à cause de leur langue. Ils ne connaissent d'ailleurs que très peu les services en français et ne cherchent pas de renseignement à leur sujet. Les deux groupes rencontrés sont soit déjà très bien intégrés soit dans un processus d'intégration dans leur nouvelle communauté, ce qu'ils cherchent avant tout c'est d'apprendre à fonctionner de façon autonome comme tout autre citoyen et cela exige l'anglais selon eux.

« [...] on sait que BC c'est plutôt les anglophones pas les francophones, [...] puis quand on vient ici on s'en vient avec le deuil de la francophonie » (GD, n.1)

« On ne peut pas à Prince George, on ne peut pas communiquer ou faire quoi que ce soit en français [...] ça prend les 2 langues définitivement » (GD, n.2)

En plus, plusieurs couples rencontrés sont exogames, c'est-à-dire que l'un des conjoints n'est pas francophone et de ce fait la langue d'usage à la maison est l'anglais. Même au sein du foyer de certains parents francophones, on parle anglais pour aider les enfants au niveau de l'intégration. Cette volonté d'intégration sociale ne pousse pas les francophones à rechercher des services en français, mais bien à apprendre l'anglais pour être le plus autonome possible. Le désir d'intégration prévaut souvent sur la communauté linguistique francophone et cela fait en sorte qu'il y a une méconnaissance des services en français disponible dans les communautés. Par ailleurs, les gens qui souhaitent obtenir plus d'information sur ces services, n'ont souvent aucune idée d'où



se renseigner pour les obtenir. Même s'ils nous ont dit vouloir plus de visibilité pour les services en français, il est fort probable qu'ils ne feront qu'un effort limité pour avoir accès à des services en français. Ils souhaitent être simplement au courant tout les services disponibles en sachant que leur utilisation dépendra par la suite de leur choix personnel.

Les personnes rencontrées ont un réseau social important, sont éduquées, travaillent ou ont travaillé par le passé, sont capables de s'organiser et surtout veulent s'intégrer socialement ce qui rend moins crucial l'accès à des services de santé en français. Par contre pour les personnes sans réseau social et démunies comme les itinérants francophones de Vancouver ou les personnes fréquentant La Boussole⁸ qui dans une grande proportion ne parlent pas l'anglais, les services de santé en français prennent une toute autre importance, car ils ne sont pas dans une démarche d'intégration comme les gens que nous avons rencontrés. Lors d'une recherche précédente⁹, les besoins de cette clientèle particulière, comme les services de médecine générale, de psychiatrie, de travail social, d'interprétation, en salle d'urgence avaient été soulignés.

Au niveau des ressources en santé, les personnes rencontrées connaissent le répertoire des médecins et, grâce aux récentes campagnes de promotion, le guide santé cependant elles n'en font pas une grande utilisation. Le guide santé par exemple, semble être un outil difficile à comprendre pour certaines personnes des régions ou encore les personnes marginalisés. En région, l'intégration est telle que, en ce qui concerne les termes médicaux, les personnes rencontrées sont plus à l'aise en anglais. Même de la simple documentation en français ne semble pas être utile.

« C'est trop difficile, [...] je pense je la lirai pas, [...] moi, non plus parce que c'est trop difficile, [...] parce qu'on est assez accoutumé en anglais » (GD, n.2)

Dans le discours du 2^{ème} groupe, établi depuis longtemps, bien intégré voir assimilé, le français n'est plus la langue souhaitée pour les services de santé, il n'y a pas de demande pour des services en français. Pour ces personnes l'anglais prédomine dans la relation thérapeutique.

« [...] quand même qu'on demanderait quelque chose en français, y vont nous dire des affaires qu'on sait pas, ça fait qu'on va téléphoner en anglais pis on va avoir la réponse qu'on veut [...] » (GD, n.2)

« Tout le contraire, moi je parlais en anglais parce que je savais rien en français à Montréal, [...] on nous a passé le livre en français et j'ai essayé rendu chez moi, je l'ai ouvert pis j'ai essayé de comprendre, on comprend (pas) [...] c'est pas facile, on comprend pas les termes même » (GD, n.2).

Il y a donc une utilisation minimale des services, soit par méconnaissance soit parce qu'ils ne correspondent pas aux besoins de certains francophones. De notre échantillonnage, peu se servent des ressources en français. Une seule personne mentionne que la formation du guide santé fut utile. Pour les autres, ils veulent de l'information, ils sont fiers qu'il y ait des services en français mais ne s'en servent pas vraiment, il n'y a pas de véritable besoin. Encore une fois cela est lié à la volonté de fonctionner de façon autonome en société et cela n'est possible que si l'on parle l'anglais en Colombie-Britannique pour eux.

8. La Boussole est un centre communautaire dédié aux francophones démunis.
9. (FFCB, 2002)



Il n'y a pas une grande revendication au niveau des services de santé en français. La relation thérapeutique en français n'est pas primordiale. Nous constatons toutefois une différence entre le discours des personnes qui viennent d'arriver et celles établies depuis plus longtemps. Les personnes récemment arrivées disent que les services en français sont importants. Elles sont en voie d'intégration, l'anglais n'est donc pas encore totalement maîtrisé, s'exprimer en français reste plus facile. Elles utilisent certaines stratégies pour se débrouiller, les amis les aident, servent d'interprètes et l'on reconnaît que ce n'est pas vraiment facile parfois. S'exprimer en anglais pour décrire une douleur n'est pas aisé et même si cela n'a pas causé de problème, avoir des services en français pourrait leur faciliter la vie.

On peut déceler une certaine crainte face au manque de médecin francophone en cas de problème de santé sérieux. Certaines personnes réclament plus de spécialistes francophones, car le besoin de s'exprimer en français est plus présent lorsqu'il s'agit de problème de santé plus grave. D'ailleurs, lorsque les émotions rentrent en ligne de compte, il est plus facile de s'exprimer en français. Les psychiatres et psychologues sont des spécialistes auxquels on aimerait bien avoir accès en français.

« Moi, j'ai peur que attention qu'un jour je suis malade et que je pars voir le médecin et puis malgré que je parle très bien l'anglais mais quelquefois parfois les termes on arrive pas vraiment [...] à s'expliquer [...] » (GD, n.1)

Pour le moment, comme les personnes rencontrées sont en santé, sans problème sérieux, elles s'accommodent des services anglophones. Il n'y a eu aucune conséquence du fait que la personne ne pouvait pas bien s'exprimer en anglais et qu'elle était traitée par un médecin anglophone. Mais elles craignent que lorsque leurs problèmes de santé seront plus graves, elles aient des difficultés.

Certaines ont un médecin francophone mais c'est parce que lorsqu'elles sont arrivées, leur anglais n'était pas

parfait mais aujourd'hui elles ne décèlent aucun avantage à être traité en français puisqu'elles sont parfaitement bilingues. Toutefois elles mentionnent que pour les personnes non bilingues, il est tout de même rassurant de savoir qu'il existe des services en français.

Étant donné que l'importance des services de santé en français est relative pour les personnes de nos groupes de discussion, peu ont réfléchi à comment améliorer ces services. Spontanément, il n'y a pas une grande demande pour améliorer les services en français en ce qui concerne la santé, surtout en région éloignée. Elles suggèrent toutefois d'avoir un système plus distribué au niveau des médecins, par exemple si les gens savaient que tel jour, à tel endroit il y ait possibilité de voir un médecin parlant français cela les aiderait beaucoup.

« Si vous faites venir, comme si vous dites que y a quelqu'un qui va venir au Surrey tel jour [...] on peut faire à tous les Mauriciens [...] savoir que y a des médecins [...] francophones qui est là alors ce sera plus facile, c'est plus de mettre quelqu'un ici et de savoir aussi, de faire savoir » (GD, n.1)

Il a été question également de mieux informer les francophones des services existants en général. La publicité pourrait être faite à travers les écoles, les magasins/boutiques qui ont une clientèle francophone, et dans les médias qui semblent être un relais important pour la culture de langue française.

D'autres éléments ont été suggérés par les chercheurs et les participants ont élaboré. Ce qui a été jugé comme utile fut l'accès à des psychologues pour les nouveaux arrivants, la proposition d'un lexique de termes médicaux français/anglais à la fin du Guide Santé fut accueilli avec beaucoup d'enthousiasme, des formations sur les services en français disponible en C.-B., l'ajout dans le guide santé de comment trouver des professionnels de la santé francophones, une journée de la santé en français, des campagnes de prévention à la télévision. Ces éléments sont toutefois plus ciblés pour les francophones établis récemment en Colombie-Britannique. Una-



niment obtenir de l'information sur Internet n'a pas été considéré par nos participants comme utile.

La santé d'une population ne se limite pas aux services qui s'y rattachent. Les déterminants de la santé sont nombreux et la langue ne semble pas être l'élément le plus important pour notre échantillonnage. Nous savons que la santé est liée avec l'éducation, l'emploi, les liens sociaux d'un individu et c'est ce que nous confirment les résultats de nos groupes de discussion. La langue n'est pas à négliger mais elle n'est pas le premier critère (et ne peut l'être actuellement vu le nombre de médecins parlant français) dans le choix d'un professionnel de la santé.

Toutes les personnes constituant nos groupes de discussion étaient d'une première génération d'immigration. Qu'elles viennent du Québec ou d'ailleurs, la culture d'appartenance revêt alors une grande importance, on cherche à se regrouper, à s'entraider pour mieux s'intégrer. La langue française reste la langue dans laquelle il est le plus facile de s'exprimer. On peut émettre l'hypothèse que pour la 2^{ème} génération, le sentiment d'appartenance et l'importance de la langue française seront beaucoup plus relatifs.

En conclusion, nous pouvons dire que l'emphase devrait être principalement mise dans les services spécialisés ou les médecins de famille qui sont censés faire des suivi puisqu'en cas de problème de santé sérieux, la population francophone même si elle peut communiquer en anglais s'inquiète des conséquences de ne pas être parfaitement bilingue. Il semble selon les études précédentes que ce sont les populations marginalisées qui ont de graves problèmes de santé et qui bénéficieraient le plus de ces services spécialisés. Publiciser les services disponibles en général pour toutes personnes arrivant en Colombie-Britannique devrait également être une priorité et le réseau médical devrait être en mesure de référer les patients francophones. Rendre accessible et visible le réseau des professionnels de la santé parlant français aiderait aussi grandement, comme nous l'avons constaté, les personnes démunies et marginalisées de Vancouver qui eux ont des besoins criants.

2.4.5 Résultats Enquête étudiants/résidents:

2.4.5.1 Méthodologie concernant l'enquête des étudiants/résidents et les professionnels de la santé

Un comité directeur a fourni les orientations d'ensemble de cette recherche communautaire participative (community-based participatory research) utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives. Ce comité a développé les questions de recherche, la méthodologie, les questionnaires et entrevues et supervisé le déroulement de l'étude. Ce comité se compose des chercheurs, de représentants de RésoSanté et de la communauté, de la Faculté de Médecine au niveau pré-gradué et post-gradué, du Département de Médecine Familiale et des campus en région. Le comité d'éthique de l'Université de la Colombie Britannique a approuvé la recherche.

Des experts en éducation médicale et en biostatistique ont validé le contenu des questionnaires. Les questionnaires ont été pilotés auprès de 16 étudiants, 3 médecins. La version finale de 35 questions pour le questionnaire étudiant et 55 pour les médecins comprend 3 sections : la capacité de communication en français, les services couramment offerts ou à développer pour la population francophone de la Colombie-Britannique et les besoins de formation des étudiants et résidents. Tous les questionnaires étaient disponibles en version papier ou électronique. Tous les répondants étaient éligibles au tirage de prix de participation de 200\$, 100\$ et 50\$.

- Lors d'une classe, les 165 étudiants de deuxième année de médecine et 69 résidents de première année de résidence en médecine familiale ont reçu le questionnaire et les instructions de consentement éclairé. Des rappels par courriel ont invité ceux qui n'avaient pas rempli la version papier à compléter la version électronique sur le site de RésoSanté.



Les médecins ont été invités à participer au groupe de discussion et au questionnaire par l'intermédiaire de la liste du Département de médecine de famille de UBC et celle des médecins affiliés à la Régie Vancouver Coastal Health ainsi que lors d'une formation de l'Association des Facultés de médecine du Canada (AFMC).

Au niveau des capacités linguistiques, deux indices ont été créés. L'évaluation de la capacité linguistique en français d'usage courant et français médical inclut la compréhension orale, la compréhension écrite, l'expression orale et l'expression écrite. Les répondants évaluent leurs habiletés dans chaque domaine sur une échelle de quatre (1 = aucune, 2 = limitée, 3 = bonne ou 4 = très bonne). L'indice de compétences linguistiques représente la moyenne des quatre domaines.

L'analyse statistique est effectuée à l'aide SPSS version 14. Les résultats des chi-carrés et autres tests d'association ou de corrélation sont considérés statistiquement significatifs si $p \leq 0.05$.

L'analyse qualitative des groupes de discussion a été menée par deux chercheurs afin de s'assurer que toutes les idées avaient été identifiées. La grille d'entrevue était organisée autour de questions semi dirigées ce qui laissait place à l'échange des idées. Les discussions d'une durée de 2 heures environ ont été enregistrées puis retranscrites. Le logiciel Atlas Ti a permis de découper les entrevues en unités d'analyse qui ont été par la suite regroupées entre elles, permettant de faire une analyse détaillée.

Résultats obtenus auprès des Étudiants et Résidents

Les taux de réponse des étudiants et résidents sont de 48% et 68%. Les caractéristiques démographiques sont présentées dans le tableau 1. Une majorité de répondants sont des femmes et l'âge moyen est de plus de 25 ans et 25% d'entre eux font partie d'une minorité linguistique ou culturelle. Les résidents répondants travaillent dans les régions suivantes : 23% Vancouver, 27% Prince-George, 34% Victoria et 16% autre.

Services en français et compétences linguistiques

Le tableau 2 et 3 présentent les données quant aux services offerts à la communauté francophone ainsi que les capacités linguistiques des étudiants et résidents.

L'ensemble des étudiants et résidents a étudié le français durant leur formation primaire et secondaire (99%), 25% dans une école d'immersion et 6% dans des programmes d'été en français. Un seul répondant est de langue maternelle française. Certains résidents (11%) ont fait des stages de médecine avec une composante en français mais aucun étudiant.

Les résidents et les étudiants reportent des compétences linguistiques en français courant entre limitées (2) et bonnes (3) (en moyenne 2.36 et 2.14 respectivement $p = 0.138$) et en français médical entre aucune et limitées (1.61 vs. 1.38 $p = 0.049$). Une certaine proportion d'étudiants et de résidents se sent confortable à desservir la population francophone (32% et 53%). Les étudiants et résidents intéressés à offrir des services à la population francophone reportent de meilleures habileté linguistiques en français courant et médical (2.57 et 1.74 pour ceux qui sont intéressés vs 1.87 et 1.22 pour ceux qui ne le sont pas $p = 0.001$).

La grande majorité des étudiants/résidents (85%) considère extrêmement important pour une minorité linguistique d'avoir accès à des services de santé dans sa langue maternelle. Plusieurs (56% des résidents et 14% des étudiants) ont eu à traiter des patients francophones. Ceux appelés à traiter des patients francophones ont en moyenne plus d'habiletés linguistique en français courant et médical (2.73 et 1.72 pour ceux qui ont été appelés à traiter des francophones vs 1.99 et 1.34 pour ceux qui ne l'ont pas été $p = 0.001$ et 0.04). La moitié des étudiants et résidents sont intéressés à offrir des services en français et 66% souhaitent de la formation. Dans l'ensemble, 37% désirent plus de 5 heures de formation médicale continue en français. Une tendance se dessine dans le fait que ceux qui ont été appelés à traiter des patients francophones sont plus intéressés à recevoir de la formation pour améliorer leur compétence



en français (57% d'entre eux désirent plus de 5 heures de formation).

Lorsque les étudiants/résidents traitent un patient francophone qui a de la difficulté à s'exprimer en anglais, ils pensent utiliser une variété de stratégies : utiliser un service d'interprétariat (64%), référer à un médecin qui parle français (54%), demander au patient de revenir avec un traducteur (44%) et offrir la consultation en dépit des problèmes de communication (30%).

Une minorité d'étudiant et de résidents savent où référer leurs patients francophones (6%) et 19% ou chercher de l'information pour être en mesure de le faire. Lorsqu'ils cherchent ils prévoient utiliser principalement l'internet, le répertoire des professionnels de la

santé ou les associations francophones. Même lorsqu'ils connaissent des services comme le Provincial Language Service ils ne savent pas comment il fonctionne. Quant à RésoSanté, il est inconnu pour 94% des étudiants/résidents.

Le tableau 4 présente les ressources qui seraient utiles pour les étudiants et résidents. Il n'y a pas de différence entre les préférences des étudiants et résidents. Ils demandent en priorité le répertoire des professionnels de la santé, la liste de sources d'information et le lexique des termes médicaux. Les ressources internet sont priorisées mais les versions papiers sont aussi souhaitées par une proportion importante. Les rencontres de réseautage n'ont pas obtenu un pourcentage très élevé (14%), qui est le rôle perçu de RésoSanté.

Tableaux statistiques – étudiants / résidents

9. Données démographiques

		Résidents n %	Étudiants n %	Total n %
Sexe	Masculin	14 (32)	29 (43)	43 (39)
	Féminin	30 (68)	38 (57)	68 (61)
Ethnicité	Caucasien	34 (76)	50 (75)	84 (75)
	Asiatique	6 (13)	13 (19)	19 (17)
	Indien de l'est	1 (2)	3 (4)	4 (4)
	Autre	4 (9)	1 (1)	5 (4)
Moyenne d'âge		29 ans	26 ans	

10. Service à la communauté francophone

	Résidents	Étudiants	Total	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Importance de l'accessibilité à des services de santé dans sa langue (Très/extrêmement)	41 (89)	65 (83)	106 (85)	0.38
Appelé à traiter des patients francophones (Oui)	26 (57)	11 (14)	37 (30)	0.001
Savent où référer les patients francophones (Oui)	6 (13)	1 (1)	7 (6)	0.006
Savent où trouver des informations (Oui)	11 (24)	13 (17)	24 (19)	0.32
Connaissance du :				
Service d'interprètes PLS (Non)	21 (46)	34 (44)	55 (44)	0.82
Répertoire des professionnels (Non)	41 (91)	70 (91)	111 (91)	0.97
RésoSanté (Non)	44 (96)	70 (93)	114 (94)	0.60
Intéressé à de la formation médicale continue (oui)	28 (61)	51 (69)	79 (66)	0.37
Nombre d'heures de formation désirées :				
Aucune	19 (42)	35 (46)	54 (45)	
Moins de 5 h	10 (22)	12 (16)	22 (18)	
Plus de 5 h	16 (36)	29 (38)	45 (37)	
Médium de communication préféré pour des formations à venir :				
Par courriel	34 (89)	58 (88)	92 (88)	
Par la poste	6 (16)	10 (15)	16 (15)	
Par téléphone	2 (5)	5 (8)	7 (7)	
Attentes par rapport à RésoSanté				
Créer un réseau de professionnels	15 (39)	31 (46)	46 (43)	
Fournir de la documentation	13 (34)	30 (44)	43 (41)	
Formation	15 (39)	21 (31)	36 (34)	
Activités entre professionnels francophones	9 (24)	24 (35)	33 (31)	
Aucune attente	3 (8)	13 (19)	16 (15)	

11. Compétences linguistiques en français (p < 0.05)

	Français d'usage		Français médical	
	Résidents	Étudiants	Résidents	Étudiants
Intéressé à offrir services en français				
Oui	2.76	2.38	1.90	1.58
Non	1.83	1.91	1.25	1.19
Appelé à traiter des patients français				
Oui	2.67	2.80	1.79	1.66
Non	1.93	2.05	1.35	1.34



12. Ressources jugées très utiles

	Internet	Papier	Total
Répertoire des professionnels parlant français	70 (69)	38 (42)	108 (56)
Liste de source d'information en français	60 (63)	37 (39)	97 (51)
Lexique termes médicaux	51(50)	39 (49)	90 (49.5)
Documentation en français	38 (40)		38 (40)
Rencontre de réseautage	13 (14)		13 (14)

Faits saillants:

- 85% trouvent très important ou extrêmement important pour une minorité linguistique d'avoir accès à des services dans sa propre langue
- 11% des résidents ont suivi de la formation médicale en français
- Plusieurs étudiants et résidents sont intéressés à offrir des services en français (50% d'entre eux) et à suivre de la formation (66%). Plus ils ont été appelés à traiter des patients francophones et plus ils veulent de la formation
- Les étudiants et résidents qui ont suivi de la formation sont plus à l'aise d'offrir des services de santé en français
- Les étudiants et résidents ne connaissent pas les ressources disponibles pour les francophones mais sont intéressés à en savoir plus
- Au niveau des mesures d'accès suggérées pour améliorer les services en français, les plus importantes sont:
 - *Le répertoire des professionnels parlant français,*
 - *La liste de sources d'information sur la santé en français,*
 - *Le lexique de termes médicaux anglais/français.*



2.4.3 Résultats de l'enquête auprès des professionnels de la santé

Tableaux statistiques – professionnels

13. Données démographiques

Sexe	Féminin	3
	Masculin	4
Région	Vancouver	5
	Victoria	1
	Revelstoke	1
Parlent d'autres langues dans leur pratique	Oui	3
	Non	3
Accepte de nouveaux patients	Oui	3
Année d'obtention de votre MD		1971~2001
En C.-B. depuis		2 ~30 ans

14. Service à la communauté francophone

		Total N=7	
Pourcentage de patients francophones	~10%	4	
	~5%	1	
	0%	2	
		Oui	Non
Intéressé à offrir des services en français		3	4
Savent où référer		1	6
Connait d'autres professionnels de la santé parlant français		5	2
Présence d'employé ou collègue dans le bureau parlant français		5	2
Possède de la documentation en français		2	5
Veut information de la part de RésoSanté		4	2
Lieu où il cherche des professionnels de la santé parlant français	Internet	3	
	Association Fr	2	
Directives pour les patients qui préfèrent être servi en une autre langue que l'anglais.	Non	3	
	Référer	2	
Connaissance du service d'interprètes PLS	Non	7	
Connaissance de RésoSanté	Non	7	
Accepte d'être contacté par RésoSanté	Oui	7	



Compétences linguistiques

Peu de médecins ont répondu au questionnaire mais ceux qui l'ont fait ont des connaissances en français. Ils considèrent avoir un bon niveau en français. Les médecins ayant répondu en ligne ont un meilleur score que les autres pour lesquels on constate une différence entre le français courant et les termes médicaux. La plupart d'entre eux ont appris le français à l'école secondaire (3/5) où ont pris des cours.

- *Aucun d'entre eux n'a complété son doctorat en français ni n'a fait de stage de médecine en français mais une personne a déjà suivi de la formation médicale en français.*

Services de santé

Un seul offre actuellement des services de santé en français. Une majorité (5/7) considère qu'il est important voire très important pour une minorité linguistique d'avoir accès à des services dans sa propre langue. Il semble y avoir une méconnaissance des services en français. Nous n'avons reçu aucune réponse à savoir si les médecins voulaient être inscrits dans le répertoire des professionnels de la santé parlant français. Personne ne connaît le service d'interprètes PLS mais avoir accès à ce genre de service semble être important, surtout des interprètes professionnels (5/7). 3 préféreraient des interprètes tenant compte de la culture du patient et un se pose des questions sur le coût d'un tel programme. Les médecins ne connaissent pas non plus RésoSanté. Leur attente par rapport à cet organisme sont : l'organisation d'activités de formation (3/7), procurer de la documentation (3/7) ainsi que qu'organiser des activités de réseautage (2/7).

Formation et mesures d'accès suggérées pour améliorer les services en français

La plupart d'entre eux (5/7) souhaiteraient de la formation médicale en français, 3 indiquent qu'ils sont prêts à mettre plus de 6 heures, 1 de 3 à 4 heures et un autre

entre 1 et 2 heures. Même ceux qui ne sont pas intéressés à offrir des services en français souhaitent de la formation. Les mesures d'accès ou mesures suggérées ont été bien accueillies. Ce qui semble le plus utile selon eux (6/6) de la formation médicale continue sur la compréhension et l'expression du français courant et des termes médicaux, un répertoire de professionnels de la santé parlant français et ensuite (4/6) de la formation concernant le matériel et les organisations qui aident les francophones, un lexique de termes médicaux en français/anglais et enfin une liste de sources d'information sur la santé en français en version papier. Les versions papiers sont dans la plupart du temps préférées au version internet. Ce qui semble moins intéresser les médecins est la formation afin de faciliter l'accueil d'étudiants ou résidents francophones dans leur clinique 2/4.

La meilleure façon de les rejoindre afin de les informer de formation est par courriel.

En ce qui concerne les difficultés que pourraient rencontrer les médecins parce que le patient ne parle pas bien l'anglais, 2/5 disent en avoir éprouvées mais pas avec des francophones. Un médecin mentionne que parfois la culture peut causer des problèmes. Cependant, nous remarquons que dans l'ensemble (4/5), ils ne sont pas très à l'aise d'offrir des services en anglais à un patient qui ne maîtrise pas parfaitement la langue. Une personne ajoute que la bonne communication est la base d'une bonne relation et qu'il est important que le patient comprenne ce que dit le médecin. Ainsi lorsqu'ils doivent traiter des patients francophones ne maîtrisant pas tout à fait l'anglais, les médecins utilisent une combinaison de stratégies, soit ils les traitent malgré le problème de la langue et leur inconfort, soit ils demandent aux patients de revenir avec quelqu'un qui peut traduire ou réfèrent le patient. Deux d'entre eux mentionnent qu'il y a dans leur cabinet d'autres médecins parlant français pourtant ils ne leur demande pas d'aide.



Capacité de former et d'encadrement d'étudiants

Au niveau des stagiaires, un médecin dit recevoir 6 à 8 étudiants et deux médecins en reçoivent 4. Quant aux résidents, les médecins en reçoivent entre 1 et 4 par année. Un autre nous dit recevoir des infirmières. Uniquement 2 ont déjà reçu des stagiaires francophones mais ceux-ci n'ont pas pu recevoir leur formation en français. Aucun des médecins interrogés n'est intéressé à devenir un site approuvé pour recevoir des étudiants francophones.

Faits saillants:

- Une majorité 5/7 considère que c'est important ou très important d'avoir accès à des services de santé dans sa propre langue
- Les francophones représentent 10% ou moins de leur clientèle
- Ceux qui ont répondu possèdent une base en français.
- Leur français est bon mais ils ont de difficultés avec les termes médicaux en français.
- La moitié serait intéressée à donner des services de santé en français.
- Ils ne sont pas très à l'aise de donner des services de santé en anglais lorsque la personne ne maîtrise pas parfaitement la langue
- Tous demandent de la formation en français (sauf un), ils sont intéressés à avoir plus d'informations
- Ils ne savent pas où transférer les patients ni où chercher mais veulent de l'information.
- Ils ne connaissent pas le PLS, s'interrogent sur son coût et son fonctionnement.
- Ils sont peu intéressés à recevoir des étudiants stagiaires, 2 toutefois demandent de l'information.

- Parmi les outils proposés pour améliorer les services en français les premiers choix sont de la formation médicale sur la compréhension et l'expression du français courant et de termes médicaux, une liste de professionnels parlant français, une formation concernant le matériel et les organisations qui aident les francophones, un lexique de termes médicaux en français/anglais et une liste de sources d'information sur la santé en français.

2.4.4 Résultats du groupe de discussion des professionnels de la santé

Un seul groupe de discussion a pu être organisé malgré les nombreuses invitations envoyées à travers entre autre la Régie Vancouver Coastal Health. Soulignons les difficultés rencontrées dans l'organisation des groupes de discussion. Regrouper des médecins autour du thème de la santé en français a été très difficile. Étant donné le taux de réponse et même en tenant compte du fait que ce sont des personnes très occupées, l'intérêt en général chez les professionnels de la santé pour l'accessibilité des services de santé en français peut être remis en question. Ce groupe a donc été constitué lors d'une formation gratuite sur la terminologie médicale francophone, offerte en collaboration avec l'Association des Facultés de Médecine du Canada (AFMC). Toutes les personnes présentes possédaient une base en français, la plupart l'ont appris à l'école secondaire, leurs niveaux restent toutefois disparates, certains ne sont pas en mesure de tenir une conversation courante. Un seul participant a fait ses études médicales au Québec. Les médecins présents ont choisi l'anglais comme langue de discussion, le niveau de l'un d'entre eux ne permettait pas de mener le groupe de discussion en français.

Les professionnels de la santé, pour la majorité d'entre eux, n'ont aucun contact avec le milieu de la francophonie en Colombie-Britannique. Ils ont très peu de



connaissance sur les communautés francophones et leurs besoins. Dans l'ensemble, ils ne rencontrent pas souvent de francophone, ni au niveau social, ni dans le cadre de leur profession.

« I have been working for three years and have not been involved with the Francophone community »

Leur clientèle francophone est limitée, certains parlent de 2 patients par mois, un autre de peut-être 8 par mois. Cette clientèle francophone parle aussi souvent l'anglais, mieux parfois que les médecins ne parlent le français. Une seule personne stipule (celle parlant couramment le français) qu'elle a le désir de se bâtir une clientèle francophone et de se faire connaître comme étant en mesure de desservir cette clientèle.

Les médecins sont partagés quant aux besoins des francophones qui dans la plupart des cas parlent l'anglais. Nous savons de part nos autres analyses que les gens tentent plutôt de s'intégrer en utilisant les services courants à proximité de leur lieu de travail ou de résidence en anglais et ne recherchent pas de traitement particulier à cause de leur langue, ne recherchent pas activement des médecins parlant français. D'après les médecins, certaines minorités éprouveraient plus de difficultés que les francophones à obtenir des services adéquats. Toutefois, la problématique de la population francophone défavorisée est soulevée. Nous avons pu le constater dans les précédentes enquêtes et groupes de discussion, les besoins les plus marqués sont pour les personnes démunies et marginalisées de Vancouver ainsi que pour les personnes avec moins de liens sociaux ou celles présentant des problèmes de santé sérieux.

« But certainly the SCD Clinic where I am working doing any consulting with any outreach we see francophones quite often especially the homeless »

« If you were to say, create a francophone clinic, for example, on one hand there is real appeal to that in a center like Vancouver where you can populate that very quickly [...] »

Au niveau des ressources en français, il y a une méconnaissance des ressources existantes en Colombie-Britannique. Une seule personne connaît le guide Santé en français. Le service d'interprétariat PLS du *Provincial Health Services Authority* est inconnu. De leur point de vue, il existe de nombreuses documentations gouvernementales dans les deux langues officielles mais peu dans le domaine de la santé. Actuellement, ils se servent donc de documentation gouvernementale pour les aider pour le français courant ou font appel à des services d'interprètes (autre que le PLS). Souvent, les patients eux même se font accompagner par des personnes qui peuvent traduire. Des difficultés reliées aux services d'interprète sont soulignées, le coût et le fait qu'en cas de clinique sans rendez-vous, il est impossible d'y avoir recours.

L'importance d'une bonne communication et compréhension dans la relation thérapeutique est soulignée par tous les professionnels. Que la consultation se fasse en français ou en anglais, il est important que le patient comprenne le diagnostique.

« If they speak English, it is obviously important that they understand what you are saying to whomever or whatever patients you have »

Certains ajoutent que la relation thérapeutique en français est très importante. La langue représente un tel handicap que le fait de ne pas pouvoir bien s'exprimer retarde la consultation.



« It is extremely important (d'avoir des services en français) because that barrier (la barrière de la langue) is so high and it actually prevents people from coming in. [...] You can just see it on their faces 'oh you speak French?' I mean it is just everything. It drops walls away ».

« Yes, I think there was even self serving wisdom, in that, if we the people do not have appropriate access to comprehensive health care then we will pay, perhaps, a bigger price later rather than paying a small price now »

L'intérêt pour les services en français qui éviterait aux patients de devoir retarder leur consultation semble présent malgré cette méconnaissance des ressources, des besoins des francophones. Cet intérêt se remarque également par la demande quasi générale de formations. Les médecins souhaitent plus de formations à long terme pour débutants, intermédiaires et avancés, plus fréquemment et dans des lieux géographiques différents. Ils proposent d'organiser ces formations continues sur l'heure du repas ce qui faciliterait le recrutement. Une personne propose un incitatif financier pour motiver les médecins.

« It would be nice to have an ongoing session where people can improve their skills more than just one day session »

« If you make this kind of education available that people use it because there still is an interest amongst Anglophones in Canada, even in Western Canada, to learn French and to communicate and to become more apart of the Francophone culture and environment in our country »

La majorité des professionnels croit que le gouvernement a une part de responsabilité dans le développement des services en français qui nous dit-on ne sont pas toujours adéquats. Parce que le Canada est un pays bilingue, le gouvernement doit jouer un rôle dans le développement de documents en français par exemple.

« It is important to recognize that there are degrees of absence in health care in many franco-phone in Canada, because they are immersed in an Anglophone environment. They are able to speak English but they do not feel confident in their English speaking [...] »

Investir dans les services en français ne fait toutefois pas l'unanimité. Pour certains la priorité devrait être mise dans l'amélioration des services pour la population en général, dans la revalorisation des médecins de famille et non pas s'arrêter sur des services spécifiques donnés à une minorité particulière.

« They are not even providing good service to most of the population in our language, so I think it is really more that they act on a right service for all for everybody and then the other secondary »

« People in the physician field are quitting in groves, because for various reasons family practices are treated bad, awfully in this country. Until they improve this situation for the family physicians there just aren't going to be any, never mind be any good ones, never mind any bilingual ones. That's what I see! These are important points. Throwing money at primary care renewal which focuses on unproven expensive solutions is not, to my mind, the right way to handle the problem ».

D'autres stipulent qu'améliorer les services de santé en français ne nécessiterait pas forcément beaucoup d'argent, le gouvernement devrait réorienter les politiques actuelles, réorganiser le travail des régions régionales et fournir de la documentation. Du côté des professionnels de la santé, les services de santé pourraient être améliorés par une attitude accueillante vis-à-vis des différentes cultures et langues. D'ailleurs, il n'existe pas une seule francophonie en Colombie-Britannique. Une multitude de groupes francophones se côtoient et nous savons à quel point l'appartenance ethnique est importante.



« If a physician or clinician of any kind exhibits, at least an attitude towards communicating a little bit in French and willingness to attempt to communicate in French [...] I think, eases up the patient and makes it more easy for the patient to then start to communicate with the clinician about their ailments »

« If a patient is given permission to communicate however, they can communicate, then that is done through the clinicians' ability and efforts to at least attempt at communication. Then I think it will ameliorate that situation [...] »

En conclusion :

Idéalement certes, vu l'importance de la langue dans la relation thérapeutique, il serait souhaitable d'avoir des services de santé en français pour ceux qui ne maîtrisent pas parfaitement l'anglais qui souffrent d'une maladie grave ou qui vivent des situations sociales difficiles. La majorité des professionnels de la santé rencontrés est consciente des conséquences d'une mauvaise compréhension du diagnostique et des coûts qui pourraient s'y rattacher. Chaque minorité devrait d'ailleurs pouvoir bénéficier de services dans sa propre langue.

Dans les faits les francophones ne représentent qu'une très faible proportion de leur clientèle et semble avoir un niveau d'anglais satisfaisant, fait confirmé dans les analyses des questionnaires où 87% évaluent leur anglais « bon ou très bon ». Certaines minorités auraient davantage de difficultés. Vu le nombre restreint de patient francophone que les professionnels ont actuellement, il est difficile de penser que la santé en français soit une priorité pour eux malgré le fait qu'ils parlent français. Cela explique en partie pourquoi les médecins entreprennent peu de démarche pour connaître les ressources en français disponibles en Colombie-Britannique et le peu de publicité autour du fait qu'ils puissent offrir des services en français. De la part des professionnels, rien n'est vraiment fait

pour aider les francophones ou pour les mettre en confiance.

Comme nous l'avons vu lors des groupes de discussion de la population, d'autres facteurs que la langue jouent dans le choix d'un médecin, du moins pour les francophones ayant une volonté de s'intégrer. En revanche, le besoin d'une santé en français est bien présent pour la population marginalisée du centre ville de Vancouver. Les médecins le confirment et ajoutent qu'une clinique spécifiquement désignée pour cette clientèle moins bien intégrée socialement et avec des besoins particuliers serait très vite rentabilisée.

Nous savons que les populations francophones souhaitent être mieux informées des services existants car en cas de problème de santé sérieux le besoin de services de santé en français se fait sentir. Nous savons aussi que si des services de santé en français étaient disponibles près de chez eux, ils seraient plus enclins à les utiliser. Publiciser les ressources et services existants devient donc prioritaire tant pour la population que pour les professionnels de la santé puisque ils sont inconnus. Nous émettons d'ailleurs l'hypothèse que plus la demande sera plus présente, plus les professionnels seront incités à offrir des services en français. Développer la santé en français en Colombie-Britannique nécessite un arrimage entre l'offre de service de la part des professionnels et les besoins de la population francophone.

Un autre axe stratégique se dessine suite à ce groupe de discussion, la mise en place de formations en français. Des formations spécifiques au domaine de la santé permettraient aux professionnels de se sentir plus à l'aise en français et d'offrir davantage de services dans cette langue.



2.4.5 Discussion générale - consultations

Cette recherche en collaboration avec UBC nous a permis d'obtenir un portrait détaillé des besoins de la population francophone en Colombie-Britannique en matière de santé primaire et également de sonder la capacité et l'intérêt des médecins de famille affiliés à UBC ainsi que des étudiants et résidents en médecine familiale à offrir des services en français. Ce dernier aspect n'avait jamais fait l'objet de recherche. De même, certaines recommandations issues de recherches précédentes ont pu être confirmées. Une attention particulière a également été apportée aux personnes défavorisées. Notre hypothèse de recherche était que les services de santé en français existent mais qu'ils ne sont ni assez visibles ni assez reliés entre eux. Suite à nos consultations auprès des trois groupes susmentionnés notre hypothèse semble se confirmer en partie.

Le taux de participation de la population est satisfaisant en ce qui a trait au questionnaire, il est toutefois plus difficile de mobiliser les francophones pour des groupes de discussion. Nous n'avons pu en organiser que 2 mais ils ont été très enrichissants et nous ont permis de comprendre pourquoi il est difficile de mobiliser la francophonie, c'est en fait qu'elle est plurielle. Il faut davantage parler d'une multitude de groupes francophones avec des besoins et des intérêts différents d'où la difficulté de réunir tous les francophones autour de certains enjeux, même lorsqu'il s'agit de santé. Il faut aussi reconnaître l'histoire particulière de la migration francophone. Les francophones viennent en Colombie-Britannique en sachant pertinemment qu'il s'agit d'une province anglophone et leur premier souci, pour la majorité d'entre eux, n'est pas de retrouver des services en français. Leur volonté est de s'intégrer, d'être en mesure de fonctionner et cela exige l'anglais d'où peu de revendication de services en français en général. Le fait que beaucoup forment des couples exogames n'est pas à négliger non plus, le besoin de parler français avec le médecin est peut-être alors moins présent.

Notre échantillon couvre toute la province avec une plus grande majorité de répondants dans le Grand Vancouver telle la répartition des francophones à travers la province. Une plus grande majorité de femmes ont participé aux questionnaires et aux groupes de discussion mais cela n'est pas inusité dans les sondages de plus ce sont souvent elles qui s'occupent des questions de santé. Nombreux sont ceux parmi nos répondants qui travaillent dans un milieu francophone (28%). Plus de 50% disent avoir un lien d'appartenance fort avec la communauté francophone ce qui était prévisible puisque les questionnaires ont été distribués dans les écoles et associations francophones.

• L'échantillon de notre recherche diffère quelque peu de la consultation provinciale menée par la Fédération des francophones de la Colombie-Britannique en 2002 en ce qui a trait aux variables socioéconomiques. Nos répondants sont en effet plus éduqués et leurs revenus plus élevés. Notre échantillon a pourtant résulté du hasard, nous émettons donc l'hypothèse que la situation financière de la nouvelle immigration francophone s'améliore.

Nous notons une baisse dans l'importance qu'ils accordent aux besoins de services de santé en français. Alors qu'en 2002, 60% estimaient que cela était important voire très important, ce nombre tombe à 49% pour nos répondants. La raison de cette baisse serait liée suivant nos résultats aux deux variables socio-économiques, soit le revenu et l'éducation. Plus les répondants ont un salaire et une éducation élevés et moins ils accordent d'importance aux services en français. Il faut dire aussi que dans ces cas, l'anglais des francophones est meilleur et donc la nécessité de consulter en français devient moins crucial. Nous avons également constaté que l'importance est liée au nombre d'année de résidence en C.-B.. Plus le nombre d'année de résidence est grand et moins ils y accordent d'importance, fait renforcé par les résultats des groupes de discussion où



nous avons constaté que l'intégration à la culture majoritaire requière l'anglais et par conséquent le français perd de l'importance en ce qui a trait à la relation thérapeutique. Or, comparé à l'étude de 2002, nos répondants sont établis depuis moins longtemps en C.-B. la répartition se lit comme suit 26.5 (6% en 2002) < à 5ans, 22.5 (16%) entre 5 et 10 ans et 51% (78%) > de 10 ans. Le fait d'être établi depuis moins longtemps aurait pu contrebalancer le pourcentage de l'importance relié aux services en français mais il se peut que l'aisance financière prime, c'est l'interprétation que nous faisons de cette baisse. Nous avons aussi constaté que les personnes récemment arrivées en Colombie-Britannique il y a moins d'un an, ainsi que ceux établis depuis longtemps, plus de 20 ans recherchent moins les services en français : « l'attrait de la langue et de la culture anglaise, en raison de leurs positions privilégiées, peut entraîner une aliénation linguistique et culturelle de la communauté francophone » (Poirier, Schofield, Grand'Maison, 2005 :25). Pour les premiers, leur priorité n'est pas de trouver un médecin parlant français mais plutôt de s'intégrer socialement à la culture majoritaire, quant aux personnes bien établies, elles maîtrisent l'anglais ce qui rend les services en français moins importants.

Le degré d'éducation et la bonne situation financière expliquent aussi qu'ils sont en mesure de s'organiser seul. Les gens semblent avoir un bon réseau social puisque plus de 60% sont en mesure de se faire aider lorsqu'ils sont malades. Le fait d'avoir un certain capital social rend moins important les services de santé en français. Lors de nos groupes de discussion, nous avons constaté qu'il semble y avoir des îlots d'immigration avec un sentiment d'appartenance fort à leur communauté et un sentiment de solidarité développé. Si pour la grande majorité, il est facile de trouver un ami ou de la famille pour les aider, cela est impossible pour 16% des répondants et 53% disent qu'il est difficile ou impossible de trouver des personnes de confiance pour traduire. Cela laisse une part importante des francophones isolés et sans soutien. Dans l'ensemble, 1 personne sur 2 dit que

les services en français sont importants et 2/5 cherchent des services en français ce qui n'est pas négligeable; les personnes dont le réseau social est plus faible ont un plus grand besoin et ce sont elles qui reportent le plus de difficultés reliées au fait d'avoir un médecin anglophone.

• *Au niveau des compétences linguistiques, nous avons jugé intéressant de séparer l'anglais courant du langage médical et nous avons pu constater une grande différence entre les deux. Plusieurs (2%) mentionnent d'ailleurs qu'ils n'ont aucune connaissance au niveau du langage médical quant à la compréhension et à l'expression, 12% qu'elle est limitée.*

Selon le CCCFSM¹⁰ environ 50% des francophones en situation minoritaire n'ont souvent pas accès à des services de santé dans leur langue maternelle, dans notre cas cela semble plus élevé puisque seulement 19% d'entre eux ont trouvé un médecin de famille parlant français. Le fait également que 48% se disent plus à l'aise en français renforce l'idée qu'en cas de problème de santé sérieux le besoin de service en français serait plus grand. Selon les résultats des groupes de discussion, la langue n'est pas le premier critère pour nos répondants lorsque l'on parle de service de santé, du moins pas pour les visites de routine ou pour des maladies courantes. Plusieurs l'ont stipulé, ce qui est important est la qualité et la disponibilité du service or « un élément essentiel à la qualité des soins [...] est la langue utilisée pour se procurer des services de santé » (Poirier, Schofield, Grand'Maison, 2005 :22). Les individus ne réalisent pas toujours l'importance d'une relation thérapeutique en français. « Même s'il est possible qu'il ne s'agisse pas seulement d'un problème de langue - niveau socio économique, sexe, orientation sexuelle, ethnicité par exemple - le langage est nécessaire pour révéler et aborder d'autres obstacles sous-jacents » (Cameron, 2005 : 11) A la question pourquoi consulter un médecin

10. (Poirier, 2005:9)



francophone, la principale raison est la facilité, pour ne pas avoir de problème de langue. L'anglais de nos répondants relié au domaine médical étant moins bon, ils s'inquiètent de ne pas avoir accès à des services en français en cas de maladie grave. De plus, l'importance de la communication dans la relation thérapeutique a été soulignée par tous les professionnels de la santé. Notre interprétation à ce niveau là, est donc qu'en cas de problème de santé sérieux, l'accès à des spécialistes et/ou médecins de famille devient crucial. Même pour notre échantillon éduqué et scolarisé, il existe un besoin au niveau des services de santé en français en cas de maladie sérieuse. Notre recherche apporte donc une nuance par rapport à celle de la Fédération des francophones de 2002. Les besoins d'accès existent mais plus particulièrement pour une certaine partie de la population plus défavorisée ou moins bien intégrée socialement et/ou en cas de problème de santé sérieux.

• *Nous avons pu constater également, tout comme les études précédentes qu'il y a une méconnaissance des services existants en français. Les ressources en français comme l'annuaire des francophones et les associations sont sous-utilisées.*

Que ce soit les francophones, les étudiants/résidents ou professionnels de la santé, ils ne savent pas où chercher des ressources, ni ce qui existe. Le répertoire des professionnels de la santé n'est pas encore un outil connu de tous, même les personnes ayant des enfants scolarisés n'en ont pas connaissance. Le conseil scolaire francophone pourrait donc jouer un rôle important de diffusion d'information. Souvent, les gens éprouvent des difficultés pour trouver un médecin et ils en concluent qu'il n'y en a pas près de chez eux. En effet, la proximité géographique est importante, dans l'ensemble les francophones recherchent des médecins près de leur domicile et se contentent de médecins anglophones parce qu'ils sont plus facilement accessibles. Les francophones utilisent plusieurs moyens pour trouver des médecins mais le moyen le plus répandu reste de loin les amis ce qui dénote une certaine intégration sociale.

Dans l'ensemble, les répondants nous disent connaître la ligne infirmière (BC Nurse Line), mais il est intéressant de constater qu'ils l'utilisent en anglais. Les services en français demande toujours plus d'efforts et de temps. Utiliser la ligne en français suppose faire intervenir une tierce personne ce qui peut déranger certaines personnes, comme nous l'avons constaté tous ne sont pas prêts à partager leur problème de santé avec des personnes inconnues. Cette non utilisation de ce service en français peut aussi s'expliquer par le fait que les gens ne savent pas qu'il existe. Le service d'interprètes, le *Provincial language service* reste inconnu mais ce service est récent et les médecins eux-mêmes ne le connaissent pas. Son fonctionnement et sa disponibilité requièrent encore des explications. Plusieurs médecins ont souligné les difficultés reliées à ce genre de services, le coût et la logistique autour d'un rendez-vous avec un interprète, pratiquement impossible à fournir en cas de visite en clinique sans rendez-vous. Pourtant, un plus grand nombre de personnes à plus faible revenu estiment ce service très utile. Les services d'interprétariat ne semblent pas un premier choix pour l'ensemble de la population, plusieurs mentionnent leur inconfort à confier leur problème de santé à une tierce personne. Ainsi parmi le choix proposé pour améliorer les services de santé en français en Colombie-Britannique, ce service obtient le plus faible pourcentage. Il est intéressant de constater que c'est le service le plus développé par la Régie provinciale. Dans leur future pratique, les étudiants/résidents estiment que ce seraient le plus utilisé en cas de difficultés linguistiques avec un patient. D'après la recherche faite par Cameron (Cameron, 2001 :15) la plupart des francophones d'origine canadienne ne s'étaient pas servi de ce service, quant aux immigrants ils disaient ne pas avoir confiance dans les interprètes, en raison entre autres de la gêne, de préoccupations à l'égard de leur vie privée et de la confidentialité mais aussi à cause de différences culturelles.

Suite à ces résultats, notre hypothèse se confirme quant au manque de visibilité des services en français en C.-B., puisqu'une grande partie de la population ne les connaît pas et ne sait où chercher. Dans une très grande proportion, les étudiants/résidents ne sont pas non plus



au courant de ce qui existe en français et ne savent pas où chercher de l'information. Parmi les ressources les plus utiles, que ce soit la population, les médecins ou les étudiants/résidents, le répertoire des professionnels de la santé tout comme le lexique de termes médicaux anglais/français ont obtenu de bons scores. Dans l'ensemble, les ressources que nous avons proposées ont été bien accueillies.

L'étude que nous avons menée de front auprès des médecins et étudiants/résidents en médecine a été très pertinente pour tenter de vérifier la deuxième partie de notre hypothèse, à savoir l'existence des services. Nombreux sont les professionnels de la santé qui disent parler français, la liste du collège des médecins en compte plus de 900 pour la Colombie-Britannique. Malgré ce nombre élevé les médecins furent très difficile à rejoindre tant pour remplir notre questionnaire que participer aux groupes de discussion ou les autres activités et formation que RésoSanté leur proposait. Moins de 1% ont montré un intérêt ce qui nous pousse à nous questionner sur leur intérêt et l'importance qu'ils accordent à la santé en français. Cette liste n'est d'ailleurs pas accessible par les francophones. Rien ne permet donc de conclure que les services de santé en français sont disponibles.

Ceux rejoints et interrogés ont souligné l'importance de bien comprendre le diagnostique et en idéal, bien sûr il serait souhaitable que toutes les minorités puissent avoir des services de santé dans leur langue maternelle. Les professionnels de la santé peuvent ressentir un certain malaise lorsqu'il offre des services à des personnes dont ils ne sont pas sûres qu'elles comprendront le diagnostique. Les médecins tout comme les étudiants/résidents ne sont pas très à l'aise de donner des services à des personnes qui ne maîtrisent pas très bien l'anglais mais dans les faits, les professionnels de la santé rencontrent très peu de francophones dans leur pratique ce qui ne les pousse ni à offrir des services de santé en français, ni à faire le moindre effort pour être en mesure de le faire. L'élément qui revient sans cesse est que les francophones parlent l'anglais et c'est effectivement le cas, ils évaluent leur anglais entre bon et très bon.

Les francophones ne représentent qu'une très faible proportion de la clientèle des médecins interrogés, moins de 10%, certains professionnels s'interrogent donc sur le besoin des francophones et d'un autre côté ces derniers disent qu'il n'y a pas assez de services en français, ils ne savent pas où chercher. Soulignons aussi le fait que même si les francophones disent que les services en français sont importants, ils ne font que peu de démarches pour trouver un médecin parlant français, d'autres critères rentrent en compte lorsqu'il s'agit de trouver un médecin. Tant qu'il ne sera pas facile de trouver un médecin parlant français et/ou qu'il ne sera pas disponible près de chez eux, on peut penser que la demande de services en français n'augmentera pas. Il y a donc un double défi : mieux informer la population des services offerts mais également faire en sorte qu'elle utilise les services disponibles. Développer la santé en français en Colombie-Britannique nécessite un arrimage entre l'offre de service de la part des professionnels et la demande. Plus la demande sera forte et plus les professionnels seront incités à offrir des services en français.

Malgré cet intérêt limité pour les services en français de la part des médecins, certains se disent prêts à offrir des services et à suivre des formations pour se sentir plus à l'aise de le faire. Il serait donc bon de leur en donner les moyens, leur offrir des formations continues au niveau de la langue française et dans le domaine médical. Au niveau des étudiants/résidents, plusieurs parlent le français et sont prêts et intéressés à suivre des formations pour être en mesure de desservir la clientèle francophone. La moitié d'entre eux se disent prêts à offrir des services en français dans le futur, ce qui laisse penser que s'il y avait un véritable support au niveau de la formation pris en charge par les institutions de santé, il serait possible d'augmenter le recrutement des médecins parlant français en Colombie-Britannique. Nous avons également appris qu'il existe à UBC, un club d'étudiants de première année parlant le français qui s'intéressent à l'accessibilité des services pour les francophones. Certaines ressources ont également été suggérées pour les aider dans la livraison des services.

Ainsi, un répertoire de professionnels parlant français ainsi qu'un lexique de termes médicaux français/anglais sont leur premier choix.

Mentionnons toutefois que malgré le nombre élevé d'étudiants/résidents intéressés par des formations, il a été difficile de les rejoindre lorsque nous avons offert une formation en partenariat avec l'AFMC (Association des Facultés de médecine du Canada). L'intégration de stage ou formation en français dans le curriculum universitaire devrait faciliter leur recrutement.

Dans la grande majorité les étudiants/résidents sont très conscients de l'importance d'être servi dans sa langue maternelle (85%). Parmi les résidents, 38% estiment que la langue a été une difficulté pour offrir de bon service, ce qui est important. Autrement dit, même si pour la population le besoin de se faire servir en français n'est pas criant pour les visites de routine, les professionnels eux reconnaissent l'importance d'une bonne communication en matière de santé.

2.5 Analyse des mesures d'accès

Extrait du rapport d'analyse : *La Santé en Français : Revue des questions d'accès et des stratégies proposées dans le cadre du projet « Préparer le terrain »*

[Provincial Language Service (PLS) de la Provincial Health Services Authority – 2006]

Objectifs et activités clés

Ce projet avait pour objectif de présenter une information mettant en relief les besoins et les lacunes au sein du système de soins de santé ; tout en visant principalement la communauté francophone, sans exclure d'autres communautés, il avait pour but de proposer des stratégies destinées à améliorer l'accès aux soins de service et l'inclusivité.

Le Provincial Language Service (PLS) a été chargé d'effectuer une analyse du matériel de recherche existant et des initiatives en cours en matière de services de santé primaires, en ciblant ses efforts sur les problèmes d'accès pour les francophones.

Dans le cadre de ce projet de recherche préparatoire, le PLS a effectué les activités suivantes :

- Il a fourni une revue de la documentation sur les obstacles linguistiques et culturels aux services de santé, avec des renvois internes au matériel existant produit pour le PLS avec celui venant de RésoSanté et de Société Santé en Français;
- Il a établi des profils pour chaque région de santé qui détaille leurs ressources actuelles (en mettant l'accent sur les francophones, mais sans se limiter à cette population), et a évalué leur capacité en termes d'accès pour des locuteurs ayant une connaissance limitée ou inexistante de l'anglais;
- Il a créé une liste des projets existants en ciblant en particulier la population francophone en Colombie-Britannique;
- Il a étudié les projets francophones financés par le FASSP au Canada et a déterminé des initiatives pouvant être mises en œuvre en Colombie-Britannique et;
- Il a contribué à définir des thèmes de discussion pour le Forum provincial.

2.6 Conclusions du bilan

En conclusion, nous pouvons dire que l'importance de la langue dans la relation thérapeutique n'est plus à prouver, les médecins, surtout les étudiants/résidents en sont conscients. La langue est toutefois un déterminant de la santé parmi d'autres et pour la population certains déterminants peuvent parfois être plus importants.

Notre recherche nous a permis de préciser les besoins de la population francophone de C.-B. La demande de

11. Le rapport d'analyse complet est inclus à l'Annexe IV



la part de la population quant aux services de santé primaire en français s'exprime de façon mitigée « nombre de francophones hésitent à exprimer leurs besoins dans leur langue » (Poirier, Schofield, Grand'Maison, 2005 :25) mais les raisons en sont multiples comme nous l'avons vu et n'est pas par manque d'intérêt, vu le nombre important qui font des démarches pour trouver un médecin de famille parlant français. Les besoins plus marqués semblent être pour des services plus spécialisés et/ou lorsqu'il est question de problèmes de santé plus graves. Les personnes défavorisées et avec moins de liens sociaux sont les deux clientèles qui auraient le plus grand besoin de service de santé en français. La population francophone de notre échantillon est dans l'ensemble éduquée, avec un réseau social développé, des revenus satisfaisants ce qui la rend autonome et en mesure de s'organiser. Toutefois, pour les populations vulnérables et celles dont le réseau social fait défaut, les difficultés sont présentes et avoir des soins en français devient plus important. Le premier axe de priorité devrait ainsi être le développement et l'organisation de services surtout accès sur les deux clientèles particulières.

De façon très évidente, il y a une méconnaissance des initiatives de santé en français déjà en place en Colombie-Britannique tant pour la population en général que pour les professionnels de la santé. Publiciser davantage ces mesures les rendraient sans doute plus accessibles et plus utilisés. C'est ce qui a été constaté dans d'autres provinces, le fait que les services étaient facilement disponibles augmentaient leur utilisation. Plus la demande sera forte et plus les professionnels parlant français seront incités à s'identifier « pour stimuler la demande, il est important de sensibiliser les francophones à l'utilisation des services de santé en français » (Poirier, Schofield, Grand'Maison, 2005 :25).

Il est vrai qu'il existe un certain nombre de médecins de famille parlant français mais ils ne sont pas tous prêts à s'identifier comme tel, il est donc difficile pour la population de les trouver. Étant donné les taux de réponse obtenus lors d'organisation d'événements en français tout au long du projet *Préparer le terrain*, nous

devons reconnaître que la santé en français n'est pas encore une priorité pour les professionnels de la santé de Colombie-Britannique. La promotion des services devrait constituer un axe important au niveau des orientations à prendre pour améliorer les services de santé en français. RésoSanté en collaboration avec les autres partenaires du domaine de la santé doit être proactifs et mettre en place les meilleurs moyens afin d'informer et de mobiliser la population et les professionnels de la santé autour des questions de santé en français. « Une offre pro-active est essentielle à l'amélioration des services en français » (FCFA, 2001 : xi).

De plus, nous avons pu constater parmi les professionnels rencontrés qu'il y avait une demande pour de la formation pour améliorer leur français. Certains outils, ressources ont fait l'unanimité. Un lexique de termes médicaux anglais/français serait un outil extrêmement utile tant pour les professionnels que pour la population ainsi qu'un répertoire de professionnels. Un des axes stratégiques à développer serait donc un volet formation et de soutien aux professionnels.

Enfin, l'analyse des mesures d'accès montre une offre mitigée, peu active et peu orientée vers la population francophone.

Quatre axes stratégiques ressortent donc de l'analyse et des consultations :

1. La diffusion de l'information (incluant la promotion des services)
2. L'organisation des services, s'appuyant sur une identification plus exhaustive des professionnels parlant français et comprenant l'identification concrète de points de services désignés pour la santé en français comme une des stratégies de déploiement des ressources, et
3. Le développement des ressources humaines parlant français (incluant l'appui aux professionnels déjà en place)
4. La concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires, assurant la participation de tous les partenaires à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des mesures d'accès



CHAPITRE 3 :
ORIENTATIONS
ET STRATÉGIES
D'INTERVENTION

3

Chapitre 3 : Orientations et stratégies d'intervention

Les communautés francophones en Colombie-Britannique représentent moins de 2% de la population et sont éparpillées à travers la province avec une plus grande majorité dans le grand Vancouver. Même si la province fait de nombreux efforts face à la langue française, par exemple dans le domaine de l'éducation, vivre en Colombie-Britannique exige un minimum d'anglais. Se faire soigner en français est extrêmement difficile particulièrement en région. Les revendications pour une santé en français ne s'expriment donc pas très fortement, nous l'avons vu, les raisons en sont multiples.

Au cours des dernières années, le ministère de la santé de la province et quelques régies de santé se sont intéressés davantage à la question de l'accès aux services et aux barrières linguistiques qui l'affecte. Avec la collaboration de RésoSanté, ils ont initié des projets afin d'améliorer leur offre de services en français. Il n'en demeure pas moins que les services et programmes de santé en français sont encore peu nombreux et surtout assez mal connus. De notre analyse est ressorti un besoin urgent pour les populations défavorisées, les francophones avec moins de liens sociaux et ceux éprouvant des problèmes de santé plus complexes. Ces populations sont toutefois difficiles à cibler et à rejoindre. Suite à l'analyse du système de santé et aux diverses consultations, les stratégies initialement retenues pour améliorer l'accès aux services de santé en français peuvent être regroupées sous quatre axes d'intervention qui permettront d'aider les clientèles dans le besoin mais aussi l'ensemble des francophones à travers la Colombie-Britannique.

Ces quatre axes prioritaires sont : La diffusion d'information (incluant la promotion des services); l'organisation des services (s'appuyant sur l'identification des professionnels parlant français et l'identification de points de services désignés pour la santé en français; le développement des ressources humaines, incluant l'appui aux professionnels déjà en place, ainsi que la concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires.

RésoSanté, qui regroupe des professionnels et gestionnaires de la santé, des institutions de formation, ainsi que des représentants des gouvernements et de la communauté francophone, sera bien placé pour jouer un rôle de coordination dans chacun des quatre axes. Entre autres, le réseau de santé en français devra faciliter la circulation de l'information entre les divers partenaires et auprès de la population et continuer de servir de courroie de transmission entre les besoins exprimés et les efforts des prestataires de programmes et services de santé pour améliorer l'accès à la santé en français en Colombie-Britannique.

Premier axe d'intervention : La diffusion d'information

1

Stratégie # 1 : Informer la population quant au fonctionnement du système de santé, aux services et ressources offerts en français et à l'importance de la langue en matière de santé.

RésoSanté agira comme le principal leader pour cette stratégie mais en collaboration avec les prestataires de services (régies de santé, établissements et professionnels) et avec la communauté (associations francophones, conseil scolaire francophone et médias francophones).



Pistes d'action :

- Organiser une campagne provinciale d'information et de sensibilisation, incluant des sessions et capsules d'information dans les médias francophones, en milieu scolaire et communautaire dans le Grand Vancouver et dans les autres régions.

L'amélioration de la santé des francophones de la Colombie-Britannique passe par la participation des individus et de la communauté. «Les personnes et les communautés peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion de la santé et la prévention des maladies» (FCFA, 2001 : v) La méconnaissance des ressources existantes suggère qu'un effort ponctuel initial tel une campagne provinciale d'information aiderait à stimuler cette participation. Par la suite, d'autres actions continues devraient être répétées. Les campagnes promotionnelles en région seront très importantes.

Les francophones de la Colombie-Britannique sont préoccupés par les questions de santé mais obtenir des services en français n'est pas toujours une priorité, la langue n'est pas toujours perçue comme un élément faisant partie des déterminants de la santé or les études nationales ont démontré l'impact négatif que peut avoir par exemple une mauvaise compréhension d'un diagnostic. Il semble nécessaire de travailler à ce qu'il y ait une plus grande appropriation de la santé par la communauté francophone de Colombie-Britannique..

- Assurer le développement, la diffusion et la promotion du répertoire des professionnels offrant leurs services en pratique privée
- Collaborer à la diffusion de la Campagne nationale d'affichage « Votre santé avant tout... » en C.-B.

Un arrimage entre la demande et l'offre est nécessaire, il est donc important d'aller directement à la rencontre des professionnels parlant français

pour les inciter à publiciser leurs services afin que la population francophone sache qu'ils parlent français. Cette sensibilisation serait plus efficace si elle est appuyée sur une collaboration entre les milieux cliniques et RésoSanté. Il faut développer l'offre active «[...] les professionnels francophones de la santé se font rares ce qui oblige à une mobilisation de toutes les ressources disponibles et à leur coordination rigoureuse»(FCFA, 2001 :vi). Le logo de la Société Santé en français dans le bureau du professionnel pourrait être une première incitation pour le francophone à parler sa langue.

- Améliorer la coordination des sites et pages web sur la santé offrant du contenu en français incluant des informations sur le système et les services de santé, du matériel d'éducation à la santé et d'autre lié à la prévention et promotion (ex. : sites de RésoSanté, des Régies et du ministère de la santé, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada, le Réseau canadien de la santé, etc.)

Cette coordination améliorée pourrait entre autres impliquer la désignation d'un site d'entrée principal (portail) donnant des informations sommaires et guidant les utilisateurs vers les divers autres sites.

- Publier un ou des bulletins d'information sur la santé en français et les diffuser avec l'aide du milieu associatif francophone incluant les écoles

Le « Provincial Language Service » de la régie de santé provinciale a déjà commencé à publier un bulletin d'information en français. Il faudra décider si on doit ajouter un bulletin complémentaire de RésoSanté ou travailler conjointement à produire une seule publication.



- Diffuser de façon continue des capsules et des chroniques santé dans les médias francophones

RésoSanté devrait aider à identifier les meilleurs moyens de faire de la prévention et de la promotion auprès des francophones en tenant compte des thèmes de santé les plus prioritaires et des ressources déjà en place aux niveaux institutionnel et communautaire.

- Livrer de façon périodique des sessions d'information sur les ressources et services de santé en français en milieu scolaire et communautaire
- Opérer un centre provincial de documentation sur la santé en français et faciliter l'inclusion de sections sur la santé en français dans les centres de documentation des centres communautaires francophones
- Identifier dans chaque région de santé des Agents de liaison communautaire ou responsables des mesures d'accès (ou de la diversité) capables de faciliter la mise en œuvre de mesures d'accès visant les francophones et d'en assurer la promotion

RésoSanté doit également collaborer avec les régions pour identifier les meilleures stratégies pour rejoindre les francophones, créer ou traduire de la documentation en français et diffuser celle existante.

- Faciliter la participation d'exposants, de présentateurs francophones et de la population francophone immigrante à la Foire multiculturelle sur la santé organisée annuellement par AMSSA
- Inviter les régions, les agences gouvernementales, les institutions de formation et les prestataires de services liés à des initiatives de santé en français à venir présenter leurs programmes lors de réunions statutaires, d'activités importantes du milieu associatif francophone.

- Utiliser BC Enquiry (centre de services où l'on répond à des questions sur les programmes du gouvernement provincial et de ses agences) pour diffuser l'information sur les services disponibles en français, incluant ceux liés à la santé.

.....

Stratégie # 2 : Informer les prestataires de services de santé, les gestionnaires et les décideurs quant aux initiatives et ressources pouvant faciliter l'accès.

Pistes d'action :

- Assurer la diffusion, dans les publications professionnelles et dans les bulletins internes des régions et établissements, d'information à propos des initiatives et ressources francophones en santé déjà en places

Par exemple, le répertoire des professionnels de la santé parlant français devrait être promu et distribué aux professionnels, aux gestionnaires et aux décideurs, incluant au personnel de la BC NurseLine qui pourrait plus facilement rediriger les francophones vers des ressources parlant leur langue

- Promouvoir aux prestataires de services intéressés le matériel d'éducation à la santé disponible en français et en faciliter la distribution
- Améliorer la partie du site web de RésoSanté dédiée aux professionnels

On pourrait faire la promotion de cette partie du site par le biais des sites des associations professionnelles à l'échelle nationale et provinciale.

- Organiser périodiquement des sessions d'information en milieu clinique ou lors d'événements regroupant des professionnels de la santé pour présenter l'information à jour sur les questions de santé en français.



Pour rejoindre les professionnels, il faut penser à organiser des rencontres dans les lieux physiques où ils pratiquent.

- Organiser périodiquement des sessions d'information dans les institutions de formation en santé pour présenter l'information à jour sur les questions de santé en français.

Cette information pourrait être associée à des modules d'enseignement ou à des ateliers de formation (voir stratégie # 7 sur la formation des professionnels)

- Diffuser auprès des prestataires et des gestionnaires les publications liées à la santé en français.



Stratégie # 3 : Informer les prestataires de services de santé, les gestionnaires et les décideurs quant aux barrières d'accès aux services de santé pour les francophones et à l'importance de la langue.

Pistes d'action :

- Organiser une campagne de sensibilisation de tout le corps professionnel de la santé, du personnel de soutien et d'accueil et des étudiants en santé sur l'importance de se faire servir dans sa langue maternelle.
- Transmettre aux prestataires de services et aux gestionnaires les données démographiques courantes et les informations les plus à jour quant aux besoins de santé des francophones et quant à l'impact des barrières linguistiques.
- Collaborer aux initiatives de recherche liées aux enjeux de l'accessibilité et des barrières linguistiques en matière de santé, particulièrement celles visant les francophones de la C.-B. en facilitant la liaison avec les milieux institutionnels de santé et avec la communauté francophone et en aidant à recruter des partenaires de recherche britanno-colombiens.

Le programme 'Chair on Patient Safety' à UBC qui pourrait être une source d'information sur l'incidence et l'impact des erreurs médicales liées à la langue

Il faut poursuivre la recherche liée aux besoins de santé des francophones démunis et continuer de s'associer au centre communautaire La Boussole. On devrait penser à s'associer aux groupes autochtones qui travaillent sur les mêmes questions en milieu urbain

- Faciliter la publication des nouveaux résultats de recherche sur la santé des francophones dans les publications internes des associations professionnelles et des régies et établissements de santé et également dans les publications scientifiques diffusées en C.-B.

Deuxième axe d'intervention : Organisation des services

2

Stratégie # 4 : Faciliter l'intégration de mesures d'accès dans la planification des services.

Pistes d'action :

- Faire une tournée provinciale incluant des rencontres bilatérales avec le ministère et les régies de santé régionales et provinciale pour partager les résultats du projet Préparer le terrain en Colombie-Britannique.
- Développer des outils (ou adapter des outils existants) pour mesurer comment les barrières d'accès linguistiques et culturelles affectent la qualité des soins et augmentent les facteurs de risque et promouvoir l'utilisation de ces outils auprès des gestionnaires de services de santé.
- Créer une entente entre les gouvernements provinciaux concernés pour que s'instaure une meilleure coordination des paiements de services de santé pour les citoyens canadiens en transit ou en phase migratoire du Québec vers la Colombie-Britannique.

- Soutenir la prestation de services en français par les professionnels en milieu clinique par la mise en place de cadre administratifs facilitateurs incluant des accommodements raisonnables et évitant la surcharge de travail.
- Trouver des stratégies pour attirer des médecins parlant français dans les régions rurales.

.....

Stratégie # 5 : Favoriser la création de lieux d'accès aux services de santé en français

Pistes d'action :

- Faciliter le partage avec d'autres gestionnaires et décideurs des meilleures pratiques et des défis liés à l'offre de services en français au Foyer Maillard (résidence pour personnes âgées et seul établissement en C.-B. mandatée à offrir des services dans les deux langues officielles).
- Appuyer les efforts d'expansion du Foyer Maillard pour lui permettre d'accueillir un plus grand nombre de patients et résidents.
- Mettre en place des services désignés en français au Centre de santé communautaire (CHC) Pender à Vancouver. Ce centre étant facilement accessible pour la clientèle francophone marginalisée économiquement (francophones démunis) ou culturellement (nouveaux arrivants) et pour tous les francophones du territoire visé.

Ce travail est déjà amorcé comme recherche – action au Centre de santé communautaire Pender (Community Health Centre ou CHC). Des partenaires comme RésoSanté, l'École de médecine et le centre communautaire La Boussole agiront à titre d'aviseurs. Suite à ce projet, on pourra mieux planifier les services du CHC Pender visant les francophones avec des modèles d'adaptation de services appuyés sur des données probantes. Ces modèles seront aussi plus facilement transposables

à d'autres établissements devant desservir des francophones

- Intégrer les services désignés en français au plan de services du CHC Pender et mettre en place des mécanismes pour que les francophones participent à leur évaluation.
- S'assurer que les points de services provinciaux, responsables de desservir toute la province incluant toute la communauté francophone, tels l'hôpital des enfants ou des femmes, l'Agence du Cancer, le centre Sunny Hill aient des services en français, des spécialistes, du personnel bilingue. Un premier pas serait de leur demander de tenir des statistiques sur l'utilisation de la langue.
- Identifier d'autres lieux de services en milieu clinique où des services désignés en français pourraient être intégrés.
- Appuyer la création de centres de services regroupant divers types de ressources (ex. : CLSC ou MédiCentres) incluant les médecins, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, santé mentale, laboratoire, etc. afin de maximiser les ressources francophones.

Faire en sorte que chaque clinique ait son laboratoire et d'autres services, que tous les services soient regroupés sous un même toit. Cette organisation gagnerait en efficacité et en simplicité pour les patients.

- Mettre en place des accommodements raisonnables pour maximiser l'usage et l'assignation de certains prestataires de services parlant français, par exemple en décloisonnant leur territoire d'action, en créant des postes désignés bilingues ou en considérant les capacités linguistiques pour la dotation de certains postes.

Des postes à l'urgence des hôpitaux et des travailleurs de rue en santé auprès des francophones démunis seraient particulièrement importants.



.....

Stratégie # 6 : Maintenir et développer des mesures d'accès complémentaires facilitant l'accès aux services pour les francophones.

Pistes d'action :

- Augmenter le nombre de professionnels de la santé parlant français acceptant d'annoncer leurs services dans le répertoire de RésoSanté.

En collaboration avec les associations professionnelles et le milieu associatif, RésoSanté devrait continuer à s'assurer de la mise à jour régulière du répertoire et de son développement. Élaborer des stratégies pour permettre de savoir si les prestataires inscrits acceptent de nouveaux patients et vérifier leur compétence en français. Il serait également souhaitable d'augmenter le nombre de professionnels à l'extérieur du grand Vancouver. Les francophiles pourraient être associés à cette démarche continue d'identification de professionnels parlant français.

- Faciliter le développement avec les régies d'une ou de plusieurs banques de données de professionnels parlant français en développant entre autres des accords avec les associations professionnelles pour qu'il y ait lors de l'inscription, l'identification des langues parlées par les professionnels et que des listes soient accessibles aux gestionnaires de services.

Ce travail devrait bénéficier des résultats des projets FASSP pilotés par les régies de santé en C.-B. et du projet national de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). La régie de santé provinciale (PHSA) qui gère plusieurs services pour l'ensemble de la province a déjà débuté ce travail.

Toutes les régies devraient être approchées afin d'analyser de quelle façon il serait possible de rendre le répertoire de RésoSanté et la base de données accessibles dans toutes les institutions de santé à travers la C.-B. pour qu'il soit plus facile de diriger ou de référer les patients francophones vers des prestataires parlant leur langue.

- Améliorer l'arrimage entre les patients francophones et les prestataires de services parlant français en milieu institutionnel par la mise en place de mécanismes et protocoles permettant de partager l'information linguistique et de référer des patients en fonction de celle-ci.

Ce travail devra tenir compte du développement du système PARIS à la régie de santé Vancouver Coastal. On devrait aussi explorer des possibilités d'arrimage de ce travail pour inclure aussi la variable linguistique dans la base de donnée INFOWAY (Inforoute Santé du Canada Inc., une société à but non lucratif qui investit avec des partenaires du secteur public dans tout le Canada afin de mettre en œuvre et de réutiliser des systèmes d'information sur la santé inter opérables destinés à accroître la sécurité et l'efficacité du système de santé.» Voir <http://www.infoway-inforoute.ca/fr/home/home.aspx>

- Former dans la mesure du possible des équipes soignantes parlant français.

La présence d'infirmière parlant français dans le bureau des médecins fait en sorte qu'il y aurait un meilleur suivi des patients (meilleure efficacité surtout pour les maladies chroniques)

- Maximiser le potentiel du personnel médical de soutien parlant français. (ex. : secrétaires médicales)

Le premier contact avec le système de santé peut parfois être critique. Il est donc important, à chaque fois que cela est possible d'informer les patients qu'un employé parle le français. La présence d'une personne parlant français à l'accueil peut s'avérer positif pour le patient.



- S'assurer de rendre davantage de services de santé mentale disponibles en français dans les écoles du Conseil scolaire francophone incluant par exemple des infirmiers psychiatriques.
- Maintenir et développer les services d'interprètes spécialisés en matière de santé (incluant le recrutement, la formation et l'encadrement) et assurer la complémentarité des services déjà en place pour offrir ce service aux francophones dans toutes les régions.
- Améliorer l'usage des services d'interprètes par les prestataires en éduquant les patients, les prestataires et les gestionnaires quant aux modalités du programme et quant à l'importance d'utiliser des interprètes spécialisés en matière de santé.

Plusieurs régies offrent des services d'interprète mais ces services demeurent mal connus et sous utilisés et plusieurs questions entourent leur fonctionnement. Les régies responsables doivent donc tout mettre en œuvre pour publiciser ces services, particulièrement la régie provinciale qui offre ce type de service à l'échelle provinciale grâce au Provincial Language Service.

- Faciliter le travail d'accompagnement communautaire pour les personnes nécessitant davantage d'aide que la simple interprétation linguistique.
- S'associer avec les bases militaires pour rendre certaines de leurs ressources francophones en santé accessibles à l'ensemble de la population.

À l'inverse, on devrait aussi s'assurer de transmettre au personnel des forces parlant français et à leurs familles et aux responsables des services de santé sur les bases les informations sur les mesures et services de santé en français développés avec le système de santé de la province.

- Promouvoir et soutenir la participation de bénévoles francophones aux équipes de bénévoles des hôpitaux.

.....

Stratégie # 7 : Fournir aux francophones des outils et ressources efficaces pour les aider à prendre en charge leur santé.

Pistes d'action :

- Maintenir, développer et promouvoir la composante francophone du programme BC HealthGuide, le Guide-santé Colombie-Britannique.
- Présenter les résultats de l'évaluation réalisée dans le cadre du projet FASSP Guide-santé aux nouveaux gestionnaires du service téléphonique « BC Nurse Line » (accès à distance à des infirmières et à des pharmaciens spécialement formés pour aider les gens au téléphone) pour améliorer l'offre de services en français de cette ligne téléphonique.

Ce service téléphonique est seulement disponible en français par le biais d'interprètes agissant comme tierce partie et cette composante francophone du programme est encore sous utilisée par les francophones. Puisque le service vient d'être transféré sous une nouvelle autorité (Commission sur les services d'urgence en santé), le moment serait propice pour recommander des ajustements aidant les francophones. On devrait améliorer l'offre active des services d'interprètes sur la ligne, indiquant dans quelles langues il est offert. Les francophones devraient aussi participer à l'évaluation du service pour aider à contrôler la qualité du service d'interprétariat.

- Développer des modules d'enseignement sur la santé à partir du Guide-santé pour les livrer au programme de 10^e année dans les écoles du Conseil scolaire francophone.
- Développer et mettre en œuvre des stratégies pour améliorer l'offre de services de santé publique en français dans les écoles du Conseil scolaire francophone en collaboration avec les unités de santé publique des régies de santé



- Offrir aux parents francophones une version française du manuel « Baby's best chance » et fournir en français le soutien lié à ce programme par le biais des infirmières de santé publique dont c'est la responsabilité.
- Organiser un forum provincial en français sur la promotion de la santé qui aidera entre autres à identifier les programmes et ressources de santé publique et le matériel d'éducation à la santé les plus pertinents à offrir en français et à discuter de stratégies pour les rendre disponibles à la population francophone et aux prestataires appropriés.

Le forum provincial se tiendra en marge de La « 19ème Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé » de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES), qui aura lieu à Vancouver en juin 2007. Ceci nous permettra de bénéficier d'une visibilité accrue et de la possibilité d'attirer davantage d'invités et de présentateurs francophones venant d'ailleurs au Canada ou même d'autres pays.

- Intégrer un volet promotion prévention au site web de Résosanté.
- Appuyer et collaborer aux initiatives communautaires francophones en matière de promotion prévention.

Troisième axe d'intervention :

Le développement des ressources humaines parlant français, incluant l'appui aux professionnels déjà en place

3

Stratégie # 8 : Faciliter l'accès à des programmes et activités de formation en français pour former ou perfectionner des prestataires de services capables de travailler en français

Pistes d'action :

- Promouvoir auprès de la population, des professionnels et des gestionnaires les programmes de formation en santé offerts en français en C.-B. par Éducentre et ceux offerts en dehors de la province mais ouverts aux apprenants de la C.-B.
- Appuyer Éducentre et les autres institutions de formation en santé dans le développement de nouveaux programmes de formation en français ouverts aux apprenants de la C.-B.
- Identifier des interlocuteurs francophones au sein de toutes les institutions post-secondaires offrant des programmes en santé et mobiliser les plus intéressés à devenir des partenaires et même des champions de la santé en français au sein de leurs institutions respectives
- Faciliter les échanges entre les facultés de médecine du Québec et de la Colombie-Britannique, faciliter le jumelage
- Offrir aux professionnels intéressés des activités de formation continue en français portant sur le perfectionnement linguistique ou sur des éléments cliniques les aidant à améliorer leur usage du français comme langue de travail

Puisque les francophones sont une très petite minorité, la plupart des médecins et autres prestataires de services de santé, même ceux qui parlent français n'ont que très peu d'occasion d'utiliser le français dans leur pratique. La demande de formation est venue des professionnels et des étudiants/résidents eux-mêmes ce qui laisse présager un bon taux de participation.

Résosanté devrait travailler avec les centres de santé du Manitoba qui offre déjà des formations linguistiques à leur personnel, et avec les institutions de formation en santé de la C.-B., pour développer des formations reconnues. L'hôpital de Saint-Boniface offre également des cours de



français aux infirmières. Il serait intéressant d'aller explorer ce modèle pour voir si ces formations seraient utiles aux professionnels de la C.-B.

Le support des régions, au moins au niveau logistique doit être recherché. Les formations devraient en effet être offertes sur l'heure du repas, dans les locaux où les médecins pratiquent afin de les rejoindre plus facilement.

- Créer ou rendre accessible aux professionnels un lexique de termes médicaux français-anglais

Ce type d'outil a déjà été développé dans d'autres provinces et il faudra décider si on importe ou adapte ou si on crée un tout nouvel outil pour la C.-B.

- Offrir aux étudiants inscrits dans des programmes de santé anglais mais ayant des capacités en français des activités de formation portant sur le perfectionnement linguistique ou sur des éléments cliniques les aidant à conserver et à perfectionner leur français pour qu'ils puissent en faire usage dans leur future pratique.

Les étudiants en médecine, par exemple, doivent être approchés dès la 1^{ère} année. Ces formations doivent être offertes au plus grand nombre, donc soit à distance, en ligne, par vidéo conférence. Il serait peut-être bon également d'offrir les ateliers dans les associations professionnelles (cf. trousse d'information produite par Diane Conway d'Edmonton).

- Intégrer au programme de formation des médecins des modules sur la communauté francophone de la C.-B. et sur les enjeux liés à la livraison des services de santé dans un contexte impliquant des barrières linguistiques et culturelles.

Puisque le département de médecine de famille de UBC a été principal partenaire du projet PLT, on pourrait considérer intégrer ce type de matériel au volet DPAS (Doctor, patient and society) de la formation des médecins. Les consultations ont révélé que plus de 42% des étudiants et rési-

dents en médecine de famille interrogés se disent à l'aise d'offrir des services de santé en français ; cette ressource potentielle doit être mise à contribution le plus possible.

Il serait judicieux de s'associer également avec Éducacentre et avec les autres institutions de formation en santé afin de voir de quelle manière il serait possible de conscientiser leurs étudiants quant à l'importance de tenir compte de la langue et de la culture des patients dans leur future pratique.

- Faciliter l'accès à des milieux de stages ou à des précepteurs de stages francophones pour les étudiants francophones du domaine de la santé voulant faire des stages en C.-B.

Ce travail doit se faire en collaboration avec le Consortium national de formation en santé et les institutions francophones mais aussi en C.-B., on doit collaborer avec des institutions anglophones comme UBC et avec l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) dont l'école de médecine de UBC est membre.

Stratégie # 9 : Faciliter la collaboration entre les professionnels et la livraison de services intégrés aux francophones par le réseautage des professionnels parlant français

Pistes d'action :

- Profiter de l'incorporation de RésoSanté pour mieux définir le statut d'appartenance et de participation des professionnels parlant français au réseau
- Organiser en collaboration avec les associations professionnelles et les milieux de travail des rencontres périodiques de petits groupes professionnels parlant français pour qu'ils échangent en français sur leur profession et sur les questions d'accès et de barrières linguistiques et culturelles.



- Organiser en collaboration avec les institutions de formation en santé des rencontres périodiques de petits groupes d'étudiants et d'enseignants parlant français pour qu'ils échangent en français sur leurs programmes respectifs et sur les questions d'accès et de barrières linguistiques et culturelles touchant les francophones.

Le réseautage des professionnels et des étudiants et la tenue de rencontres périodiques les aideraient aussi à partager du matériel de langue française, à se référer des patients au besoin et à améliorer la continuité des soins.

Les professionnels de la santé ou les étudiants en santé pourraient aussi se rencontrer autour d'activités sociales et culturelles francophones, les aidant ainsi à mieux connaître la communauté et les ressources communautaires francophones de leur région respective. RésoSanté et le milieu associatif francophone devraient jouer un rôle de premier plan dans l'organisation de ces rencontres afin de créer des liens durables.

Quatrième axe d'intervention :

Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires

4

Stratégie # 10 : Maintenir et renforcer le réseau de la santé en français en C.-B.

Pistes d'action :

- Procéder à l'incorporation de RésoSanté Colombie-Britannique et assurer son fonctionnement continu.

RésoSanté procédera à son incorporation comme organisme indépendant à but non lucratif d'ici la fin de 2007. Ceci permettra de revoir les mécanismes de représentation et de participation des divers partenaires issus des cinq secteurs ciblés : professionnels, milieu institutionnel incluant les régies de santé, institutions de formation, communauté francophone et gouvernements.

- Organiser périodiquement des rencontres bilatérales avec les agences et groupes des cinq secteurs pour les encourager à continuer ou à commencer à être représentés à RésoSanté mais aussi pour partager l'information concernant les travaux de RésoSanté ceux du partenaire visé relativement aux questions d'accès.

Ces rencontres aideront aussi à identifier davantage d'interlocuteurs sensibles aux questions d'accès à la santé en français et à cibler ceux capables d'influencer les politiques et programmes notamment ceux liés aux régies de santé, agences gouvernementales (Ministère de la santé et Affaires francophones de la C.-B., Santé Canada et l'agence de santé publique du Canada), groupes de professionnels, institutions de formation en santé et groupes communautaires francophones impliqués dans le domaine de la santé.

- Collaborer avec les institutions de formation et avec le CNFS pour identifier les étudiants britannico-colombiens parlant français inscrits dans des programmes de santé en dehors de la province et développer un réseau d'étudiants francophones.

Un regroupement d'étudiants parlant français à UBC et s'intéressant aux questions d'accessibilité pour les francophones est en voie d'être créé.

- Organiser annuellement une rencontre provinciale autour des divers enjeux de la santé en français en C.-B. pour faire connaître le travail de RésoSanté et de la Société santé en français, pour faciliter les échanges entre un plus grand nombre de participants issus des cinq secteurs permettant à chacun de mieux orienter son action et facilitant la création de nouvelles collaborations et de nouveaux partenariats.

Pour l'année financière 2007-2008, cette rencontre se ferait autour d'un forum provincial sur la promotion de la santé organisé avec le soutien de la SSF (voir aussi la stratégie # 6).

Stratégie # 11 : Fournir aux régies et au ministère de la santé des avis et des informations les aidant à mieux intégrer les enjeux touchant l'accessibilité aux services de santé pour les francophones dans leurs plans et politiques de services et les aider à développer de nouvelles mesures d'accès.

Cette stratégie est complémentaire avec les stratégies # 2 et 3 liées à la diffusion d'information aux décideurs

Pistes d'action :

- Assurer que RésoSanté participe aux groupes de travail et aux comités des régies et établissements de santé traitant des questions d'accès aux services de santé.

En plus d'aider à ce que les enjeux touchant les francophones y soient présentés, ceci aiderait RésoSanté à être informé des initiatives et projets touchant l'accessibilité et à découvrir de nouvelles stratégies applicables aux francophones.

- Inviter des représentants des régies de santé et des ministères à présenter les éléments de leurs plans de services et politiques liés à des mesures d'accès lors de rencontres régulières de RésoSanté.
- Assurer que RésoSanté participe autant que possible aux activités de planification et d'évaluation des régies et du ministère de la santé, soit par le biais de représentants francophones siégeant aux conseils et comité décisionnels des instances ou en participant à des sessions de consultation publique ou en fournissant aux instances ciblées des mémoires sur les enjeux pertinents.
- Travailler avec la BC Centre for Disease Control (BCCDC), et les autres agences gouvernementales qui ont un mandat provincial pour les aider à tenir compte de la réalité francophone dans leurs actions et stratégies.

- S'associer aux agences d'aide aux immigrants (incluant celles qui travaillent en anglais) et aux autres groupes linguistiques minoritaires afin de développer des stratégies de démarchage politique communes ou complémentaires visant à sensibiliser le système de santé aux questions d'accès et à faciliter l'accès aux services de santé en français pour les nouveaux arrivants.

Stratégie # 12 : Faciliter la concertation entre les intervenants communautaires et le milieu institutionnel de la santé.

Pistes d'action :

- Aider les régies, les établissements, les agences gouvernementales, les institutions de formation et les professionnels pilotant des initiatives ou programmes de santé en français à identifier et à recruter des partenaires communautaires francophones pouvant participer à l'orientation ou collaborer à la mise en œuvre de leurs initiatives et programmes.
- Faciliter la liaison entre le milieu associatif francophone et les institutions de santé (ministère, régies et établissements) pour qu'ils puissent soit mieux les informer de leurs besoins ou les inviter à collaborer à leurs initiatives communautaires liées à la santé.

Plusieurs des enjeux liés à l'accès aux services de santé, à la qualité des services et aux facteurs de risques sont communs pour la plupart des minorités linguistiques et culturelles incluant les francophones en milieu minoritaire.

- S'associer aux groupes communautaires anglophones travaillant déjà avec le système de santé à contrer les barrières d'accès linguistiques et culturelles pour les aider à inclure la dimension francophone dans leurs actions et stratégies.
- Travailler avec les associations professionnelles du domaine de la santé, autant à l'échelle provinciale que



nationale, pour qu'elles nous aident à identifier davantage de professionnels parlant français et participent à la diffusion d'information pertinente auprès de leur membership respectif.

- Inviter les intervenants communautaires et du système de santé travaillant à la santé en français et les représentants gouvernementaux du domaine de la santé à assister à l'assemblée générale annuelle de la FFCB pour qu'ils aident à sensibiliser le milieu associatif francophone quant aux questions de santé et pour qu'ils s'informent en retour quant aux ressources communautaires francophones.

.....

Stratégie # 13: Faciliter la concertation interprovinciale

Les échanges interprovinciaux peuvent aider à ce que les enjeux britanno-colombiens soient considérés dans les stratégies nationales et régionales et peuvent faciliter le partage des pratiques exemplaires et l'identification de nouveaux modèles applicables en C.-B.

Pistes d'action :

- Assurer la représentation de la Colombie-Britannique aux instances de la Société santé en français (SSF) entre autres en déléguant des représentants britanno-colombiens des cinq secteurs aux rencontres nationales et en aidant à cibler des présentateurs potentiels de notre province.
- Proposer aux autres provinces des stratégies et des protocoles de partage et de transferts interrégionaux et interprovinciaux de matériel d'éducation à la santé disponibles en français.
- Collaborer avec Éducacentre, le CNFS et les partenaires du Yukon, des T.N.-O. et de l'Alberta au développement et à la mise en œuvre d'un plan régional de formation en santé.

- Assurer la participation de la Colombie-Britannique au groupe de recherche de l'Ouest sur la santé en français.

- Aider le CNFS à identifier des chercheurs britanno-colombiens pour son répertoire national de chercheurs francophones.

- Faciliter la participation de représentants de la C.-B. aux forums nationaux et régionaux sur la recherche en santé organisés par le CNFS en aidant à promouvoir ces événements et à cibler des participants et des présentateurs potentiels de notre province.

- Diffuser les publications nationales de la SSF et du CNFS et celle des autres réseaux membres de la SSF auprès des partenaires travaillant à la santé en français en C.-B.



CHAPITRE 4 :
PLAN D'AMÉLIORATION
DE L'ACCÈS AUX
SERVICES DE SANTÉ
POUR LES FRANCOPHONES

4

Chapitre 4 : Plan d'amélioration de l'accès aux services de santé pour les francophones

Nous connaissons maintenant davantage les besoins de la population et les éléments de capacité du système de santé et de ses intervenants en matière d'accès. Il est maintenant temps de passer à l'action. Le Plan proposé ci-dessous propose des actions pour aider à remédier aux lacunes identifiées. Il vise une période de cinq ans incluant les années financières 2006-07 à 2010-11. Pour les fins du plan, les années sont divisées en trimestres (T-1, T-2, T-3 et T-4).

Premier axe d'intervention – La diffusion d'information				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
1. Informer la population quant au fonctionnement du système de santé, aux services de santé et ressources offerts en français et à l'importance de la langue en matière de santé	1.1 Organiser une campagne provinciale d'information et de sensibilisation, incluant des sessions d'information et des capsules d'information dans les médias et en milieu scolaire et communautaire dans. (la diffusion de matériel sur le cancer des poumons pourrait servir d'exemple)	<ul style="list-style-type: none"> • Population mieux informée du fonctionnement du système, des services et ressources disponibles en français • Utilisation accrue des services et ressources disponibles en français 	2007-08	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • Milieu associatif fr. incluant les écoles • Médias francophones • Régies et établissements de santé • Professionnels de la santé liés à RésoSanté
	1.2 Assurer le développement, la diffusion et promotion du répertoire des professionnels offrant leurs services en français en pratique privée			Continu



Premier axe d'intervention – La diffusion d'information				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	1.3 Collaborer à la diffusion de la Campagne nationale d'affichage « Votre santé avant tout... » en C.-B.		Lancement officiel en C.-B. 2006-07 : T-4 et par la suite... Diffusion continue	L = RésoSanté et la SSF P = <ul style="list-style-type: none"> • Régies de santé et établissements de santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof. • Milieu associatif • Médias francophones
	1.4 Améliorer la coordination des sites et pages web sur la santé en français pour faciliter la recherche: Sites et pages donnant des informations en français sur le système, les ressources et les services de santé incluant les sites gérés par : RésoSanté, les Régies et le ministère de la santé, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada, le Réseau canadien de la santé.		2006-07 : T-3 Début et coordination continue par la suite...	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • Régies de santé • Min. de la santé C.-B. • Aff. francophones C.-B. • Santé Canada • Agence de santé publique du Canada • Réseau canadien de la santé (RCS)
	1.5 Publier un ou des bulletins d'information sur la santé en français et les diffuser avec l'aide du milieu associatif francophone incluant les écoles		Continu	L = Provincial Language Service (PLS) à la régie de santé provinciale (PHSA) et RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • Autres régies de santé • Min. et agences gouvernementales • Milieu associatif fr. incluant les écoles • Médias francophones • Prof. liés à RésoSanté



Premier axe d'intervention – La diffusion d'information				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	1.6 Diffuser de façon continue des capsules et des chroniques santé dans les médias francophones		Début 2006-07 : T-3 et par la suite... Diffusion continue selon les calendriers de publication	L = RésoSanté P = •SRC •Express du Pacifique •La Source •Radios et bulletins communautaires •Régies de santé, incluant les unités de santé publique •Min de santé. et agences gouvernementales •Prof. liés à RésoSanté
	1.7 Livrer de façon périodique des sessions d'information sur les ressources et services de santé en fr. en milieu scolaire et communautaire		Début 2006-07 : T-4 et par la suite... Livraison continue au moins une fois par trimestre ou deux fois par année scolaire	L = RésoSanté P = •Agence de santé publique du Canada •Conseil scolaire francophone (CSF) •Centres communautaires fr. •Régies de santé, incluant les unités de santé publique •Min de santé. et agences gouvernementales •Prof. liés à RésoSanté
	1.8 Opérer un Centre provincial de documentation sur la santé en français et faciliter l'inclusion de sections sur la santé dans les centres de documentation des centres communautaires		2006-07 : T-3 et 4 Effort spécial de mise à jour effort continu par la suite	L = RésoSanté et centres communautaires fr. P = •Régies, Min de santé. et agences gouvernementales •Prof. liés à RésoSanté •Autres réseaux santé membres de la SSF •Réseau canadien de la santé



Premier axe d'intervention – La diffusion d'information				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	1.9 Identifier dans chaque région de santé des agents de liaison communautaire ou responsables des mesures d'accès (ou de la diversité) capables de faciliter la promotion et la mise en œuvre de mesures d'accès visant les francophones		2006-07 : T-4, lié à une tournée des régions et continu par la suite	L = Régies de santé et RésoSanté P = s/o
	1.10 Faciliter la participation d'exposants et de présentateurs francophones et de la population francophone immigrante à la Foire multiculturelle sur la santé organisée annuellement par AMSSA		Annuellement au printemps	L = AMSSA P = • RésoSanté • Régies de santé • Min de santé. et agences gouvernementales • Org. Communautaires liés à RésoSanté incl. FFCB • Prof. liés à RésoSanté
	1.11 Inviter les régions, les agences gouvernementales, les institutions de formation et les professionnels liés à des initiatives de santé en français à venir présenter leurs programmes aux membres de la Fédération des francophones (FFCB) lors de rencontres locales ou provinciales		Selon les calendriers des organismes francophones	L = RésoSanté P = • FFCB et milieu associatif en région • Régies de santé et établissements de santé • Min de santé. et agences gouvernementales • Prof. liés à RésoSanté
	1.12 Utiliser BC Enquiry (centre de services où l'on répond à des questions sur les programmes du gouvernement provincial et de ses agences) pour diffuser l'information sur les services disponibles en français, incluant ceux liés à la santé		Selon les calendriers des organismes francophones	L = Gouvernement provincial incluant BC Enquiry et les Affaires francophones P = • RésoSanté • Ministère, régions et établissements de santé



Premier axe d'intervention – La diffusion d'information					
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)	
2. Informer les prestataires de services de santé, les gestionnaires et les décideurs quant aux initiatives et ressources pouvant faciliter l'accès	2.1 Assurer dans les publications professionnelles et dans les bulletins internes de communication des régies et établissements la diffusion d'information à propos des initiatives et ressources francophones déjà en place	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement du nombre de prestataires de service de santé faisant une offre active de services en français • Utilisation accrue, plus étendue et mieux ciblée des mesures d'accès visant les francophones en milieu clinique et en pratique privée 	Continu, selon les calendriers de publication	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • Régies, Min de santé. et agences gouvernementales • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof. 	
	2.2 Promouvoir le matériel d'éducation à la santé disponible en français aux prestataires de services intéressés et en faciliter la distribution			Continu	L = RésoSanté, régies et min. de santé et agences gouvernementales P = <ul style="list-style-type: none"> • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof.
	2.3 Améliorer la partie du site web de RésoSanté dédiée aux professionnels			Restructuration du site 2006-07 : T-3 et T-4 Mise à jour continue par la suite	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • Réseau canadien de la santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof.
	2.4 Organiser périodiquement des sessions d'information en milieu clinique ou lors de regroupement de professionnels pour présenter l'information à jour sur les questions de santé en français			Livrer au moins une session d'information par trimestre commençant au 4 ^e trimestre de 2006-07	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • Établissements de santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations professionnelles • Régies, Min de santé. et agences gouvernementales



Premier axe d'intervention – La diffusion d'information				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	2.5 Organiser périodiquement des sessions d'information dans les institutions de formation en santé pour présenter l'information à jour sur les questions de santé en français.		Livrer au moins une session d'information par semestre commençant au 2 ^e semestre de 2006-07	L = RésoSanté P = • Institutions de formation • Régies, Min de santé. et agences gouvernementales
	2.6 Faciliter la diffusion des publications associées à la santé en français aux prestataires et gestionnaires intéressés.		Continu	L = RésoSanté P = • SSF et autres réseaux de santé en français • CNFS
3. Informer les prestataires de services de santé, les gestionnaires et les décideurs quant aux barrières d'accès aux services de santé pour les francophones et quant à l'importance de la langue	3.1 Organiser une campagne de sensibilisation de tout le corps professionnel de la santé, du personnel de soutien et des étudiants en santé sur l'importance de la langue en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Accroissement du nombre de prestataires de service de santé faisant une offre active de services en français • Utilisation accrue, plus étendue et mieux ciblée des mesures d'accès visant les francophones en milieu clinique et en pratique privée 	2007-08	L = RésoSanté P = • Régies, Min de santé. et agences gouvernementales • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof. • Éducentre, UBC et autres institutions post-secondaires
	3.2 Transmettre les données démographiques courantes et les informations les plus à jour quant aux besoins de santé des francophones aux professionnels, aux gestionnaires et aux décideurs		Effort ponctuel lorsque les résultats du recensement de 2006 en matière de santé seront disponibles et par la suite... Diffusion continue	L = RésoSanté P = • Statistiques Canada • SSF et promoteurs d'initiatives santé en français • Chercheurs du CNFS • Régies de santé et établissements de santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof.



Premier axe d'intervention – La diffusion d'information				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	3.3 Collaborer aux initiatives de recherche liées aux enjeux de l'accessibilité, particulièrement celles visant les francophones de la C.-B. en facilitant la liaison avec les milieux institutionnels de santé et avec la communauté francophone et en aidant à recruter des partenaires de recherche britannico-colombiens		Continu, selon les projets de recherche	L = Chercheurs P = <ul style="list-style-type: none">• CNFS• SSF• Résosanté• Régies, Min de santé. et agences gouvernementales• Milieu associatif
	3.4 Faciliter la publication des nouveaux résultats de recherche sur la santé des francophones dans les publications internes des associations professionnelles et des régies et établissements de santé et également dans les publications scientifiques diffusées en C.-B.		Continu, selon les projets de recherche et les calendriers de publication	L = Chercheurs P = <ul style="list-style-type: none">• RésoSanté• Régies de santé• Prof. liés à RésoSanté• Associations prof.• Journaux et revues scientifiques



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
4. Faciliter l'intégration de mesures d'accès dans la planification des services	4.1 Faire une tournée provinciale incluant des rencontres bilatérales avec le ministère et les régies de santé régionales et provinciale pour partager les résultats du projet Préparer le terrain en Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> Plans de services de santé et politiques contiennent davantage d'éléments visant à améliorer l'accès aux services pour les fr. 	2006-07 : T-4 et 2007-08 : T-1	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> Ministère et régies de santé
	4.2 Développer des outils (ou adapter des outils existants) pour mesurer et analyser comment les barrières d'accès linguistiques et culturelles affectent la qualité des soins et augmentent les facteurs de risque et promouvoir l'utilisation de ces outils auprès des gestionnaires de services de santé		2010-11	L = Comité national sur le renforcement de l'accès au soins de santé primaire (SAPHC) incluant le PLS et RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> Régies de santé Établissements
	4.3 Créer une entente entre les gouvernements provinciaux concernés pour que s'instaure une meilleure coordination des paiements de services de santé pour les citoyens canadiens en transit ou en phase migratoire du Québec vers la Colombie-Britannique.		2010-11	L = Gouvernements de la C.-B. et du Québec P = <ul style="list-style-type: none"> RésoSanté FFCB
	4.4 Soutenir la prestation de services en français par les professionnels en milieu clinique par la mise en place de cadre administratifs facilitateurs incluant des accommodements raisonnables et évitant la surcharge de travail		2010-11	L = Régies de santé et établissements P = <ul style="list-style-type: none"> RésoSanté Associations professionnelles



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	4.5 Trouver des stratégies pour attirer les médecins parlant français dans les régions rurales		Continu	L = Régies de santé P = • RésoSanté • Collège des médecins • UBC incluant les campus régionaux à Prince George et Victoria
5. Favoriser la création de lieux d'accès aux services de santé en français	5.1 Faciliter le partage avec d'autres gestionnaires et décideurs des meilleures pratiques et des défis liés à l'offre de services en français au Foyer Maillard (résidence pour personnes âgées et seul établissement en C.-B. mandatée d'offrir des services dans les deux langues officielles)	• Des lieux de services de santé fonctionnels et utilisés où des services sont désignés pour les francophones.	2007-08	L = Foyer Maillard P = • RésoSanté • Régie de santé Fraser Health • Autres Régies de santé
	5.2 Appuyer les efforts d'expansion du Foyer Maillard pour lui permettre d'accueillir un plus grand nombre de patients et résidents		2010-11	L = Foyer Maillard P = • RésoSanté • Régie de santé Fraser Health
	5.3 Mettre en place des services désignés en français au Centre de santé communautaire (CHC) Pender à Vancouver. Ce centre étant facilement accessible pour la clientèle francophone marginalisée économiquement (francophones démunis) ou culturellement (nouveaux arrivants)		2006-07 et 2007-08	L = RésoSanté P = • CHC Pender • UBC • Centre communautaire La Boussole
	5.4 Inclure les services désignés francophones au plan de services du CHC Pender et mettre en place des mécanismes pour que les francophones participent à leur évaluation		2008-09	L = CHC Pender P = • RésoSanté • Centre communautaire La Boussole



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	5.5 S'assurer que les points de services provinciaux, responsables de desservir toute la province incluant toute la communauté francophone, tels l'hôpital des enfants ou des femmes, l'Agence du Cancer, le centre Sunny Hill aient des services en français, des spécialistes, du personnel bilingue.		Travail amorcé par PHSA à poursuivre de façon continue	L = Régie de santé provinciale PHSA P = • Directions des services • RésoSanté
	5.6 Identifier d'autres lieux de services en milieu clinique où des services désignés francophones pourraient être intégrés au plan de services		2007-08 et 2008-09	L = Régies de santé P = • RésoSanté • CHC Pender • Milieu associatif fr.
	5.7 Appuyer la création de centres de services regroupant divers types de ressources (ex. : CLSC ou MédiCentres) incluant les médecins, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, santé mentale, laboratoire, etc. afin de maximiser les ressources francophones		2008-09	L = Ministère et régies régionales P = • Directions des CHC
	5.8 Mettre en place des accommodements raisonnables pour maximiser l'usage et l'assignation de certains prestataires de services parlant français, par exemple en découvrant leur territoire d'action ou en considérant les capacités linguistiques pour la dotation de certains postes.		2008-09	L = Régies de santé et établissements P = • RésoSanté



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services					
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)	
6. Maintenir et développer des mesures d'accès complémentaires facilitant l'accès aux services pour les francophones	6.1 Augmenter le nombre de professionnels de la santé parlant français acceptant d'annoncer leurs services dans le répertoire de RésoSanté	<ul style="list-style-type: none"> • Un plus grand nombre de francophones peuvent se faire desservir en français, même dans les cas où les prestataires ne parlent pas français 	Continu	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • Prof. liés à RésoSanté • Associations professionnelles • Régies de santé • Établissements • Institutions de formation • Milieu associatif fr. 	
	6.2 Faciliter le développement avec les régies d'une ou de plusieurs banques de données de professionnels parlant français en développant entre autres des accords avec les associations professionnelles pour qu'il y ait lors de l'inscription, l'identification des langues parlées par les professionnels et que des listes soient accessibles aux gestionnaires de services			Continu	L = PLS à la régie provinciale P = <ul style="list-style-type: none"> • Autres régies de santé et établissements • RésoSanté • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof. (Incl. l'AIIC) • Institutions de formation
	6.3 Améliorer l'arrimage entre les patients francophones et les professionnels parlant français en milieu institutionnel par la mise en place de mécanismes et protocoles permettant de partager l'information linguistique et de référer des patients en fonction de celle-ci. (Ce travail devra tenir compte du développement du système PARIS à la régie de santé Vancouver Coastal)			Continu	L = Régie régionale Vancouver Coastal Health, régie provinciale P = <ul style="list-style-type: none"> • Autres régies de santé et établissements • RésoSanté • Prof. liés à RésoSanté • Associations professionnelles
	6.4 Former dans la mesure du possible des équipes soignantes parlant français en mettant l'emphase sur le rôle des infirmières par exemple pour les suivis de conditions chroniques			Continu	L = Régies et établissements P = <ul style="list-style-type: none"> • RésoSanté • Associations professionnelles



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	6.5 Maximiser le potentiel du personnel médical de soutien parlant français (ex. : secrétaires médicales)		Continu	L = Régies et établissements P = • RésoSanté • Associations professionnelles
	6.6 S'assurer de rendre davantage de services de santé mentale disponibles en français dans les écoles du Conseil scolaire francophone incluant par exemple des infirmières psychiatriques		Continu	L = Régie provinciale PHSA P = Régies et établissements • Conseil scolaire francophone
	6.7 Maintenir et développer les services d'interprètes spécialisés en matière de santé (incluant le recrutement, la formation et l'encadrement) et assurer la complémentarité des services déjà en place pour offrir ce service aux francophones dans toutes les régions		Continu	L = PLS, et régies régionales FHA et VCH P = • Autres régies de santé • Institutions de formation offrant des programmes en interprétariat • RésoSanté • Milieu associatif
	6.8 Améliorer l'usage des services d'interprètes par les professionnels en éduquant les patients, les professionnels et les gestionnaires quant à l'importance d'utiliser des interprètes spécialisés en matière de santé		Continu	L = Comité national sur le renforcement de l'accès au soins de santé primaire (SAPHC) incluant le PLS, les programmes de formation et RésoSanté P = • Autres régies de santé et établissements • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof. • Milieu associatif
	6.9 Faciliter le travail d'accompagnement communautaire pour les personnes nécessitant davantage d'aide que la simple interprétation linguistique		Continu	L = Organismes d'aide aux francophones P = • RésoSanté



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	6.10 S'associer avec les bases militaires pour rendre certaines de leurs ressources francophones en santé accessibles à l'ensemble de la population		Continu	L = Résosanté P = • Bases de Comox et d'Esquimalt • Régie régionale VIHA
	6.11 Promouvoir et soutenir la participation de bénévoles francophones aux équipes de bénévoles des hôpitaux.		Continu	L = Établissements P = • RésoSanté • Associations francophones
7. Fournir aux francophones des outils et ressources efficaces pour les aider à prendre en charge leur santé	7.1 Maintenir et développer la composante francophone du programme BC HealthGuide, le Guide-santé Colombie-Britannique.	• Un plus grand nombre de francophones ont accès à une plus grande diversité de ressources et de programmes d'éducation à la santé et de promotion prévention les aidant à prendre de bonnes décisions en matière de santé	Continu	L = Min. de la santé – BC HealthGuide Program (BCHG) P = • RésoSanté • Milieu associatif
	7.2 Présenter les résultats de l'évaluation réalisée dans le cadre du projet FASSP Guide-santé aux nouveaux gestionnaires du service téléphonique « BC Nurse Line » (accès à distance à des infirmières et à des pharmaciens spécialement formés pour aider les gens au téléphone) pour améliorer l'offre de services en français de cette ligne téléphonique		2006-07 : T-4	L = RésoSanté P = • Min. de la santé – « Emergency Health Services Commission » (Commission sur les services d'urgence en santé) • Min. de la santé – BC HealthGuide Program (BCHG)



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	7.3 Développer des modules d'enseignement sur la santé à partir du Guide-santé pour les livrer au programme de 10 ^e année dans les écoles du Conseil scolaire francophone		Développement - 2006-07 : T-3 et 2007-08 : T-1 Début de l'offre - année scolaire 2007-08	L = RésoSanté P = • Conseil scolaire francophone • Min. de la santé – BCHG
	7.4 Développer et mettre en œuvre des stratégies pour améliorer l'offre de services de santé publique en français dans les écoles du Conseil scolaire francophone en collaboration avec les unités de santé publique des régies de santé		2008-09	L = Régies de santé P = • Conseil scolaire francophone • Agence de santé publique du Canada • RésoSanté • Intervenants de santé publique liés à RésoSanté
	7.5 Offrir aux parents francophones une version française du manuel « Baby's best chance » et fournir en français le soutien lié à ce programme par le biais des infirmières de santé publique dont c'est la responsabilité		2006-07 : T-4 (Début sur l'Île de Vancouver) 2007-08 : Suite au reste de la province	L = Régies de santé P = • Min. de la santé • Fédération des parents francophones de la C.-B. • RésoSanté • Infirmières de santé publique
	7.6 Organiser un forum provincial en français sur la promotion de la santé qui aidera entre autres à identifier les programmes et ressources de santé publique et le matériel d'éducation à la santé les plus pertinents à offrir en français et à discuter de stratégies pour les rendre disponible à la population francophone et aux professionnels appropriés		Juin 2007	L = RésoSanté P = • SSF • UIPES • Agence de santé publique du Canada • Régies de santé • Milieu associatif francophone



Deuxième axe d'intervention – Organisation de services				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	7.7 Intégrer un volet promotion prévention au site web de Résosanté		2006-07 : T-3 et T-4 et par la suite... Mise à jour continue	L = RésoSanté P = • Ministère et régies de santé • Agence de santé publique du Canada • Réseau Canadien de la santé
	7.8 Appuyer et collaborer aux initiatives communautaires francophones en matière de promotion prévention		Continu	L = Milieu associatif P = • RésoSanté • Régies de santé • Agence de santé publique du Canada • Réseau Canadien de la santé

Troisième axe d'intervention – Le développement des ressources humaines parlant français				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
8. Faciliter l'accès à des programmes et activités de formation en français pour former ou perfectionner des prestataires de services capables de travailler en français	8.1 Promouvoir auprès de la population, des professionnels et des gestionnaires les programmes de formation en santé offerts en français en C.-B. par Éducacentre et ceux offerts en dehors de la province mais ouverts aux apprenants de la C.-B.	<ul style="list-style-type: none"> • Un plus grand nombre d'étudiants et de professionnels reçoivent leur formation en français en C.-B. • Un plus grand nombre de prestataires de services de santé sont en mesure d'offrir leurs services en français 	Continu	L = Éducacentre et CNFS P = • RésoSanté • Régies et étab. de santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof. • Milieu associatif incl. les écoles



Troisième axe d'intervention – Le développement des ressources humaines parlant français				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	8.2 Appuyer Éducentre et les autres institutions de formation en santé dans le développement de nouveaux programmes de formation en santé en français ouverts aux apprenants de la C.-B.		Continu	L = Éducentre et autres institutions de formation P = • RésoSanté • CNFS • Régies et étab. de santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof. • Milieu associatif incl. les écoles
	8.3 Identifier des interlocuteurs francophones au sein de toutes les institutions post-secondaires offrant des programmes en santé et mobiliser les plus intéressés à devenir des partenaires et même des champions de la santé en français au sein de leurs institutions respectives		2010-11	L = Autres institutions post-secondaire et Éducentre P = • RésoSanté • CNFS • Ass. des facultés de médecine du Canada (AFMC)
	8.4 Faciliter les échanges entre les facultés de médecine du Québec et de la Colombie-Britannique, faciliter le jumelage		Continu	L = AFMC P = • UBC • Facultés de médecine du Québec
	8.5 Offrir aux professionnels intéressés des activités de formation continue en français portant sur le perfectionnement linguistique ou sur des éléments cliniques les aidant à améliorer leur usage du français comme langue de travail		Continu	L = Autres institutions de formation et Éducentre P = • RésoSanté • CNFS • Ass. des facultés de médecine du Canada (AFMC) • Université du Manitoba • Régies et étab. de santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof.



Troisième axe d'intervention – Le développement des ressources humaines parlant français				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	8.6 Créer ou rendre accessible aux professionnels un lexique de termes médicaux français anglais		2007-08	L = RésoSanté P = • Autres réseaux membres de la SSF • CNFS • AFMC • Affaires francophones de la C.-B. • Régies et étab. de santé • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof.
	8.7 Offrir aux étudiants inscrits dans des programmes en santé en anglais mais ayant déjà des capacités en français des activités de formation portant sur le perfectionnement linguistique ou sur des éléments cliniques les aidant à conserver et à perfectionner leur français pour qu'ils puissent en faire usage dans leur future pratique		Continu Au moins une activité par semestre	L = École de médecine de UBC et autres institutions de formation P = • Éducentré • CNFS • AFMC • Régies et étab. de santé • RésoSanté • Prof. liés à RésoSanté • Associations prof.
	8.8 Intégrer au programme de formation des médecins des modules sur la communauté francophone de la C.-B. et sur les enjeux liés à la livraison des services de santé dans un contexte impliquant des barrières linguistiques et culturelles		Développement - 2006-07 : T4 et 2007-08 : T-1 Début de livraison – Année d'études 2007-08	L = École de médecine de UBC P = • Éducentré • RésoSanté • CNFS • AFMC • PLS • Prof. liés à RésoSanté



Troisième axe d'intervention – Le développement des ressources humaines parlant français				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	8.9 Faciliter l'accès à des milieux de stages ou à des précepteurs de stages francophones pour les étudiants francophones du domaine de la santé voulant faire des stages en C.-B.		Continu	L = Institutions de formation P = • Foyer Maillard • Régies et autres étab. de santé • RésoSanté • CNFS • AFMC
9. Faciliter la collaboration entre les professionnels et la livraison de services intégrés aux francophones par le réseautage des professionnels parlant français	9.1 Profiter de l'incorporation de RésoSanté pour mieux définir le statut d'appartenance et de participation des professionnels parlant français au réseau	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration accrue entre les professionnels parlant français • Francophones bénéficiant d'un meilleur continuum de soins en français 	Continu	L = RésoSanté P = • Prof. liés à RésoSanté • Association prof.
	9.2 Organiser en collaboration avec les associations professionnelles et les milieux de travail des rencontres périodiques de petits groupes professionnels parlant français pour qu'ils échangent en français sur leur profession et sur les questions d'accès et de barrières linguistiques et culturelles		Continu Au moins une rencontre par trimestre	L = RésoSanté P = • Association prof. • Prof. liés à RésoSanté • PLS • Autres régies et étab. de santé
	9.3 Organiser en collaboration avec les institutions de formation en santé des rencontres périodiques de petits groupes d'étudiants parlant français pour qu'ils échangent en français sur leurs programmes respectifs et sur les questions d'accès et de barrières linguistiques et culturelles touchant les francophones		Continu Au moins une rencontre par trimestre	L = RésoSanté P = • Institutions de formation en santé • CNFS • AFMC • PLS



Quatrième axe d'intervention – Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
10. Maintenir et renforcer le réseau de la santé en français en C.-B.	10.1 Procéder à l'incorporation de RésoSanté Colombie-Britannique et assurer son fonctionnement continu	<ul style="list-style-type: none"> • RésoSanté regroupe les intervenants des cinq secteurs en C.-B. qui sont disposés et capables de faciliter l'accès aux services de santé pour les francophones 	<p>Incorporation – 2006-07 T-4</p> <p>Nouvelle entente pluriannuelle de financement – avril 2008</p>	<p>L = RésoSanté</p> <p>P =</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membres de RésoSanté • Prof. liés à RésoSanté • SSF • Partenaires financiers incluant Santé Canada
	10.2 Organiser périodiquement des rencontres bilatérales avec les agences et groupes des cinq secteurs pour les encourager à continuer ou à commencer à être représentés à RésoSanté mais aussi pour partager l'information concernant les travaux de RésoSanté ceux du partenaire visé relativement aux questions d'accès	<ul style="list-style-type: none"> • RésoSanté est reconnu et est capable de donner des avis experts aux divers intervenants gouvernementaux, institutionnels et communautaires quant aux questions de santé en français. • RésoSanté est capable de faciliter le développement de nouvelles initiatives aidant à améliorer l'accès aux services de santé pour les francophones 	<p>Continu</p> <p>Chaque groupe est rencontré au moins une fois par année</p>	<p>L = RésoSanté</p> <p>P =</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régies et étab. de santé • Association prof. • Institutions de formation • Groupes communautaires travaillant en santé • FFCB • Min. de la santé • Santé Canada • Agence de santé publique du Canada • Affaires francophones



Quatrième axe d'intervention – Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	10.3 Collaborer avec les institutions de formation et avec le CNFS pour identifier les étudiants britanno-colombiens inscrits dans des programmes de santé parlant français et pour développer un réseau d'étudiants francophones		2010-11	L = RésoSanté P = •Institutions de formation •CNFS
	10.4 Organiser annuellement une rencontre provinciale autour des divers enjeux de la santé en français en C.-B. pour faire connaître le travail de RésoSanté et de la Société santé en français, pour faciliter les échanges entre un plus grand nombre de participants issus des cinq secteurs permettant à chacun de mieux orienter son action et facilitant la création de nouvelles collaborations et de nouveaux partenariats		2007-08 : • Forum provincial sur la promotion de la santé (voir 6.5) • Assemblée de fondation et par la suite... Une act. prov. par année	L = RésoSanté P = • Régies et étab. de santé • Association prof. • Institutions de formation • Groupes communautaires travaillant en santé • FFCSB • Min. de la santé • Santé Canada • Agence de santé publique du Canada • Affaires francophones • SSF
11. Fournir aux régies et au ministère de la santé des avis et des informations les aidant à mieux intégrer les enjeux touchant l'accessibilité aux services de santé pour les francophones dans leurs plans et politiques de services et les aider à développer de nouvelles mesures d'accès	11.1 Assurer que RésoSanté participe aux groupes de travail et aux comités des régies et établissements de santé traitant des questions d'accès aux services de santé (ex. : Advisory Committees)	• Plans de services et politiques contiennent davantage de mesures d'accès répondant aux besoins des francophones	Continu	L = RésoSanté P = • Régies et étab. de santé



Quatrième axe d'intervention – Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	11.2 Inviter des représentants des régies de santé et du ministère à présenter les éléments de leurs plans de services et politiques liés à des mesures d'accès lors de rencontres régulières de RésoSanté		Continu selon le calendrier de réunions de RésoSanté	L = RésoSanté P = • Ministère et régies de santé
	11.3 Assurer que RésoSanté participe autant que possible aux activités de planification et d'évaluation des régies et du ministère de la santé, soit par le biais de représentants francophones siégeant au conseil et comité décisionnels des instances ou en participant à des sessions de consultation publique ou en fournissant aux instances ciblées des mémoires sur les enjeux pertinents		Continu selon les calendriers administratifs des régies	L = RésoSanté P = • Ministère et régies de santé
	11.5 Travailler avec la BC Centre for Disease Control (BCCDC), et les autres agences gouvernementales qui ont un mandat provincial pour les aider à tenir compte de la réalité francophone dans leurs actions et stratégies		Continu	L = RésoSanté P = • BCCDC et autres agences • Régie provinciale PHSA



Quatrième axe d'intervention – Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	11.6 S'associer aux agences d'aide aux immigrants (incluant celles qui travaillent en anglais) et aux autres groupes linguistiques minoritaires afin de développer des stratégies de démarchage politique communes ou complémentaires visant à sensibiliser le système de santé aux questions d'accès et à faciliter l'accès aux services de santé en français pour les nouveaux arrivants			L = Résosanté P = • Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies (AMSSA)
12. Faciliter la concertation entre les intervenants communautaires et le milieu institutionnel de la santé	12.1 Aider les régies, les établissements, les agences gouvernementales, les institutions de formation et les professionnels pilotant des initiatives ou programmes de santé en français à identifier et à recruter des partenaires communautaires francophones pouvant participer à l'orientation ou collaborer à la mise en œuvre de leurs initiatives et programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Les initiatives et programmes de santé en français en milieu institutionnel répondent mieux aux besoins des francophones et rejoignent plus facilement la population • Les initiatives et programmes communautaires de santé en français tiennent mieux compte des priorités du système de santé en C.B. et profitent davantage de l'expertise clinique disponible 	Continu	L = RésoSanté P = • Régies et étab. de santé • Institutions de formation • Gouvernements • Milieu associatif incl. écoles



Quatrième axe d'intervention – Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	12.2 Faciliter la liaison entre le milieu associatif francophone et les institutions de santé (ministère, régies et établissements) pour qu'ils puissent soit mieux les informer de leurs besoins ou les inviter à collaborer à leurs initiatives communautaires liées à la santé		Continu	L = RésoSanté P = • Groupes communautaires travaillant en santé • Régies et étab. de santé • Institutions de formation • Gouvernements
	12.3 S'associer aux groupes communautaires anglophones travaillant déjà avec le système de santé à contrer les barrières d'accès linguistiques et culturelles pour les aider à inclure la dimension francophone dans leurs actions et stratégies		Continu	L = RésoSanté P = • AMSSA • Comité national SA-PHC
	12.4 Travailler avec les associations professionnelles du domaine de la santé, autant à l'échelle provinciale que nationale, pour qu'elles nous aident à identifier davantage de professionnels parlant français et participent à la diffusion d'information pertinente auprès de leur membership respectif		Continu	L = RésoSanté P = • Associations professionnelles
	12.5 Inviter les intervenants communautaires et du système de santé travaillant à la santé en français et les représentants gouvernementaux du domaine de la santé à assister à l'assemblée générale annuelle de la FFCB pour qu'ils aident à sensibiliser le milieu associatif francophone quant aux questions de santé et pour qu'ils s'informent en retour quant aux ressources communautaires francophones		Annuellement	L = RésoSanté P = • FFCB • Membres de RésoSanté • Gestionnaires de programmes • Min. de la santé • Santé Canada • Agence de santé publique du Canada



Quatrième axe d'intervention – Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
13. Faciliter la concertation inter-provinciale	13.1 Assurer la représentation de la Colombie-Britannique aux instances de la Société santé en français (SSF) entre autres en déléguant des représentants britannico-colombiens des cinq secteurs aux rencontres nationales et en aidant à cibler des présentateurs potentiels de notre province pour les événements nationaux	<ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies nationales et régionales tiennent compte des enjeux britannico-colombiens en matière de santé en français • L'expertise de la C.-B. est mise à contribution dans les stratégies nationales et régionales 	Selon les calendriers de la SSF	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • SSF • Membres de RésoSanté • Gestionnaires de programmes • Prof. liés à RésoSanté • Chercheurs britannico-colombiens
	13.2 Proposer aux autres provinces des stratégies et des protocoles de partage et de transferts interrégionaux et interprovinciaux de matériel d'éducation à la santé disponibles en français	<ul style="list-style-type: none"> • Les pratiques exemplaires sont partagées aidant à améliorer les mesures d'accès déjà en place et à en importer et adapter de nouvelles 	2006-07 : T-3 et 4	L = RésoSanté P = <ul style="list-style-type: none"> • PLS • Autres régies et min. de la santé • Réseaux de santé fr. et min. de santé des autres provinces
	13.3 Collaborer avec Éducacentre, le CNFS et les partenaires du Yukon, des T.N.-O. et de l'Alberta au développement et à la mise en œuvre d'un plan régional de formation en santé		2006-07 : mise en œuvre du plan courant 2008-09 : Début du plan suivant et collaboration continue	L = CNFS P = <ul style="list-style-type: none"> • Éducacentre • RésoSanté • Réseaux santé en fr. et institutions de formation du Yukon, des T.N.-O. et de l'Alberta



Quatrième axe d'intervention – Concertation avec les autorités de santé et les autres partenaires				
Objectifs	Actions	Résultats	Échéances	Leadership (L) / partenaires (P)
	13.4 Assurer la participation de la Colombie-Britannique au groupe de recherche de l'Ouest sur la santé en français		Continu selon le calendrier du projet de recherche	L = Université de la Saskatchewan P = • RésoSanté • UBC • SSF • CNFS
	13.5 Aider le CNFS à identifier des chercheurs britanno-colombiens pour son répertoire national de chercheurs francophones		Continu	L = CNFS P = • Institutions de formation • RésoSanté • Prof. et chercheurs liés à RésoSanté
	13.6 Faciliter la participation de représentants de la C.-B. aux forums nationaux et régionaux sur la recherche en santé organisés par le CNFS en aidant à promouvoir ces événements et à cibler des participants et des présentateurs potentiels de notre province		Continu, selon le calendrier du CNFS	L = CNFS P = • Institutions de formation • RésoSanté • Prof. et chercheurs liés à RésoSanté • Régies, min. et étab. de santé • Groupes communautaires travaillant en santé
	13.7 Diffuser les publications nationales de la SSF et du CNFS et celle des autres réseaux membres de la SSF auprès des partenaires travaillant à la santé en français en C.-B.		Continu	L = RésoSanté P = • SSF • CNFS



Conclusion

L'état de santé d'une communauté dépend de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé qu'elle reçoit. La langue est un déterminant de la santé qui contribue à l'amélioration et à l'appropriation de la santé or, les communautés francophones minoritaires n'ont souvent pas accès à des services en français, 50 % à 55 % des francophones en situation minoritaire n'ont souvent que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue maternelle¹². La barrière linguistique peut avoir de nombreuses conséquences comme mentionnée et il est reconnu qu'elle est essentielle à une bonne prestation de service. Depuis plusieurs années, les autorités de la santé se sont intéressées à cette réalité et certaines communautés francophones à travers le Canada disposent de certains services en français. C'est afin d'aider les autorités locales dans leur volonté d'améliorer les services de santé en français qu'est née l'initiative *Préparer le terrain*.

Suite à la commission Romanov, la langue est maintenant considérée comme un déterminant de la santé qui a une influence majeure sur la qualité et l'accessibilité des services de santé. L'accès aux services de santé dans sa langue maternelle doit donc être une préoccupation majeure pour l'ensemble des intervenants en santé, l'ensemble des autorités gouvernementales locales et nationales ainsi que pour les populations francophones en situation minoritaire vu les nombreuses conséquences que peut avoir le fait d'être servi dans une langue que l'on ne maîtrise pas parfaitement.

En Colombie-Britannique, la santé en français est un dossier récent mais prometteur. Il faut souligner les différentes initiatives entreprises par les régies de santé comme le Provincial Language services par exemple. Le ministère de la santé de la province est également sensibilisé à la question d'accessibilité des services en français. Historiquement certes, les francophones ont toujours eu beaucoup de difficultés à se faire reconnaître. Ils constituent moins de 2% de la population totale. C'est pourquoi, il y aurait

avantages à s'associer à d'autres groupes minoritaires, aux institutions d'enseignement, aux professionnels de la santé et aux institutions gérant les services de santé pour faire avancer la cause de la diversité dans le système de santé, comme cela a été le cas tout au long du projet. Soulignons particulièrement, la collaboration avec l'Université de Colombie-Britannique sans laquelle cette recherche n'aurait pu être aussi rigoureuse. L'accessibilité aux étudiants a également permis d'obtenir des données uniques quant à leurs intérêts et capacités à desservir la population francophone. S'associer avec de tels partenaires devrait être envisagé pour tout travail de recherche.

De nos consultations, est ressorti que la moitié des répondants jugent qu'avoir un médecin parlant français est important ou très importants. Ceux qui ne parlent pas bien l'anglais, qui vivent en Colombie-Britannique depuis moins d'un an et ceux qui n'ont personne de confiance pour traduire ont beaucoup plus de chance de considérer très important d'avoir un médecin parlant français. Une très grande majorité de ceux qui souhaitent trouver un médecin parlant français éprouvent des difficultés à en trouver et une majorité n'en trouvent pas. Au total, 40% des répondants ont eu des difficultés (difficulté à comprendre le diagnostic, à être compris par le médecin, ou autres) ou des conséquences négatives (hospitalisation, aggravation de l'état de santé ou autres) lorsqu'ils ont consulté des médecins qui ne parlent pas français.

Les difficultés de langue ajoutées aux autres déterminants de la santé aggravent la vulnérabilité des individus. Certaines populations francophones ont plus besoin de services en français que d'autres. Les groupes subissant plus de conséquences négatives sont ceux à plus faible revenu, ceux souffrant d'une maladie chronique, vivant dans la grande région de Vancouver, les femmes, ceux n'ayant personne de confiance pour traduire ou possédant moins bien l'anglais.

12. Étude coordonnée par la FCFA pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, juin 2001, p. 25.

La francophonie est plurielle avec des niveaux de besoins divers. Certains immigrants francophones de la banlieue de Vancouver récemment arrivés et les personnes âgées en région avec un bon réseau social fonctionnent assez bien dans le système de santé actuel. Ils apprécieraient des soins de santé en français surtout lors de l'arrivée, à condition qu'ils soient facilement accessibles géographiquement ou si le problème était particulièrement grave ou difficile à communiquer en anglais et que les amis ou les familles ne pouvaient faciliter la communication. Certains rapportent des difficultés de communications ou de devoir aider des amis ou proches.

• *Les étudiants en médecine et résidents de médecine familiale trouvent très important ou extrêmement important pour une minorité linguistique d'avoir accès à des services dans sa propre langue (85% des répondants). Une importante proportion est intéressée à mieux desservir la population francophone et à suivre de la formation en ce sens.*

Peu de médecins en pratique ont participé à la consultation. Ceux qui l'ont fait identifient des barrières à mieux desservir la population francophone. Ils expriment des besoins de support de formation et d'outils de facilitation ainsi que de support de documentation pour mieux desservir la population francophone.

Préparer le terrain démontrent une méconnaissance des outils existants en français pour faciliter l'accès aux soins autant de la part des professionnels que de la population. Cela est compréhensible étant donné que les démarches pour faciliter l'accès en Colombie-britannique existent depuis peu.

Ainsi, Préparer le terrain a permis de dresser un portrait clair et précis des besoins de la population franco-colombienne ainsi que d'établir la capacité du système à y répondre. Parallèlement, RésoSanté a été en mesure d'offrir des formations médicales et ainsi de vérifier en temps réel l'efficacité de certaines recommandations. Le forum qui a clôturé ce projet a contribué à main d'œuvre à l'amélioration de la concertation de tous les joueurs clés dans le domaine

de la santé et à créer les conditions favorables au développement des services de santé en français en Colombie-Britannique.

Ce rapport propose donc des pistes d'action jugées prioritaires élaborées en collaboration avec les cinq secteurs traditionnellement regroupés autour de RésoSanté. Ces pistes ont été regroupées en 4 axes d'intervention. Les axes stratégiques et les orientations identifiés nous dirigent vers une action beaucoup plus complète et concertée en matière d'organisation de services, de diffusion de l'information à la population et de soutien aux professionnels par la formation, l'information et le réseautage. RésoSanté devra donc maximiser ses efforts et profiter de l'élan que lui a donné ce projet surtout en ce qui a trait aux liens tissés avec les professionnels de la santé et les étudiants en médecine familiale de UBC.

Les recommandations sont nombreuses mais plusieurs d'entre elles pourront être mise en œuvre dans le cadre de l'initiative intitulée « Santé primaire en action » qui se veut une suite à « Préparer le terrain ». On prévoit bien sûr bâtir à partir des partenariats développés durant les projets FASSP et autour du réseau. Il faudra aussi s'assurer d'utiliser les champions déjà actifs dans le système pour mobiliser leurs collègues moins connaissant de nos besoins et moins sensibles aux questions d'accès et surtout peu informés encore des meilleures pratiques déjà mises en œuvre ici en matière d'accès et de santé en français.

Pour conclure, il faut souligner le fait que RésoSanté, l'un des 17 réseaux à travers le Canada est un joueur important et bien positionné en Colombie-Britannique. Plusieurs partenariats bien établis lui ont permis de développer certaines initiatives comme ouvrir un centre de services désignés pour les francophones par exemple. Le Réseau doit bien sûr se développer mais sa stratégie de travailler en partenariat avec les régions et le ministère de la santé pour développer les services en français de manière intégrée à l'intérieur du système de santé existant semble porter fruit.



Bibliographie

BOWEN Sarah, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Préparé pour Santé Canada (2001)

CAMERON Hélène, *Obstacles et problèmes relatifs à l'accès en français aux soins de santé en Colombie-Britannique*, Préparé pour la Provincial Health Services Authority et Vancouver Coastal Health Vancouver, Canada (2005)

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA), *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, Étude pour le compte du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, Canada (2001)

Fédération des francophones de la Colombie-Britannique (FFCB), *Besoins et priorités en matière d'accès aux services de santé en français en Colombie-Britannique : Qu'en pensent les francophones? Colombie-Britannique* Vancouver, Canada (2002)

GAUTHIER B, *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, Presse de l'Université du Québec (2004)

MAYER R., OUELLET E., ST-JACQUES et alii, *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Gaetan Morin, Montréal (2000)

POIRIER, M., SCHOFIELD, A. et GRAND'MAISON Paul, *Des médecins et des soins de qualité pour les communautés francophones minoritaires du Canada - Revue de littérature*, L'association des facultés de médecine du Canada, Ottawa, Canada (2005)

POUPART Jean et alii, *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Gaetan Morin, Montréal, Canada (1997)

Le Provincial Language Service (PLS) de la Provincial Health Services Authority PHSA), *La santé en français : Revue des questions d'accès et des stratégies proposées dans le cadre du projet 'Préparer le terrain'*, Rapport écrit par Angela Sasso & Hortense Lutz, Vancouver, Canada (2006)

REID Angus, *Perceptions et attitudes de la communauté francophone active en Colombie-Britannique*, Vancouver, Canada (1997).

RésoSanté Colombie-Britannique, *Rapport Final du projet special Guide-santé Colombie-Britannique, La composante francophone du programme BC HealthGuide*, Vancouver, Canada (2006)

RésoSanté Colombie-Britannique et Foyer Maillard, *Rapport final Évaluation des besoins: Services de santé en français à la disposition de la population francophone des Tri-cities*, Rapport écrit par Dan Meichenbaum, Vancouver, Canada (2005)

RésoSanté Colombie-Britannique et La Boussole, *Les Francophones démuni(e)s de Vancouver et les services de santé à leur disposition*, Rapport écrit par Sylvie Kruchten, Vancouver, Canada (2004)

SARVER J. et BAKER D., *Effect of Language Barriers on Follow-up. Appointments After an Emergency Department Visit*, Journal Of General Internal Medicine, Vol 15 Issue 4 (2000)



ANNEXES

ANNEXE I :

QUESTIONNAIRE POPULATION

ANNEXES LIÉES À LA CONSULTATION



ANNEXE II :

QUESTIONNAIRE ÉTUDIANTS/RÉSIDENTS

ANNEXES LIÉES À LA CONSULTATION





ANNEXE III :

QUESTIONNAIRE MÉDECINS

ANNEXES LIÉES À LA CONSULTATION



ANNEXE IV :

RAPPORT DE LA RÉGIE PROVINCIALE DE SANTÉ
« PROVINCIAL HEALTH SERVICES AUTHORITY » (PHSA) :
« LA SANTÉ EN FRANÇAIS : REVUE DES QUESTIONS D'ACCÈS ET
DES STRATÉGIES »

ANNEXES LIÉES AU FORUM PROVINCIAL :
« PLANIFIER POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE
POUR LES FRANCOPHONES »



ANNEXE V :

PROGRAMME DU FORUM

ANNEXES LIÉES AU FORUM PROVINCIAL :
« PLANIFIER POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE
POUR LES FRANCOPHONES »



ANNEXE VI :

LISTE DES PARTICIPANTS

ANNEXES LIÉES AU FORUM PROVINCIAL :
« PLANIFIER POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE
POUR LES FRANCOPHONES »



ANNEXE VII :

PRÉSENTATION – RÉGIE RÉGIONALE
« VANCOUVER COASTAL HEALTH » :
PROJET ET INITIATIVES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

ANNEXES LIÉES AU FORUM PROVINCIAL :
« PLANIFIER POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE
POUR LES FRANCOPHONES »



ANNEXE VIII :

PRÉSENTATION – RÉGIE PROVINCIALE (PHSA) :
PROJETS ET INITIATIVES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

ANNEXES LIÉES AU FORUM PROVINCIAL :
« PLANIFIER POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE
POUR LES FRANCOPHONES »



ANNEXE XI :

PRÉSENTATION – RÉ SOSANTÉ COLOMBIE-BRITANNIQUE :
PROJETS ET INITIATIVES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

ANNEXES LIÉES AU FORUM PROVINCIAL :
« PLANIFIER POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE
POUR LES FRANCOPHONES »



