

Affronter les barrières liées à l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire

Valérie McIntyre¹ and Suzanne Dupuis-Blanchard² 

¹Science Infirmière, Université de Moncton Faculté des arts et des sciences sociales, Canada and ²School of nursing, Université de Moncton, Canada

Article

Cite this article: McIntyre, V., & Dupuis-Blanchard, S. (2026). Affronter les barrières liées à l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*
<https://doi.org/10.1017/S0714980825100238>

Received: 22 August 2024

Accepted: 24 July 2025

Mots-clés:

personne âgée; accès aux soins de santé; minorité francophone; CFSM

Keywords:

older adult; access to healthcare; French minority; OLMC

Corresponding author:

Valérie McIntyre;

Email: valerie.mcintyre@umoncton.ca

Résumé

Malgré le fait que le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue au Canada, l'accès aux soins de santé dans la langue officielle de la minorité semble demeurer un grand défi. La province est l'une de celles avec la plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, dont 35 % sont francophones. Le but de cette étude qualitative de type théorisation ancrée était d'identifier comment les personnes âgées francophones en situation minoritaire accèdent aux soins en français. Des entrevues avec des personnes âgées provenant des trois communautés francophones minoritaires au N.-B. furent réalisées. Les résultats mettent en lumière le processus de « l'identité contre la vulnérabilité » en présentant six étapes qui illustrent le faible nombre d'actions entreprises pour accéder aux soins de santé en français. De plus, l'influence constante de facteurs extrinsèques et intrinsèques affecte l'étape où on s'identifie comme francophone, ce qui accentue la vulnérabilité de la personne âgée dans le système de santé.

Abstract

Even though New Brunswick is the only officially bilingual province in Canada, accessing healthcare in the official language of the minority appears to remain a significant challenge. In addition to the language issue, the province has one of the highest proportions of individuals aged 65 and over, 35% of whom are Francophone. The purpose of this qualitative grounded theory study was to identify how older Francophones in official language minority communities (OLMC) access healthcare services in French. Interviews were conducted with older persons from three OLMCs in New Brunswick. The findings reveal the process of "Identity versus Vulnerability" with six stages. The results demonstrate that few actions are taken to receive care in French. Moreover, the constant influence of intrinsic and extrinsic factors affects identifying as a Francophone and requesting services in French, keeping the older person vulnerable within the healthcare system.

Dans un monde où l'accès aux services et soins de santé est essentiel pour un vieillissement sain, la question de l'accès aux soins dans sa langue pose un réel problème pour les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM), soit celles établies à l'extérieur du Québec (Ahmed, 2022). Pourtant, dans la Loi sur les langues officielles du Canada, on note que les communautés francophones et les communautés anglophones ont un statut, des droits et des privilèges égaux, qui incluent le droit à des soins de santé dans la langue de leur choix dans les établissements fédéraux pour les clientèles relevant de la responsabilité fédérale (Ministère de la Justice, 2017). Toutefois, pour la majorité de la population, les soins de santé sont une responsabilité provinciale.

Sur le plan provincial, la loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick stipule que les membres du public ont droit de recevoir des soins et de communiquer dans une des deux langues officielles de leur choix, et ce dans les établissements de soins des deux régions de santé de la province (Foucher, 2017). Malgré cette loi provinciale, les habitants du Nouveau-Brunswick continuent à éprouver de la difficulté à recevoir les soins de santé en français. On note que 45 % des gens des CFSM du centre et du sud de la province indiquent qu'il est très difficile ou même impossible d'obtenir des soins de santé en français dans leur région (Gagnon-Arpin et al., 2014).

Cette situation n'est guère surprenante, puisqu'au Canada (en excluant le Québec), le taux de professionnels de la santé pouvant soutenir une conversation en français se situait à 19,9 % en 2021 (Gouvernement du Canada, 2021). Cela inclut la capacité à formuler des directives ou à aborder certaines préoccupations avec l'individu concerné.

La majorité des gens expriment pourtant qu'il est très important pour eux de recevoir des soins dans leur langue (Consortium national de formation en santé, 2021; de Moissac et Bowen, 2017; Sauvé-Schenk et al., 2024).



Contexte de l'étude

Le nombre de personnes âgées, au Nouveau-Brunswick comme ailleurs au Canada, ne cesse d'augmenter (Association francophone des âgées du Nouveau-Brunswick et al., 2019). En particulier, au Nouveau-Brunswick, on compte 22,8 % de la population provinciale âgée de 65 ans et plus, et 35,3 % de ces personnes âgées déclarent le français comme langue maternelle (Statistique Canada, 2022). De plus, les personnes âgées sont parmi celles qui côtoient le plus le système de santé (van Kemenade et al., 2016) puisqu'elles sont plus à risque de développer des problèmes de santé tels que le diabète et l'hypertension artérielle. Les personnes âgées francophones ne font pas seulement face à de nombreux enjeux, tel qu'un besoin accru d'accès aux soins primaires et à la gestion de conditions médicales chroniques tout en voulant vieillir chez elles. Elles doivent également faire face au manque d'accès à des soins dans leur langue maternelle. Ainsi, naviguer dans un système de santé complexe dans une langue seconde s'avère un réel défi pour la personne âgée de CFSM.

Dans le contexte des CFSM, il est essentiel de reconnaître que la personne âgée vit une intersectionnalité entre l'âge et la langue minoritaire. Par conséquent, il est possible que le fait d'être à la fois francophone minoritaire et personne âgée contribue à un sentiment accru de vulnérabilité. Si on y ajoute des défis de communication ressentis par certaines personnes âgées, surtout celles avec des difficultés neurocognitives telles que la démence, ou celles avec un plus faible niveau de littératie en santé, le fait de devoir utiliser une langue seconde augmente considérablement le niveau de stress (Drolet et al., 2015; Sauvé-Schenk et al., 2024; Simard et Bouchard, 2020).

L'utilisation d'une langue seconde pour communiquer ses besoins en santé a entraîné divers effets, tels que le stress ressenti par l'individu, l'automédication et un sentiment de frustration (de Moissac et Bowen, 2017; Lacaze-Masmonteil et al., 2013). Selon de Moissac et Bowen (2017), le risque de poser un mauvais diagnostic est nettement supérieur lorsqu'il y a présence de barrières linguistiques. Ils ajoutent que la collecte de données peut ne pas être précise et, dans certains cas, complètement erronée (de Moissac et Bowen, 2017). Aussi, plusieurs patients ajoutent que le temps d'attente avant de se faire soigner est plus long, car il est souvent difficile pour eux de se faire comprendre et, ainsi, de recevoir les traitements appropriés (de Moissac et Bowen, 2019). En effet, il y aurait une diminution des conséquences négatives lorsque la personne francophone a accès à des soins de santé dans un hôpital bilingue, comparé à quand elle reçoit des soins de santé dans un hôpital anglophone (Reaume et al., 2020). Il faut aussi savoir qu'un certain niveau d'anxiété est perçu chez les enfants et les personnes âgées qui doivent, à l'occasion, dépendre de leurs proches aidants pour communiquer leurs besoins lorsqu'ils ne peuvent s'exprimer correctement (Drolet et al., 2014).

Mais, pour quelles raisons est-il aussi difficile pour les CFSM d'avoir accès à des services et des soins de santé dans leur langue maternelle? Tout d'abord, le manque de personnel infirmier ou de personnel en santé contribue assurément à ce manque d'accès aux soins de santé en français (Bouchard, 2013; Dupuis-Blanchard et al., 2013). Pour répondre aux besoins des CFSM, il devrait y avoir une augmentation significative du personnel francophone dans les systèmes de santé (de Moissac et al., 2012; de Moissac et Bowen, 2017). Il est également souligné qu'il ne suffit pas d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé francophones, mais qu'il est tout aussi important de les répartir de manière plus équilibrée dans les régions majoritairement francophones (Timony et al., 2013).

Devant tous ces défis, il n'est pas surprenant que la personne âgée de CFSM soit réticente à demander des services et des soins de santé en français. Selon Simard et Bouchard (2020), ces personnes éprouvent de l'appréhension en raison de leur statut de minorité linguistique. Demander des soins dans sa langue maternelle représente pour elles des tensions, de l'infériorité et des résistances (Bouchard et Simard, 2020). Par ailleurs, on observe une hésitation à consulter les services offerts en raison du manque de services en français, mais aussi en raison des multiples comportements âgistes de la part des professionnels de la santé (Dupuis-Blanchard et Caissie, 2021). De plus, il ne faut pas oublier que l'offre active des soins de santé en français, au premier contact avec le professionnel de la santé, contribue à augmenter la demande de soins dans cette langue, car la personne se sent beaucoup plus à l'aise en sachant que la possibilité de recevoir des services en français existe (de Moissac et al., 2012; de Moissac et Bowen, 2019).

En somme, il est démontré qu'il y a des conséquences pour les personnes âgées dans les CFSM de ne pas recevoir des services en français et qu'il serait bénéfique d'augmenter l'accès à ces services par une offre active de services même si la demande n'est pas toujours apparente (de Moissac et Bowen, 2017; de Moissac et Bowen, 2019). Malgré ces recherches, les actions entreprises par les personnes âgées en CFSM pour accéder à des soins en français restent peu explorées. Une étude ontarienne a exploré les stratégies utilisées par des proches aidants de personnes âgées et d'enfants dans le système de services sociaux en français pour des soins continus (Drolet et al., 2015). Cependant, la présente recherche est plutôt concentrée sur les soins de santé primaires.

Pour ces raisons, le but de cette étude est de cerner le processus utilisé afin d'avoir accès aux soins de santé en français, tout en se posant la question suivante : comment les personnes âgées des CFSM du Nouveau-Brunswick accèdent-elles aux soins et services de santé en français ?

Méthodologie

Dans cette étude de type qualitative, la théorisation ancrée selon le paradigme constructiviste de Charmaz (2014) était l'approche méthodologique privilégiée, afin de bien comprendre le processus social identifié par la question de recherche. Le devis qualitatif nous a permis d'explorer le processus utilisé par les personnes âgées francophones vivant en CFSM pour tenter d'accéder aux soins et services de santé en français. Par ailleurs, le constructivisme permet à la chercheuse de garder une subjectivité lors de la collecte et de l'analyse des données (Charmaz, 2014). Selon l'approche constructiviste, chaque individu en CFSM vit une situation différente selon son expérience avec le système de santé. Chaque situation vécue par les individus permet à la chercheuse de faire des liens, ce qui lui permettra de construire un processus social. Ce processus tient compte des valeurs et des connaissances de la chercheuse comme outil de collecte de données (Charmaz, 2014). Les méthodes choisies pour répondre à la question de recherche furent l'entrevue individuelle semi-dirigée, le groupe de discussion, l'échantillonnage de convenance et l'échantillonnage théorique, l'analyse continue de données, les mémos et le journal de réflexion.

Participants

À la suite de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université de Moncton, le recrutement a débuté auprès des personnes âgées francophones des CFSM au

Nouveau-Brunswick. Le recrutement a été soutenu par une collaboration avec le Centre scolaire communautaire Samuel-de-Champlain de Saint John, le Centre communautaire Sainte-Anne de Fredericton et le Centre communautaire Carrefour Beausoleil de Miramichi. L'échantillonnage de convenance a débuté à l'aide d'échange de courriels et d'affiches dans les centres communautaires. Une lettre d'invitation a également été envoyée par courriel aux participants intéressés afin de décrire brièvement l'étude et de fournir les coordonnées de la chercheuse. L'échantillonnage théorique nous a permis de cibler des participants qui avaient des expériences plus récentes lors des dernières entrevues.

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient les suivants : être francophone, avoir 65 ans ou plus et avoir utilisé des services de soins de santé durant la dernière année dans une région majoritairement anglophone du Nouveau-Brunswick. Parmi les différentes définitions d'une personne francophone (Forgues et al., 2009), pour la présente étude, le critère « francophone » se définit comme la langue parlée le plus souvent à la maison. Comme critère d'exclusion, les personnes qui étaient francophones mais qui souhaitaient recevoir et discuter de leurs soins de santé en anglais ne pouvaient pas participer à l'étude.

Collecte de données

Un guide d'entrevues a permis de mener des entretiens semi-structurés avec les participants. Après avoir bien compris et signé le formulaire de consentement, les participants étaient invités à partager leurs expériences et leurs impressions. La majorité des entrevues ont eu lieu au domicile des participants, sauf trois d'entre elles qui ont été réalisées par vidéoconférence. Les entrevues étaient d'une durée de vingt à soixante minutes et le tout a été enregistré, avec l'accord des participants, afin de faciliter la transcription des entrevues. Suivant l'analyse des données, un groupe de discussion a eu lieu avec les participants de l'étude et un nouveau participant qui n'avait pas pu participer à l'entrevue individuelle.

Le groupe de discussion a permis à la chercheuse de confirmer les résultats par la validation des répondants. Les résultats obtenus des entrevues individuelles ont alors été retournés aux participants sous forme de présentation orale pendant la séance de groupe au cours de laquelle ils pouvaient confirmer, ou non, les résultats de la recherche (Birt et al., 2016). Le recrutement pour le groupe de discussion s'est fait par courriel, c'est-à-dire de la même façon que pour les entrevues individuelles. La rencontre de groupe, d'une durée d'environ 35 minutes, a été orientée par un guide de questions semi-structurées. Le tout a été enregistré avec l'accord des participants. Pour terminer, un journal de bord et des mémos ont été utilisés par la chercheuse, tout au long de la collecte des données, afin d'assurer la rigueur de la recherche.

Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon les étapes de la méthodologie de la théorisation ancrée de Charmaz (2014). Premièrement, la transcription verbatim des entrevues individuelles a été complétée par la chercheuse. Deuxièmement, la codification a été faite en deux phases : 1) la phase initiale qui comprend de nommer chaque mot, ligne ou segment; et 2) la phase sélective qui regroupe les codes les plus significatifs ou les plus fréquents, afin d'organiser, synthétiser et intégrer plusieurs données (Charmaz, 2017). Des codes tels que « Changer sa langue pour avoir des services » et «

Attendre pour recevoir des soins dans sa langue » ont été regroupés pour former la catégorie « Équité quant aux soins de santé pour les personnes âgées francophones ». Troisièmement, une codification théorique a été établie. Le but de la codification théorique est de former une théorie avec les codes ciblés. La chercheuse a regroupé les catégories et approfondi leur interprétation, ce qui a mené à une théorisation des données (Charmaz, 2014). Dans cette étude, le codage théorique a mené à un cycle où les catégories s'influencent entre elles, illustrant ainsi la dualité entre l'identité et la vulnérabilité de la personne âgée de CFSM quant à l'accès à des soins et des services de santé en français. Par exemple, la catégorie « Faire face aux barrières linguistiques dans les soins de santé » a comme effet pour la personne âgée de devoir « développer des stratégies de communication en santé en tant que membre d'une minorité linguistique », qui est une autre catégorie. Les catégories se regroupent pour former ce cycle, qui se décline en six étapes. Pour le groupe de discussion, les conclusions ont été tirées à partir d'une analyse des observations directes, sans recours à une transcription des échanges.

Résultats

Profil des participants

Treize entrevues ont été réalisées auprès des personnes âgées membres de CFSM, spécifiquement à Saint John, à Fredericton et à Miramichi, au Nouveau-Brunswick. Huit femmes, deux hommes et trois couples hétérosexuels ont participé aux entrevues. Les couples n'ont pas été dissociés en raison d'un partage d'opinion similaire. Ainsi, ils sont indiqués comme étant un seul participant et non deux. Les participants étaient âgés de 68 et 90 ans. Tous étaient Canadiens, caucasiens et francophones. Trois personnes habitaient seules, les dix autres habitaient avec un conjoint, une conjointe ou leur enfant. Puis, 55 % (n = 9) des participants n'avaient aucune ou seulement une seule condition médicale chronique, tandis que 44 % (n = 7) avaient de deux à quatre conditions médicales. La majorité des participants avaient recours aux services de santé une fois ou moins d'une fois par mois. La région de chaque participant n'a pas été associée aux pseudonymes, afin de respecter la confidentialité et de limiter la possibilité de reconnaître un participant (Tableau 1).

En ce qui concerne le groupe de discussion, huit participants se sont joints à la discussion. Tous les participants, sauf un, étaient des personnes âgées ayant contribué aux entrevues individuelles. Un participant demeurait dans la région de Fredericton, un couple et une participante demeuraient dans la région de Saint John et deux couples dans la région de Miramichi. Un des participants, qui respectait les critères d'inclusion, n'avait pas collaboré aux entrevues individuelles, mais souhaitait tout de même participer à la discussion de groupe.

Contexte : l'intégration de la personne âgée francophone à la communauté linguistique majoritaire

Pour comprendre la situation des participants âgés francophones en situation minoritaire, il faut savoir que ces personnes âgées habitent des régions majoritairement anglophones au Nouveau-Brunswick depuis plusieurs années. La plupart ont vécu plus de 40 ans dans ces régions de la province, principalement en raison d'occasion de travail dans le passé. Par conséquent, ils s'y sont établis et leurs familles y ont vu le jour. Aujourd'hui, leur cercle

Tableau 1. Données sociodémographiques

Pseudonyme	Âge du participant	Sexe	Cohabitation	Langue parlée à la maison	Nombre de conditions chroniques	Fréquence de consultation des soins de santé
Anita	68 ans	Femme	Seule	Français, anglais et autre langue	2	1x / mois
Denis	68 ans	Homme	Conjointe, fille et gendre	Français et anglais	2	Moins d'une fois / mois
Gaetan	73 ans	Homme	Conjointe	Français	0	Moins d'une fois / mois
Pierrette	72 ans	Femme	Conjoint	Français	1	Moins d'une fois / mois
Maryse	75 ans	Femme	Conjoint	Français	4	Moins d'une fois / mois
Clara	90 ans	Femme	Seule	Français	2	Moins d'une fois / mois
Anne et David	85 et 84 ans	Femme et homme	Conjoint et conjointe	Français et anglais	A : 3 D : 2	Moins d'une fois / mois
Jeannette et Ronald	70 et 71 ans	Femme et homme	Conjoint et conjointe	Français	J : 0 R : 1	Plus de cinq fois par mois
Josée	78 ans	Femme	Conjoint	Français	1	Plus de cinq fois par mois
Léonie	68 ans	Femme	Conjoint	Français	1	1 à 2 fois / mois
Carole et Pierre	68 ans et 70 ans	Femme et homme	Conjoint et conjointe	Français	C : 4 B : 0	1 à 2 fois / mois
Julie	72 ans	Femme	Seule	Français	1	Moins d'une fois / mois
Louise	72 ans	Femme	Conjoint	Anglais et français	0	Moins d'une fois / mois

d'amis, leur famille, leurs souvenirs font partie de ces régions anglophones. Un participant explique :

Parce que... à mon âge-là, on a passé des expériences. J'ai déménagé de nouveau à Saint-Jean en 75. Je suis revenu à Saint-Jean. Quand j'ai revenu à Saint-Jean, en 75, là, les services en français, y n'avait pas. (Gaëtan, 73 ans)

Même si les participants à l'étude demeurent dans des CFSM qui disposent de ressources francophones telles que les associations de personnes âgées francophones, il reste qu'à l'extérieur de ces espaces, l'anglais est la langue de la majorité. Avec le temps et les expériences vécues, les personnes âgées de CFSM développent des approches qui forment un processus social, afin d'avoir accès à des soins et à des services de santé. Les approches qu'elles développent visent à obtenir les soins de santé dont elles ont besoin, peu importe la langue. Les étapes du processus, ainsi que tous les facteurs qui l'influencent, seront expliquées dans la prochaine section.

L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire

Le processus qui a été nommé : « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire » est représenté par un cycle où se succèdent six étapes (Figure 1). Le titre du processus expose l'état de la personne âgée en situation minoritaire qui tente d'obtenir des soins de santé en français dans une région majoritairement anglophone. Devoir mettre sa langue de côté pour recevoir des soins vient ébranler l'identité francophone et rend la personne plus vulnérable qu'elle ne l'est déjà face au système de santé (de Moissac et Bowen, 2019).

Par ailleurs, dans ce processus cyclique, la personne âgée devra inévitablement avoir accès à des soins ou à des services de santé à

multiples reprises, ce qui la ramène chaque fois à l'étape I du processus. Pour rajouter à ceci, plusieurs facteurs, extrinsèques et intrinsèques, influencent le processus pour certaines personnes, tout particulièrement à l'étape III.

Les étapes du processus de « l'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire »

Les six étapes du processus sont les suivantes : I) Nécessiter des services de santé dans une région majoritairement anglophone; II) appréhender la demande de services de santé en français; III) s'identifier comme francophone et faire la demande de services de santé en français au premier contact; IV) faire face au refus du service de santé en français; V) se soumettre contre son gré à recevoir les soins de santé nécessaires en anglais; et VI) vivre la déception de ne pas recevoir les soins de santé dans sa langue. Ces étapes sont discutées ci-bas, agrémentées des données recueillies auprès des participants.

Étape I : nécessiter des services de santé dans une région majoritairement anglophone

Cette étape représente le moment où la personne âgée francophone nécessite des soins ou des services de santé dans une région majoritairement anglophone. Recevoir des services de santé représente un éventail de possibilités, passant des soins médicaux dans un centre hospitalier à des services dans une clinique externe de soins. Cela peut aussi représenter les services ambulanciers, les services de pharmacie ou les services d'aide à domicile par des infirmières immatriculées. Carole et Pierre mentionnent avoir eu recours au système de santé à plusieurs reprises : « J'ai tellement été dans le système. Dans les derniers trois ans ou cinq ans que... Mais y'a une fois, j'ai été hospitalisé pour huit jours. À cause de ma chimio ». Une participante ajoute que son conjoint a dû nécessiter

L'identité contre la vulnérabilité : Affronter les barrières liées à l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire

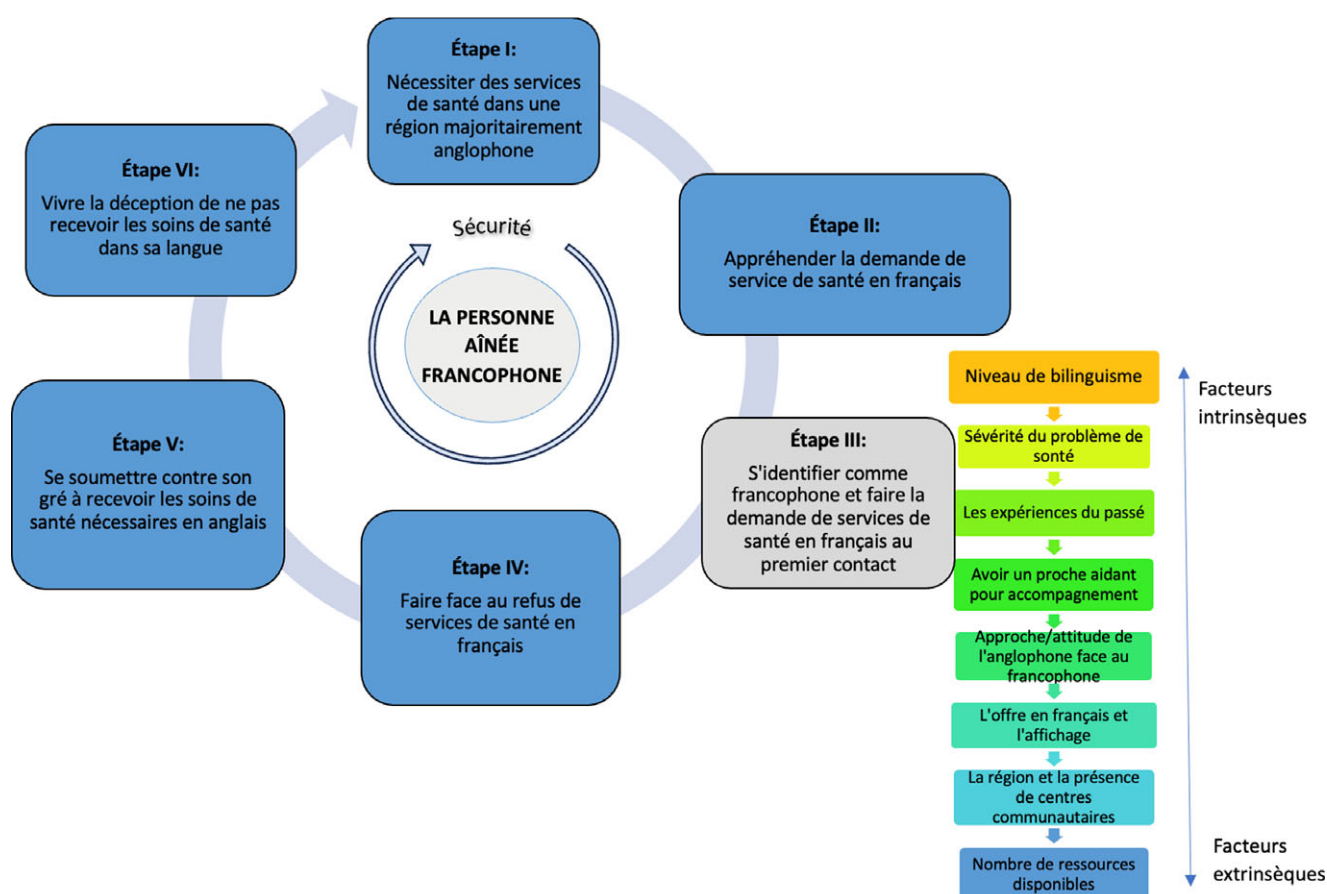


Figure 1. L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes âgées francophones en situation minoritaire.

plus de soins dernièrement, ce qui l'a amenée à avoir accès aux services de santé plus fréquemment :

Même quand le stroke à (*nom du conjoint*) a arrivé, comme plus au début, c'était plus critique. Quand ça allait moins bien, au début, y s'avait cassé le fémur, pis là, y'avait fait un stroke. Ça fait que, dans ce temps-là, y'avait peut-être plus de soins et c'est dans ces moments-là que tu veux avoir le plus d'informations. (Josée, 78 ans)

Cette première étape laisse la personne âgée de CFSM dans un état de vulnérabilité. La personne qui doit avoir accès au système de santé n'est pas en contrôle du fait qu'elle doit consulter. Que ce soit pour des traitements d'urgence ou de routine, elle devra demander de l'aide, ce qui entraîne un sentiment d'insécurité. Après avoir déterminé qu'il est nécessaire d'avoir des soins ou de consulter, la personne âgée ressent de l'inquiétude avant de faire la demande de services de santé en français.

Étape II : appréhender la demande de services de santé en français

À l'étape II, les participants avouent ressentir une impuissance, même avant le contact avec le système de santé, car ils sont souvent persuadés que les soins de santé ne seront pas offerts en français. Plusieurs perdent espoir de recevoir ces soins dans leur langue. Un couple ajoute :

Ils demandent pas le service en français, parce qu'ils s'attendent pas à l'avoir en français. Si le service en français... si j'arrivais à une prise de sang, pis je saurais que je pourrais avoir tout le service en français comme j'suis censé l'avoir, je le demanderais toute suite. Mais quand y disent, hello-bonjour, pis après ça je lui dis bonjour et après, je ressens que... bon... je retourne en anglais. (Carole et Pierre, 68 et 70 ans)

Certains participants ressentait de l'anxiété avant de devoir accéder à des soins de santé. Clara déclare : « Quand j'étais toute seule, pis j'allais là, j'oubliais la moitié des choses... Oui, j'étais beaucoup nerveuse. C'est pour ça que ma fille a commencé à venir avec moi ». L'appréhension vécue par ces personnes âgées est un réel problème et génère des sentiments négatifs face aux soins et services en santé. Malgré les sentiments négatifs ressentis, la personne âgée doit avoir recours aux services de santé et souhaite se présenter en tant que personne francophone.

Étape III : s'identifier comme francophone et faire la demande de services de santé en français au premier contact

L'étape III est une étape très importante dans le processus et pour les personnes âgées des CFSM. Cette étape leur permet d'exposer leur identité francophone au premier contact avec le système de santé. Tous les participants mentionnent attribuer une grande importance à recevoir les soins de santé dans leur langue. C'est

ainsi que Pierrette verbalise : « Ah oui, oui. Pour vieillir en santé, faut que tu vieillisses dans ta langue ». Lors de cette étape, la personne se présente au système de santé comme francophone. Elle dit son nom en français ou fait la demande des services dans sa langue. Un couple ajoute :

Je dis mon nom en français, pas en anglais... En anglais, c'est une insulte, ce l'est. Y'a pas de raison pour ça... C'est dans la culture, ça fait longtemps que c'est de même. Alors la première chose, je dis « mon nom c'est David ». Là, de là, on voit toute suite si qui sont français ou pas. Si qui disent mon nom en anglais (David avec accent anglais), tu dis « Non. Mon nom, c'est David ». (Anne et David, 85 et 84 ans)

De plus, l'étape III est grandement influencée par différents facteurs. Ces facteurs vont influencer la personne à continuer à faire la demande ou non de services en français à la suite du premier contact. Ces facteurs sont expliqués ci-bas.

Niveau de bilinguisme. Les participants affirment que, lorsqu'ils sont bilingues et qu'ils se sentent à l'aise de discuter en anglais, ils seront moins portés à demander les services de santé en français. Cependant, il est aussi important de mentionner que les participants démontraient des insécurités face au dialecte médical. Un homme partage :

Oui, j'parlerais français, oui. Si qu'a parle anglais, j'va parler anglais, oui... Nous autres, on est aux deux. Moi, j'aime parler ma culture... Quand c'est anglais, on comprend toute aussi. Peut-être bien que ça fait une différence aussi. (Denis, 68 ans)

Les participants soulignent néanmoins que, même lorsqu'ils sont à l'aise en anglais, ils préfèrent utiliser le français dans des contextes où la précision et la compréhension sont cruciales, notamment lorsqu'il s'agit de discussions médicales où des termes spécialisés peuvent être plus difficiles à maîtriser dans une langue seconde.

Sévérité du problème. Les participants sont tous d'accord pour dire que, selon le degré de sévérité du problème de santé, la demande de soins de santé en français devient secondaire. La priorité reste la prise en charge du problème de santé. Un couple explique :

Quand j'arrive à l'urgence, y m'ont demandé. Mais si j'voulais quelqu'un en français, fallait qui aille la chercher dans l'autre département, pis un brouhaha. Pis en tout cas... y'ont dit, ça dérange tu si on te parle anglais? Bin, quand tu feel mal, là, ...tu acceptes... (Jeannette et Ronald, 70 et 71 ans)

Les participants soulignent que, dans de telles situations, la langue devient un enjeu secondaire face à l'urgence de la situation médicale. Ils indiquent que, malgré la préférence pour des soins en français, la priorité reste accordée à la rapidité et à l'efficacité du traitement, même si cela implique de communiquer dans une langue autre que le français.

Les expériences du passé. Plusieurs participants avouent que les expériences du passé influencent leur confiance à faire la demande de services en français. Moins les personnes ont reçu des soins en français par le passé, moins elles vont avoir confiance de pouvoir en recevoir une prochaine fois. Par exemple, une participante nous explique qu'elle a dû retourner trois fois au centre hospitalier pour se préparer à une chirurgie en raison de problèmes de communication dans sa langue, telle que de la transcription d'informations erronées ou le temps prolongé pour la collecte de données avec un

traducteur, la chirurgie devant alors être annulée. Elle nous explique :

Et elle demandait la question au traducteur, qui me disait ça en français. Moi, je répondais ça, ah, ah, ah! Va-et-vient et va-et-vient pendant j'sais pas comment de temps. Là, l'infirmière en chef, la même qui était enragée après moi, là, elle ouvre la porte, pis elle dit: « t'as manqué ton opération ». (Anita, 68 ans)

Ces expériences négatives semblent renforcer un sentiment d'insécurité et de méfiance envers le système de santé, ce qui peut dissuader les aînés francophones de faire leur demande de soins en français, même si cela demeure leur préférence.

Avoir un proche aidant pour accompagnement. Avoir un proche aidant avec la personne aînée francophone peut certainement influencer la demande de soins de santé en français. La personne aînée peut ainsi se permettre de recourir au soutien de l'aidant pour la traduction. Cela diminue certainement le stress de certains, mais la traduction n'est pas toujours exacte, car il peut être difficile de traduire une émotion ou un ton de voix. De son côté, une participante avoue que la présence d'un proche aidant lui est très bénéfique. Elle cite :

Moi, j'suis assis. Docteur, écoute ma fille. Si qui a des mots que ma fille... j'va le dire à ma fille... si qu'a l'a oublié quelque chose, que j'peux rajouter. J'va rajouter en français à ma fille, pis a va traduire. Ça va vraiment bien, là. Ça va comme ça. J'suis bien. J'ai pas d'inquiétude. (Clara, 90 ans)

Ce soutien souligne toutefois l'importance des compétences linguistiques du proche aidant, non seulement pour traduire fidèlement les informations médicales, mais aussi pour garantir que les besoins et les préoccupations émotionnelles de la personne aînée soient bien transmis.

Approche / attitude de l'anglophone face au francophone. Lors de la demande de services de santé en français, l'attitude du professionnel de la santé exercera une influence sur la personne aînée francophone, dans le sens où, si la personne se sent inférieure, à la suite de sa demande, elle cessera de faire la demande de services de santé en français à l'avenir. Pour appuyer ceci, un couple partage :

Y'en a d'eux autres... les anglophones qui sont bilingues, qui devraient faire un effort pour renforcer leur langue avec le temps. Pis y le font pas... le moins de raisons qu'ils ont pour l'employer. Y'ont besoin d'la pratique, de la linguistique. Ça, c'est un des problèmes que je vois. Euh... j'm'ai fait dire, l'autre jour, par un docteur, parce que j'parlais français, « oh, you're one of those! » Ça, c'était un dur coup, ça. (Anne et David, 85 et 84 ans)

Les participants insistent sur le fait que de telles réactions, perçues comme dévalorisantes, peuvent créer un sentiment de rejet et d'humiliation, ce qui dissuade les aînés francophones de demander des services en français à l'avenir.

L'offre en français et l'affichage. Ce facteur, qu'on décrit comme l'offre active, permet au francophone de reconnaître le bilinguisme dans les établissements désignés. Cependant, les participants remarquent que l'offre de services en français se limite souvent à l'accueil et qu'il disparaît ensuite. Selon eux, l'offre n'est pas continue dans les différents services de santé. Julie souhaite des changements pour améliorer l'offre active : « On veut peut-être changer ça pour quelque chose d'autre. Dire peut-être Hello-Bonjour, mais français-anglais. Parce que là, qu'est-ce qui se passe, on dit Hello-

Bonjour, pis on continu en anglais ». De plus, l'offre peut se faire à partir d'affiche, telle que des nominettes ou des écriteaux apposés aux murs des établissements. Une autre participante ajoute que les affiches sont là, mais qu'elles ne servent à rien.

Mais là, y'ont des affiches. Anglais ou français. J'avais une de mes tantes qui était là. Et puis elle dit ça, pis elle, c'était une Française, j'crois qu'elle vient de Québec. Elle dit « c'est écrit anglais ou français, mais... Tu y demandes si qui parle français, ah I don't speak French ». (Josée, 78 ans)

Ces témoignages mettent en évidence l'écart entre l'affichage de la disponibilité des services en français et la réalité vécue par les aînées de CFSM, soulignant un manque de cohérence entre la promesse de service dans sa langue et l'expérience vécue.

La région et la présence de centre communautaire. Dans certaines régions, il semble y avoir plus de services francophones, ce qui affecte la demande de services de santé en français. Lorsqu'il y a une communauté francophone regroupée, les centres communautaires semblaient offrir du soutien aux personnes aînées dans leur communauté. Un participant ajoute que ce n'était pas toujours le cas des années passées.

Bin là, là, y sont aperçu que wow... là, asteure, on bâti l'école, pis le centre communautaire, parce qui avait une école à Saint-Jean, mais c'était p'tit. Y'avait pas de centre, y'avait rien, y'avait juste une école. Quand y'ont commencé à bâtir, pis là, y sont aperçu que faut faire quelque chose, parce que là, y n'a beaucoup des Français. (Gaëtan, 73 ans)

Dans une autre région, le manque de soutien et de regroupements provenant de la communauté francophone apporte un sentiment de retrait et d'infériorité chez la personne aînée. Un couple explique :

Là, notre église est fermée. Notre groupe francophone, on est éparpillé partout. On est géré par une communauté anglaise, qui même quand une personne se dit bilingue, qui l'est pas. Ça, c'est la sensibilité nécessaire pour ces groupes-là pour s'épanouir. Et c'est ça qui nous arrive, là. (Anne et David, 85 et 84 ans)

Ces disparités entre les régions montrent l'importance des infrastructures communautaires pour favoriser l'accès aux services en français et renforcer le sentiment d'appartenance des personnes aînées francophones.

Nombre de ressources disponibles. Même lorsque des services de santé en français sont demandés, l'absence de ressources francophones réduit la fréquence de ces demandes. La présence insuffisante de personnel de la santé francophone est directement liée à l'absence de demandes de soins de santé dans sa langue. Louise mentionne : « À mon avis, y sont presque non existants (le personnel infirmier francophone). Si tu vas à l'hôpital, les services que tu reçois, c'est presque toujours en anglais. Il n'y a personne qui offre des services en français ». Julie ajoute que, malgré l'offre, si la ressource n'est pas disponible, on est impuissant : « Chez mon médecin de famille aussi, j'peux m'inscrire en français ou en anglais, mais mon médecin ne parle pas le français ». Cette réalité révèle un cercle vicieux où l'absence de ressources francophones décourage les aînés de demander des services dans leur langue, ce qui, à son tour, réduit la visibilité de ces besoins et limite davantage l'incitation à recruter ou former du personnel bilingue.

Ainsi, l'étape III du processus de « L'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes aînées francophones en situation minoritaire » est modalisée par ces

facteurs qui font en sorte qu'avec le temps, la personne aînée s'abstient intentionnellement de s'identifier comme francophone et de faire la demande de services de santé en français. Certains participants affirment recevoir des soins de santé dans la langue de leur choix. Par la suite, ils ressentent une satisfaction face aux services offerts et ne font pas l'expérience des prochaines étapes du cycle. Cependant, tous les aînés mentionnent que ces occasions sont rares et que la majorité du temps, ils se font refuser les soins en français. Afin d'illustrer ce point, Jeannette et Ronald ajoutent : « Mais c'est rendu un point, on est rendu assez tanné. Ça fait cinquante ans qu'on est icitte, là, assez tanné de demander dernièrement, que... si qu'a tourne en anglais, j'va continuer en anglais, tu sais qu'est-ce que j'veux dire ». Donc, après avoir fait la demande de services de santé en français, la personne aînée francophone reçoit une réponse négative et passe ainsi à l'étape IV.

Étape IV : faire face au refus du service de santé en français

L'étape IV du processus fait référence à la personne aînée qui voit sa demande de service de santé en français refusée en raison d'un manque de personnel francophone. Généralement, la personne se fait dire que le personnel ne parle pas français, mais ne reçoit aucune suggestion de solutions de rechange pour régler le problème. Une participante explique :

Y'avait un des patients qui... qu'a été au « desk » et puis euh, y'avais un problème de, j'sais pas comment qu'on dirait ça... y'était un peu perdu, là. Pis là, y'a demandé quelque chose, pis là... « I don't understand French ». J'ai trouvé que c'était un peu froid. (Josée, 78 ans)

Certains participants, de leur côté, vont attendre pour recevoir des soins de santé en français. Cette participante explique que, même si la demande de soins de santé en français est refusée, elle continue de demander et d'attendre pour avoir quelqu'un qui parle français. Anita ajoute : « Parce que moi, j'ai exigé [les services en français]. Même si j'ai besoin d'attendre, même si y me fassent des gros yeux, j'attends. Pis, ça me fait pas de différence, pi j'va m'asseoir, là ». Dans ce cas, le service de santé en français peut être offert après une attente ou ne pas être offert du tout, en raison du manque de ressources professionnelles francophones. La personne aînée se voit alors passer à l'étape V.

Étape V : se soumettre contre son gré à recevoir les soins nécessaires en anglais

Se soumettre aux services de santé en anglais, c'est devoir accepter, contre son gré, que les soins offerts ne le soient pas dans la langue de choix. À cette étape, on doit accepter de recevoir des soins de santé en anglais, même si on accorde une importance à recevoir nos soins de santé en français. Un participant mentionne accepter les soins de son cardiologue en anglais, car il reconnaît que celui-ci ne parle pas le français. Pour lui, recevoir les soins passe avant la langue. Denis explique : « Parce que, moi, j'fais des stress tests à l'hôpital, là... pour le cœur. Pis j'comprends bien l'an... le spécialiste est très bon euh... on s'entend très bien. Mais c'est un Anglais ». L'étape V, c'est aussi se rendre compte qu'il faudra trouver des façons de comprendre et de se faire comprendre. Anne et David expriment : « J'va te dire une chose. « Yoye » n'est pas suffisant ». Pour appuyer, un autre couple ajoute :

On lui posait constamment... les infirmières qui la soignait, les médecins tant qu'à ça, constamment les questions en anglais. Y'a fallu j'leur dise « même si vous posez la question dix fois en anglais, elle va pas plus comprendre ». Jamais qu'ils ont dit... « on va essayer de vous

accommoder, on va aller chercher quelqu'un qui peut parler français ». (...) Probablement parce qu'ils se fiaient à moi pour faire la traduction. Une traduction médicale, c'est pas toujours... c'est spécialisé, ça! (Carole et Pierre, 68 et 70 ans)

Après avoir reçu les soins en anglais, la personne aînée francophone réalise qu'elle doit mettre son identité de côté pour recevoir les soins de santé nécessaires. Elle va maintenant vivre la dernière étape du processus, soit l'étape VI.

Étapes VI : vivre la déception de ne pas recevoir les soins de santé dans sa langue

À la dernière étape du processus, la personne aînée de CFSM n'est pas satisfaite des soins de santé reçus, car ceux-ci n'ont pas été offerts dans sa langue de choix. Même si l'information reçue est souvent assez bien comprise par la personne aînée, il faut se rappeler que ces gens souhaitent tout de même recevoir des soins de santé en français. Ce couple souligne l'importance de reconnaître le besoin de recevoir les soins de santé dans sa langue maternelle lorsqu'on le demande.

Quand toute chose vient égale, quand t'es poussé sous le stress, t'as tendance à retourner à ta langue maternelle. Même si t'es pas aussi compétent qu'une personne qui a fait la douzième année, t'a encore tendance à retourner vers le cri maternel, le cri, la langue maternelle. Faut reconnaître ça. C'est l'essentiel. (Anne et David, 85 et 84 ans)

C'est à cette étape que la personne aînée reconnaît les stratégies ou les solutions qui pourraient aider au problème. Une participante explique :

Ça, c'est une des choses de Nouvelle-Écosse qu'ils font très bien. Ils assurent des chaises en français à Sherbrooke, ils ramènent les gradués dans leur communauté. Ils leur offrent des gros « signing bonus » et, aussi, ils donnent beaucoup d'attention à leurs élèves quand ils sont à Sherbrooke. Comme, à tous les Noëls, ils font à souper, ils leur montrent le centre, ils parlent avec les médecins familiaux, qu'est-ce qu'est les possibilités ici. (Louise, 72 ans)

Jeannette et Ronald ajoutent : « Si j'aurais une clinique, un médecin, une infirmière, une infirmière praticienne... dans le même bureau. Au moins, on saurait qu'on aurait le service en français. Mais ça existe pas. Mais avoir ça serait tout un cadeau! » Plusieurs suggestions sont verbalisées par les participants lors de cette étape, telles que le fait d'avoir plusieurs traducteurs sur place, avoir une technologie qui traduit pour les gens, améliorer la documentation bilingue, offrir plus de formation au personnel, et bien d'autres. C'est en ressentant le poids d'être une communauté linguistique en minorité que les personnes aînées cherchent à améliorer l'accès aux soins en français.

Pour terminer, lorsque la personne aînée aura à nouveau besoin de consulter les services de santé, elle recommencera le cycle à l'étape I.

Au centre du cycle, on retrouve la personne aînée francophone entourée du terme : sécurité. Ce thème a souvent été mentionné dans les entrevues et représente le sentiment de se faire entendre et de se faire comprendre. Le fait de savoir que les soins vont refléter les besoins assure ainsi la sécurité physique et émotionnelle des personnes aînées membres de CFSM. Anne et David mentionnent : « On vit avec, on vient à penser et agir comme si eux autres avaient la réponse à toute nos besoins, socio-émotionnels ». Les participants affirment que leur sécurité est conditionnelle à l'obtention de soins dans la langue officielle de leur choix.

Résultats du groupe de discussion

Suivant l'analyse des données provenant des entrevues individuelles, un groupe de discussion a eu lieu avec les participants de l'étude, ainsi qu'avec un nouveau participant. Après avoir présenté le processus de « l'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes aînées francophones en situation minoritaire », les participants confirment que le processus représente bien leur réalité en tant que personnes aînées de CFSM qui doivent avoir accès aux soins de santé dans leur région. Tous étaient en accord avec les facteurs qui influencent l'étape III : s'identifier comme francophone et faire la demande de soins de santé en français. Une participante affirme recevoir des services en français dans le système de santé assez régulièrement, mais confirme qu'elle n'est jamais certaine de recevoir le service de santé en français et que le processus représente bien l'expérience vécue. Aucun participant ne souhaitait ajouter un élément au processus. Le participant n'ayant pas participé aux entrevues individuelles, mais présent pour le groupe de discussion, explique être d'accord avec les résultats présentés et que ceux-ci représentent bien son expérience.

Le groupe de discussion s'est terminé avec un débat sur la raison pour laquelle les résidences pour personnes aînées ne sont pas obligatoirement bilingues, puisque celles-ci offrent aussi des soins de santé. La discussion impliquait le sujet de la Loi sur les langues officielles au Nouveau-Brunswick et les résidences pour personnes aînées qui sont privées et non gouvernementales. Les participants se disent tous inquiets du manque de services en français dans les résidences pour personnes aînées, car il est important pour eux de savoir qu'ils pourront avoir des soins dans leur langue maternelle lorsqu'ils devront habiter dans des résidences pour personnes aînées. Les participants souhaitent tous voir des améliorations dans un avenir rapproché.

Discussion

Les résultats de la présente étude font ressortir que l'expérience d'accès aux services et aux soins de santé pour les personnes aînées de CFSM expose la personne à une grande vulnérabilité du fait même de s'identifier comme francophone. Ces résultats mettent en relief l'écart entre, d'une part, la Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick qui affirme que les citoyens ont le droit d'obtenir des services dans la langue officielle de leur choix de la part des deux régies de santé de la province, et d'autre part, le manque d'accès aux soins et aux services de santé en français vécu par les membres des CFSM. Pour les personnes aînées de CFSM, ce manque a une incidence sur leur désir de demander les soins de santé en français.

La théorie développée dans le cadre de cette étude, « l'identité contre la vulnérabilité : affronter les barrières liées à l'accès aux soins pour les personnes aînées francophones en situation minoritaire », est unique en soi, mais pourrait potentiellement contribuer au Cadre d'analyse de l'accès et de l'intégration des services sociaux et de santé pour les communautés de langues officielles en situation minoritaire. Ce cadre, développé par le Groupe de recherche sur la formation et les pratiques en santé et services sociaux en contexte francophone minoritaire (GRFoPS) de l'Université d'Ottawa, explique que les services de santé inclus dans le processus du soin sont définis par des structures politiques, réglementaires et organisationnelles (Savard, Savard, et al., 2020). De plus, l'interaction entre le professionnel de la santé et le client sera positive si, d'une part, le prestataire de services est bien préparé, proactif,

formé à l'offre active de services dans les deux langues officielles, capable d'offrir lui-même le service dans la langue officielle minoritaire ou d'orienter la personne vers une ressource appropriée (Savard, Savard, et al., 2020). Ainsi, la théorie de l'identité contre la vulnérabilité vient expliquer le processus utilisé par le client qui interagit avec le professionnel de la santé.

De toute évidence, le processus décrit par les participants indique que très peu d'actions sont prises afin de recevoir les soins de santé en français. En effet, se présenter en français et faire la demande du service en français, l'étape III du processus, sont les seules actions que les personnes âgées réalisent pour tenter d'avoir accès aux soins dans leur langue. Même lorsque l'étape III disparaît du cycle, en raison de l'influence constante des facteurs intrinsèques et extrinsèques, la personne âgée continue de traverser les autres étapes, et ce, en demeurant vulnérable dans le système de santé. En effet, l'étude de Dupuis-Blanchard et Caissie (2021) mentionne que certains aînés francophones en CFSM hésitaient à consulter les services de santé offerts en raison du manque de service en français, mais aussi en raison des multiples comportements âgistes de la part des professionnels de la santé. De plus, il y a une réticence par la personne âgée de CFSM à s'afficher comme francophone en raison d'une peur de ne pas recevoir des soins de santé d'aussi bonne qualité que les gens qui reçoivent des soins de santé en anglais dans une région majoritairement anglophone (Forgues et al., 2012; Savard, Bigney, et al., 2020).

Non seulement les résultats de cette étude indiquent le peu d'actions entreprises par les participants, mais elle met également en lumière de nombreux autres facteurs qui influencent la demande de soins de santé en français. Selon la présente étude, certains participants affirmaient que leur habileté en bilinguisme diminuait grandement leur crainte de devoir recevoir des soins en anglais, car ils étaient à l'aise de communiquer dans une langue seconde, malgré le désir d'être servis en français. D'un autre côté, les personnes âgées, notamment celles des provinces maritimes et qui sont également francophones, ont souvent un niveau d'éducation plus faible, ce qui les rend moins aptes à comprendre le jargon spécialisé utilisé dans les systèmes de santé (Simard et Bouchard, 2020).

Il est tout de même intéressant de constater que quelques aînés francophones ont affirmé recevoir occasionnellement des soins de santé en français dans un milieu majoritairement anglophone. Ils éprouvaient alors une satisfaction envers les soins reçus. Lorsque cela se produisait, les participants faisaient l'expérience du processus, mais évitaient temporairement certaines étapes, telles que les étapes IV) faire face au refus du service de santé en français, V) se soumettre contre son gré à recevoir les soins de santé nécessaires en anglais et VI) vivre la déception de ne pas recevoir les soins de santé dans sa langue. Lorsqu'il était nécessaire d'avoir accès aux soins de santé à nouveau ou d'interagir avec un nouveau service lors d'une même visite, ces personnes âgées recommençaient le processus à l'étape I. Toutefois, recevoir des soins de santé en français n'est jamais une certitude. Ainsi, aucun participant n'a affirmé recevoir les soins de santé en français à chaque visite, tout professionnel de la santé confondu. Ils sont cependant tous en accord que l'offre de soins de santé en français est souvent faite à l'accueil pour ensuite disparaître, contrairement à la vision de Société Santé en français, qui insiste sur le fait qu'il faut renforcer la disponibilité des services de santé en français de qualité selon les besoins des francophones, à travers le continuum des soins (Société Santé en français, 2017).

Les études antérieures nous ont permis de reconnaître une des conséquences sur la personne âgée de CFSM lorsqu'elle n'a pas accès aux soins de santé dans sa langue, dont, entre autres, la collecte de données erronées (de Moissac et Bowen, 2019). Ces études

antérieures nous aident aussi à faire la lumière sur les causes liées au manque de demande de soins de santé en français.

Dans l'étude de Drolet et collaborateurs (2015), les proches aidants de francophones s'avèrent des acteurs clés de la trajectoire de services des personnes dont elles s'occupent, adoptant cinq stratégies pour les aider à accéder à des services en français : s'engager pleinement, prendre les choses en main, acquérir une connaissance approfondie du fonctionnement du réseau de la santé, tirer avantage des contacts et parfois contourner les règles. Dans un contexte de soins à domicile et de soins de longue durée dans l'est Ontarien, ces aidants s'avéraient plus proactifs que les personnes rencontrées dans le cadre de la présente étude qui portaient sur l'accès à des soins primaires. La différence pourrait s'expliquer par le caractère plus urgent de l'accès aux soins primaires ou encore par la moins grande disponibilité de services en français dans une région majoritairement anglophone du Nouveau-Brunswick. En effet, l'expérience de l'absence de services en français peut décourager d'entreprendre les démarches pour les obtenir. Autant dans l'étude de Drolet et collaborateurs (2015) que dans la présente étude, la responsabilité d'obtenir des soins de santé dans une des deux langues officielles semble revenir au patient ou à la personne aidante. Le fait de remettre cette responsabilité à la personne en quête de soins désavantage les personnes plus vulnérables, comme le montre les résultats de la présente recherche, dans laquelle les participants ont affirmé se sentir impuissants devant le peu d'actions possible pour recevoir les soins en français. Malgré les études antérieures sur le sujet de l'accès aux services de santé en français en CFSM, la présente étude contribue au corpus de connaissances en ciblant les étapes que la personne âgée de CFSM entreprend quand elle doit interagir avec le système de santé dans une région majoritairement anglophone. De plus, la présente étude nous permet de faire la lumière sur la réalité vécue par les personnes âgées des CFSM dans la province du Nouveau-Brunswick.

Pour terminer, un thème commun relie chaque étape du cycle, soit la sécurité des personnes âgées. La sécurité des personnes âgées francophones dans les systèmes de santé représente la garantie que ces individus reçoivent des soins de santé adéquats, respectueux et efficaces dans leur langue maternelle. Le Consortium national de formation en santé (CNFS) ajoute que la communication en français, pour les personnes âgées de CFSM, est un préalable à la sécurité (CNFS, 2014). La sécurité des personnes âgées dans le système de santé, c'est aussi de s'assurer que cette population puisse communiquer efficacement avec le personnel médical, comprendre les informations importantes qui leur sont fournies et participer activement à leurs propres décisions de soins de santé. Larocque et collaborateurs (2023) soulignent aussi que lorsque la personne âgée et le professionnel de la santé parlent la même langue, la sécurité et la satisfaction augmentent. D'un autre côté, en l'absence d'un sentiment de sécurité, les participants mentionnent le besoin de déménager dans une région francophone dans l'avenir, en raison du manque de soins à domicile dans leur langue ou en raison du manque de résidences pour personnes âgées en français dans leur région. Déménager dans une autre région éloignera ces gens de leur famille et de leurs amis, ce qui risque d'engendrer l'isolement de la personne âgée et, de ce fait, mettent la sécurité de la personne âgée en jeu. Pour appuyer ceci, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2024) explique clairement que la première ligne directrice, pour faire face à l'isolement de la personne âgée, est la prévention de l'isolement, ce qui comprend un réseau de soutien stable.

Limites et recherche future

Une limite possible de cette étude est l'utilisation de l'échantillonnage de convenance pour le recrutement des participants. Puisque des personnes clés ont aidé au recrutement, il se peut qu'elles aient demandé à des gens qui aiment discuter du sujet des minorités francophones de participer à l'étude, ce qui ferait en sorte que les résultats soient plus congruents qu'ils auraient pu être. De plus, une autre limite de l'étude serait l'homogénéité de la population en ce qui concerne leur ethnicité. Tous les participants sont des personnes d'ethnicité caucasienne. Il aurait été intéressant d'explorer la personne aînée vivant une triple minorité, ce qui inclut l'ethnicité, l'âge et la langue parlée.

En ce qui concerne la recherche future, le processus de la demande des soins de santé en français pour les personnes aînées de CFSM nous confirme l'influence de plusieurs facteurs pour faire la demande des services de santé en français. Il serait intéressant d'explorer davantage ces facteurs pour mieux cerner leur influence sur la demande initiale et la demande en continu des soins de santé en français. De plus, certains participants ont offert des solutions qui pourraient aider, dont des outils de traduction. Des études futures seraient nécessaires afin d'analyser l'efficacité de ces technologies d'assistance linguistique. Des études sur les façons de développer et d'optimiser des partenariats entre les centres de santé et les communautés francophones afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé par les personnes aînées seraient un atout à la recherche dans le domaine. Pour terminer, il serait intéressant d'appliquer le processus identifié à d'autres populations vulnérables dans la province du Nouveau-Brunswick, telles que les personnes immigrantes francophones ou les enfants francophones. Il serait aussi pertinent d'évaluer la transférabilité de la théorie à d'autres provinces canadiennes.

Conclusion

En conclusion, cette étude a réussi à décrire le processus que la personne aînée des CFSM du centre et du sud du Nouveau-Brunswick utilise afin de tenter de recevoir des soins de santé dans sa langue. Ce processus, formé de six étapes distinctes, nous permet de mieux comprendre ce qui ébranle la sécurité linguistique de cette population. Bien que des progrès aient été réalisés dans certaines régions, par exemple la création de centres communautaires, il reste beaucoup à faire pour assurer que toutes les personnes aînées francophones jouissent d'un accès équitable et compétent aux soins de santé, tout ceci dans l'espoir de construire un système de santé plus inclusif.

Remerciements

Cette étude a reçu un financement du Consortium national de formation en santé (CNFS) – volet Université de Moncton dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles 2023–2028 : Protection-promotion-collaboration. Les opinions exprimées dans ce manuscrit ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

References

Ahmed, A. (2022). *Projets réalisés « par et pour » les communautés de langue officielle en situation minoritaire*. Gouvernement du Canada. <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/blogue-blog/par-et-pour-by-and-for-fra>.

Association francophone des aînées du Nouveau-Brunswick, Chaire de recherche CNFS de l'Université de Moncton sur le vieillissement des

populations, & Front commun pour la justice sociale de Nouveau-Brunswick. (2019). *Les aînées et la pauvreté au Nouveau-Brunswick*. http://afanb.org/sites/default/files/documents-pdf/sommaire_adm_aines_en_situation_de_pauvrete_au_nb_-_fr.pdf.

Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., et Walter, F. (2016). Member checking: A tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802–1811.

Bouchard, L. (2013). La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services de santé en français en situation linguistique minoritaire. *Canadian Journal of Public Health*, 104(S1), S60–S64.

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory* (2nd éd.). Sage Publication, Inc.

Charmaz, K. (2017). The power of constructivist grounded theory for critical inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 34–45.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes aînées. Toronto, Canada.

Consortium national de formation en santé. (2021). *Accès aux services en français dans la langue officielle de leur choix par les minorités francophones hors Québec*. https://cnfs.net/wp-content/uploads/2021/06/DPM-Acc%C3%A8s_services_en_sant%C3%A9_langue_officielle_minor%C3%A9s_francophones_hors_Qu%C3%A9bec_Rapport_3mai2021.pdf.

Consortium national de la formation en santé. (2014). La formation à l'offre active de services de santé et de services sociaux en français—La valeur ajoutée du consortium national de formation en santé (CNFS). *Reflète: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), 154.

de Moissac, D., et Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Healthcare Management Forum*, 309(4), 207–212.

de Moissac, D., et Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24–32.

de Moissac, D., de Rocquigny, J., Giasson, F., Tremblay, C.-L., Aubin, N., Charron, M., et Allaire, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba: Perceptions des professionnels. *Reflète*, 18(2), 66–100.

Drolet, M., Arcand, I., Benoit, J., Savard, J., Savard, S., et Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : Des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Revue canadienne de service social*, 32(1–2), 5–26.

Drolet, M., Savard, J., Benoit, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., Lauzon, S., et Dubouloz, C.-J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals. *Qualitative Health Research*, 24(3), 295–305.

Dupuis-Blanchard, S., et Caissie, J. (2021). Naviguer le maintien à domicile en communautés de langue officielle en situation minoritaire rurales: Enjeux et pistes de solutions. *Reflète: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 27(2), 38.

Dupuis-Blanchard, S., Simard, M., Gould, O. N., et Villalon, L. (2013). La perception des aînés francophones en situation minoritaire face aux défis et aux enjeux liés au maintien à domicile en milieu urbain néo-brunswickois. *Journal Canadien de Santé Publique*, 104(S1), S71–S74.

Forgues, É., Bahi, B., et Michaud, J. (2012). L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire. *Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques*. <http://www.deslibris.ca/ID/231261>.

Forgues, É., Landry, R., et Boudreau, J. (2009). *Qui sont les francophones? Analyse de définitions selon les variables du recensement*. Consortium national de formation en santé.

Foucher, P. (2017). Services de santé en français au Canada : L'état du droit. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active: Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 77–98). University of Ottawa Press.

Gagnon-Arpin, I., Bouchard, L., Leis, A. et Bélanger, M. (2014). Accès et utilisation des services de santé en langue minoritaire. Dans R. Landry (dir.), *La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada* (Chap. 5, pp. 195–221). Presses de l'Université Laval.

Gouvernement Canada (2021). *Profil du recensement*, Recensement de la population de 2021, produit no. 98-316-X2021001 au catalogue de Statistique

- Canada. Ottawa. Diffusé le 15 novembre 2023. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>.
- Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L., et Vaillancourt, C. (2013). Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse. *Canadian Journal of Public Health*, **104**(S6), S65–S70.
- Larocque, S., Lavoie, A. M., et Benoit, M. (2023). L'expérience du relogement en Centre d'hébergement de personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire. *Revue de la Diversité de la Recherche en Santé*, **6**(1), 36–49.
- Ministère de la Justice. (2017). *Lois codifiées Règlements codifiés*. <https://lois-laws.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/page-3.html#h-375089>.
- Reaume, M., Batista, R., Talarico, R., Rhodes, E., Guerin, E., Carson, S., Prud'homme, D., et Tanuseputro, P. (2020). The impact of hospital language on the rate of in-hospital harm. A retrospective cohort study of home care recipients in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research*, **20**(1), article 340.
- Sauvé-Schenk, K., Savard, J., Miljours, J.-C., et Bouchard, L. (2024). L'expérience des francophones des soins et des services en contexte linguistique minoritaire: Bilan et perspectives. *Minorités linguistiques et société*, **22**.
- Savard, J., Bigney, K., Kubina, L.-A., Savard, S., et Drolet, M. (2020). Structural facilitators and barriers to access to and continuity of french-language healthcare and social services in Ontario's Champlain region. *Healthcare Policy*, **16**(1), 78–92.
- Savard, J., Savard, S., Drolet, M., de Moissac, D., Kubina, L.-A., van Kemenade, S., Benoit, J., et Couturier, Y. (2020). "Framework for the analysis of health and social services access and integration for official language minority communities = Cadre d'analyse des leviers d'action pour l'accès et l'intégration des services sociaux et de santé." GREFoPS, University of Ottawa. http://www.grefops.ca/uploads/7/4/7/3/7473881/cadre_explication_pour_site_web_ang_avril2020.pdf.
- Simard, M., et Bouchard, L. (2020). Inégalités sociales et enjeux liés à la santé des aînés francophones en situation minoritaire: Le cas de l'Atlantique et de l'Acadie des Maritimes. *Revue Organisations & territoires*, **29**(3), 101–115.
- Société Santé en Français. (2017). *L'offre active. Des services de santé en français dans les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire au Canada*. Société Santé en Français.
- Statistique Canada. (2022). *Tableau de profil, Profil du recensement, Recensement de la population de 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>.
- Timony, P. E., Gauthier, A. P., Hogenbirk, J. C., et Wenghofer, E. F. (2013). Promising quantities, disappointing distribution. Investigating the presence of French-speaking physicians in Ontario's rural francophone communities. *Rural and Remote Health*, **13**(4), 108–118.
- van Kemenade, S., Bouchard, L., et Bergeron, C. (2016). Enjeux de santé des aînés francophones vivant en situation minoritaire: Une analyse différenciée selon les sexes I. *Reflets*, **21**(2), 112–130.