Document généré le 2 juin 2025 17:17

Minorités linguistiques et société
Linguistic Minorities and Society

Conception d'outils de mesure de l'offre active de services sociaux et de santé en français en contexte minoritaire

Jacinthe Savard, Lynn Casimiro, Pier Bouchard, Josée Benoît, Marie Drolet et Claire-Jehanne Dubouloz

Numéro 6, 2015

La recherche au profit d'un meilleur accès aux services de santé en français
Research Benefiting Better Access to Health Care Services in French

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1033193ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1033193ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Savard, J., Casimiro, L., Bouchard, P., Benoît, J., Drolet, M. & Dubouloz, C.-J. (2015). Conception d'outils de mesure de l'offre active de services sociaux et de santé en français en contexte minoritaire. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (6), 131–156. https://doi.org/10.7202/1033193ar

Résumé de l'article

Dans les communautés francophones en situation minoritaire, le besoin d'une offre active des services en français, plutôt que d'un service qui suit la demande, est de plus en plus reconnu. Les professionnels en santé et en service social doivent être formés à cette approche et les résultats devront être évalués. Cet article décrit le processus de création et de validation de contenu (recension d'écrits, consultations d'experts, sondage Delphi pancanadien) de deux questionnaires portant sur les comportements caractéristiques de l'offre active de services sociaux et de santé en français : le premier mesurant les comportements individuels d'offre active des intervenants et le deuxième mesurant la perception de ces derniers du soutien organisationnel à l'offre active.

Tous droits réservés © Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities, 2015

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Minorités linguistiques et société
Linguistic Minorities and Society
Numéro 6 Number 6 2015

Conception d'outils de mesure de l'offre active de services sociaux et de santé en français en contexte minoritaire

Jacinthe Savard
Université d'Ottawa

Lynn Casimiro
Hôpital Montfort

Pier Bouchard
Université de Moncton

Josée Benoît
Université d'Ottawa

Marie Drolet
Université d'Ottawa

Claire-Jehanne Dubouloz
Université d'Ottawa

Résumé

Dans les communautés francophones en situation minoritaire, le besoin d'une offre active des services en français, plutôt que d'un service qui suit la demande, est de plus en plus reconnu. Les professionnels en santé et en service social doivent être formés à cette approche et les résultats devront être évalués. Cet article décrit le processus de création et de validation de contenu (recension d'écrits, consultations d'experts, sondage Delphi pancanadien) de deux questionnaires portant sur les comportements caractéristiques de l'offre active de services sociaux et de santé en français : le premier mesurant les comportements individuels d'offre active des intervenants et le deuxième mesurant la perception de ces derniers du soutien organisationnel à l'offre active.

Abstract

In French-speaking minority communities, the need to actively offer services in French (rather than when the request to do so is made) is increasingly recognized. Hence, there is a need to educate health and social care providers regarding this approach and to evaluate the results. This article describes the process used (literature review, consultation with experts, cross-Canada Delphi study) to create and validate the content of two questionnaires assessing the presence of indicators of active offer of health and social services in French: one assessing individual behaviours of active offer among care providers, and another assessing their perception of the organizational support they receive to actively offer services in French.

Cet article débute par un survol des écrits sur l'importance et les défis de l'offre active de services en français pour les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM), ainsi que sur les défis de la préparation d'une relève d'intervenants de la santé et des services sociaux aptes à offrir activement des services en français. Les constats de cette recension d'écrits ont amené les auteures du présent texte à chercher à dégager des indicateurs de comportements associés à une offre active de services en français en contexte minoritaire, afin de créer des outils de mesure de l'offre active de services sociaux et de santé en français, puis d'en valider le contenu à l'aide d'un sondage pancanadien utilisant la méthode Delphi.

L'importance des services dans sa langue et l'accès aux services en français

L'influence de déterminants sociaux, comme l'éducation, le revenu et la position sociale, sur l'état de santé, la morbidité et la mortalité a été établie dans plusieurs études (Evans, Barer et Marmor, 1996 ; Organisation mondiale de la santé, 2008). Louise Bouchard et ses collègues ont démontré que la langue et l'appartenance à un groupe linguistique minoritaire font partie de ces déterminants sociaux de la santé au Canada (Bouchard et Desmeules, 2011 ; Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012). Il peut être particulièrement difficile pour une personne de communiquer avec un professionnel de la santé ou des services sociaux dans une langue qui n'est pas celle dans laquelle elle est le plus à l'aise de parler de ses difficultés et de ses besoins, ce qui aura une incidence sur la relation thérapeutique. Des facteurs culturels peuvent aussi agir sur la qualité de cette relation. Par exemple, les recensions d'écrits de Ferguson et Candib (2002) et de Betancourt, Green, Carrillo et Ananeh-Firempong (2003) démontrent que la consultation médicale est plus satisfaisante lorsque le patient et le fournisseur de soins parlent la même langue. Par exemple, dans une étude de Manson (citée par Ferguson et Candib, 2002), les patients hispanophones aux États-Unis posent plus de questions en présence d'un médecin du même groupe linguistique. Par ailleurs, chez les personnes ayant appris plusieurs langues, divers facteurs peuvent déterminer la langue dans laquelle elles seront le plus à même de s'exprimer sur différents sujets, dont l'ordre et le contexte dans lesquels les langues ont été apprises et la fréquence d'utilisation de chacune des langues dans divers contextes (Köpke et Schmid, 2011 ; Pavlenko, 2012). Une personne pourrait donc recourir de façon prédominante à une langue pour exprimer des idées liées au travail et à une autre langue prédominante pour exprimer des émotions. Cette distinction sera particulièrement importante dans le domaine de la santé mentale, où la recherche de la nuance exacte est importante (Madoc-Jones, 2004), mais aussi dans toute situation de santé génératrice d'émotions. De plus, les problèmes d'ouïe ou de démence peuvent diminuer davantage la compréhension et l'expression de la personne dans une deuxième langue (Madoc-Jones, 2004). En effet, il semble que la première langue apprise, souvent de façon implicite, est entreposée dans la mémoire différemment (mémoire procédurale) qu'une deuxième ou troisième langue apprise souvent explicitement (utilisant davantage la mémoire déclarative)

(Köpke et Schmid, 2011). Ces mémoires relèvent de structures cérébrales différentes. Ainsi, lors d'un dommage cérébral, l'atteinte peut être similaire ou distincte dans la première et la seconde langue et la récupération peut suivre des voies diverses : parallèle, différentielle, sélective, etc. (Paradis, 2000 ; Köpke et Prod'homme, 2009).

En milieu linguistique minoritaire, lorsqu'on demande à une personne dans quelle langue elle préfère recevoir des soins, elle ne répondra pas nécessairement la langue dans laquelle elle est le plus à l'aise de parler de sa santé. Par exemple, une personne bilingue, même si elle se sent plus à l'aise de parler de sa santé en français, pourra demander à recevoir ses services en anglais en raison d'une insécurité linguistique (Landry, Deveau et Allard, 2006 ; Landry, Allard et Deveau, 2008) ou par peur de ne pas recevoir des services aussi rapidement ou d'aussi bonne qualité que ceux offerts dans la langue majoritaire (Drolet et coll., 2014). Après plusieurs décennies sans services de santé en français, il peut se créer chez les personnes en situation linguistique minoritaire une conviction qu'il est impossible d'en recevoir (Société Santé en français, 2007).

Dans la suite de cet article, pour ne pas alourdir le texte, nous parlerons simplement de langue prédominante pour désigner la langue dans laquelle la personne est le plus à l'aise de parler de sa santé. Toutefois, comme les recherches le démontrent, il est important de bien évaluer la langue dans laquelle un individu devrait recevoir ses soins et de se rappeler que, même pour une personne bilingue, certaines situations de santé peuvent faire que la communication sera plus efficace dans la première langue apprise.

L'accès à des services dans sa langue prédominante influe sur la qualité des soins reçus, surtout en ce qui concerne les activités de prise en charge de sa santé (Betancourt, Green, Carrillo et Ananeh-Firempong, 2003 ; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002 ; Forgues, Guignard Noël, Nkolo et Boudreau, 2009). Il peut même y avoir des conséquences néfastes à ne pas recevoir des soins et des services dans sa langue prédominante, telles que des erreurs de diagnostic et des répercussions sur les traitements (Bowen, 2001 ; Santé Canada, 2007 ; Drouin et Rivet, 2003 ; ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2005) ou encore des réactions négatives aux médicaments si la personne n'a pas bien compris les consignes du médecin (Bowen, 2001 ; Drouin et Rivet, 2003 ; Société Santé en français, 2010). C'est ainsi que l'accès à des services sociaux et de santé en français dans les CFSM devient une priorité pour le gouvernement canadien, non seulement pour se conformer aux droits linguistiques, mais surtout pour assurer la sécurité et la qualité des services sociaux et de santé offerts à tous les Canadiens et les Canadiennes. Les objectifs stratégiques de Santé Canada (2007) visent, notamment, à améliorer l'accès à des services de santé en français en augmentant le nombre et la disponibilité des professionnels pouvant s'exprimer en français et étant prêts à le faire. C'est dans cette optique que le Consortium national de formation en santé (CNFS) a été créé et investi de la mission suivante :

> assurer la mise en œuvre d'un réseau postsecondaire élargi de formation et de recherche en français pour appuyer, d'une part, les institutions de formation qui offrent ou pourraient offrir une formation dans le domaine de la santé, et d'autre part, les chercheurs qui peuvent renforcer la recherche dans le domaine de la santé ayant trait, en particulier, aux communautés francophones en situation minoritaire. (CNFS, 2011)

Par ailleurs, puisqu'une personne vulnérable peut se sentir intimidée si elle doit revendiquer le respect de ses droits linguistiques en matière de santé (Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois, 2009 ; Consortium pour la promotion des communautés en santé, 2011 ; Drouin et Rivet, 2003), le concept de l'offre active devient un enjeu central de l'accessibilité à des services en français.

L'offre active : définition, importance et défis

La recension des écrits menée par Louise Bouchard et Martin Desmeules (2011) révèle plusieurs définitions de l'offre active émanant de diverses instances gouvernementales canadiennes. Ces définitions se ressemblent du fait qu'elles portent toutes sur l'importance d'adopter une approche proactive pour offrir des services dans la langue officielle préférée ou de choix de l'individu. Selon Bouchard, Beaulieu et Desmeules (2012), « l'offre active peut être considérée comme une invitation, verbale ou écrite, à s'exprimer dans la langue officielle de son choix. L'offre de parler dans la langue officielle de son choix doit précéder la demande de services » (2012 : 46). Cette importance accordée à l'offre active est appuyée par les observations d'intervenants sur le terrain qui « ont bien relevé le problème relié à l'offre de services basée sur la demande et considèrent que dans une situation minoritaire, c'est plutôt le fait d'offrir les services en français qui pourra stimuler la demande » (2012 : 49).

En 2012, le Consortium national de formation en santé propose une définition élargie de l'offre active.

> L'offre active de services de santé de qualité en français ne se borne pas à offrir des services dans la langue du patient ; elle comprend aussi une approche globale de la planification et de la prestation des services de santé destinés à une communauté en milieu minoritaire. Il s'agit d'une approche proactive qui tient compte de l'état de santé de la communauté et de son manque historique de services de santé en français. Cette approche fait appel à la mobilisation de la communauté ; elle tient compte de la diversité culturelle des patients ou bénéficiaires ; elle s'inscrit dans une perspective éthique ; elle met en place des mesures positives d'intervention, au besoin ; et elle vise à assurer la qualité des services et l'équité des bénéfices auxquels ont droit tous les citoyens francophones du Canada, peu importe leur situation minoritaire. (Lortie et Lalonde, 2012 : 10)

Dans le contexte de ce projet, le concept d'offre active se concrétise par des conditions telles que 1) les services en français sont visibles, disponibles et facilement accessibles à la

clientèle ; 2) les intervenants informent les clients[1] qu'ils peuvent s'adresser à eux et se faire servir dans les deux langues officielles ; 3) les particularités linguistiques et culturelles de chaque individu sont prises en compte ; 4) les intervenants et les organisations appliquent cette approche dans tout le continuum de soins (accueil, prise en charge, intervention, soutien et aiguillage), sans que la responsabilité incombe au client d'en faire la demande.

L'offre active permet aux clients de se sentir à l'aise d'utiliser leur langue officielle prédominante lorsqu'ils reçoivent des services. Elle fait en sorte que les membres du grand public sont convaincus qu'ils recevront des services et des soins de qualité, peu importe la langue officielle qu'ils utilisent.

Les défis de l'offre active de services en français

Malgré la recommandation de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada de soutenir les établissements de soins ainsi que les gouvernements provinciaux pour leur permettre de surmonter « l'obstacle linguistique à l'accès aux soins » (2002 : 171), l'accès à des services de santé en français demeure problématique dans les CFSM. Se référant à l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle, Isabelle Gagnon-Arpin (2011) constate que 75 % des francophones de ces communautés considèrent qu'il est important de recevoir des services en français ; en contrepartie, 40 % ont utilisé le français lors des consultations avec divers professionnels de la santé. Ce constat s'avère même dans les provinces comme l'Ontario, où il existe des lois sur les services en français (Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012).

Parmi les défis rencontrés pour pouvoir offrir des services en français aux CFSM, on note, dans plusieurs de ces communautés, un manque de professionnels de la santé et des services sociaux pouvant s'exprimer en français (Beaulieu, 2010 ; Bouchard, Vézina et Savoie, 2010). Toutefois, même le personnel francophone ou bilingue qui pratique dans ces communautés rencontre des obstacles quand vient le moment d'offrir activement des services en français. Par exemple, c'est un défi de maintenir sa propre compétence linguistique en français lorsque la langue de travail est l'anglais. Cette situation peut entraîner une difficulté à s'exprimer avec fluidité, sans chercher constamment un terme technique dans l'une ou l'autre langue (Beaulieu, 2010). Il en résulte une insécurité linguistique qui fait en sorte que certains intervenants en milieu de soins n'osent pas s'affirmer en tant que francophones et s'associer à ce groupe identitaire et culturel.

Par ailleurs, dans une société bilingue et multiculturelle comme le Canada, les intervenants doivent composer avec une clientèle diversifiée sur les plans de la langue et de la culture. Santé Canada souligne que la culture dans un environnement de services sociaux

1. Le terme « client » est utilisé pour désigner le bénéficiaire de services de santé et des services sociaux dans divers contextes. Il peut être considéré comme synonyme de patient, de bénéficiaire, d'usager, etc.

et de santé « peut influencer la communication à partir de nombreux facteurs, de la langue utilisée ou la réponse émotionnelle aux contacts visuels et physiques. La culture englobe beaucoup d'éléments tels que les croyances, les attitudes, les valeurs, la communication verbale et non verbale » (Santé Canada, 2001 : 251). Le professionnel de la santé et des services sociaux n'est pas toujours sensibilisé à ces différences afin de pouvoir interagir efficacement avec certaines clientèles et offrir des services adaptés.

La responsabilisation et le leadership des décideurs et des gestionnaires sont souhaités afin d'instaurer des orientations claires sur les services en français et de fournir aux intervenants des outils nécessaires à leur mise en pratique (Bouchard et Vézina, 2009 ; Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012 ; Charland et associés, 2011). Un tel soutien organisationnel n'est toutefois pas toujours présent pour faciliter la prestation de services en français par le personnel francophone ou bilingue. Par exemple, il existe peu d'outils d'évaluation, de traitement et d'information/éducation en français (Bouchard, Desmeules et Gagnon-Arpin, 2010), ce qui exige une traduction ou une adaptation des ressources par les intervenants. Les intervenants bilingues sont aussi souvent sollicités par leurs collègues, notamment pour effectuer de la traduction ou agir en tant qu'interprètes, ce qui peut mener à une surcharge de travail (Bouchard et Vézina, 2009 ; Drolet et coll., 2014). Le recours aux intervenants bilingues comme interprètes semble fréquent bien que la traduction non professionnelle ne soit pas recommandée et qu'elle puisse mener à des erreurs (Benoit et Dragon, 2013 ; Tremblay et Prata, 2012). De plus, même dans les situations où un intervenant bilingue aurait été embauché pour ses compétences professionnelles et linguistiques, il arrive que les employeurs n'en fassent que peu usage. Bien souvent, ces derniers exigent que les dossiers des clients francophones soient rédigés en anglais et que les différentes communications orales entre les intervenants se fassent en anglais afin d'éviter l'exclusion de l'intervenant anglophone non bilingue (Bouchard et Vézina, 2009).

Bien qu'il n'existe que peu d'études empiriques le démontrant, les connaissances actuelles nous amènent à croire que le soutien organisationnel, la vitalité ethnolinguistique, l'identité, la motivation langagière et les compétences linguistiques et culturelles pourraient avoir une incidence sur la propension d'un professionnel à s'afficher comme parlant français et à offrir activement des services en français. Ces éléments constituent des déterminants probables de l'offre active de services en français.

La préparation d'une relève d'intervenants aptes à offrir activement des services en français

Dans la perspective de préparer une relève d'intervenants de la santé et des services sociaux aptes à offrir activement des services en français, il importe de saisir si les nouveaux diplômés parlant français sont outillés adéquatement pour s'acquitter de cette responsabilité. L'étude pancanadienne menée par Pier Bouchard et Sylvain Vézina (2009) auprès d'étudiants

et de nouveaux professionnels francophones et francophiles montre que, même lorsqu'elles sont formées en français, ces personnes sont peu outillées pour reconnaître les enjeux liés à l'offre des services en français et pour poser des gestes concrets afin d'améliorer la situation. Sous l'égide du CNFS, les auteurs ont mené des consultations subséquentes auprès d'acteurs clés (éducateurs, étudiants et gestionnaires) à Moncton, à Ottawa et à Winnipeg en décembre 2009 et en mars 2010, afin de déterminer les meilleurs moyens de « conscientiser les futurs professionnels aux enjeux et aux défis liés à la prestation des services de santé en français et [de] mieux les outiller pour qu'ils puissent intervenir de façon efficace dans un contexte minoritaire » (Bouchard, Vézina et Savoie, 2010 : 3).

Les données préliminaires soulèvent le besoin de développer, chez les étudiants et les nouveaux professionnels, les connaissances liées à la santé des CFSM, à la compétence culturelle (Aucoin, 2008) et à la construction identitaire (Deveau, 2008). Les résultats des études menées par l'équipe de Pier Bouchard et Sylvain Vézina ont servi de canevas pour la réalisation d'outils éducatifs ayant pour but de mieux outiller les étudiants et les nouveaux professionnels. Ceux-ci ont été regroupés dans une boîte à outils[2] proposée aux formateurs en milieu universitaire et collégial, pour favoriser le développement de connaissances sur les réalités, les enjeux et les défis du travail en contexte francophone minoritaire, et des compétences nécessaires à la pratique dans ce contexte. Actuellement, ces contenus sont peu intégrés dans les programmes de formation professionnelle en santé et en service social au Canada (Benoît et coll., 2015) et bien qu'il puisse être difficile d'ajouter de nouveaux contenus dans des programmes de formation professionnelle déjà très chargés, une meilleure préparation des formateurs permettra d'intégrer la réflexion sur les particularités des CFSM et l'offre active de services en français à l'intérieur de contenus déjà existants.

Une meilleure connaissance des déterminants de l'offre active et de l'impact de chacun sur le comportement d'offre active des professionnels de la santé et des services sociaux devrait aussi contribuer à mieux cibler les éléments sur lesquels il est possible d'agir pour mieux outiller les professionnels et futurs professionnels. Cette connaissance pourrait informer les nouveaux contenus de formation proposés.

L'évaluation des résultats des efforts de formation

Considérant les nombreux efforts investis dans la formation pour améliorer l'offre active de services en français, il est entendu qu'il faudra évaluer les effets de ces activités d'outillage. Les programmes de formation offerts par les membres du CNFS, les établissements de santé et leurs partenaires communautaires ont besoin d'outils afin d'évaluer les activités et les interventions qui sensibilisent les étudiants aux besoins des CFSM.

2. Boîte à outils pour l'offre active des services de santé en français, à http://www.offreactive.com/

Plusieurs approches sont possibles pour vérifier les effets des formations qui visent à améliorer l'offre active de services en français. Par exemple, on voudra mesurer directement l'objectif ultime de la formation, en vérifiant si elle a produit une augmentation des comportements d'offre active de services en français. Cette mesure sera possible lorsque les personnes formées seront en stage ou sur le marché du travail. Par contre, il sera impossible de mesurer directement l'offre active chez les étudiants qui n'ont pas de pratique professionnelle. On cherchera alors à mesurer des résultats intermédiaires, en l'occurrence l'augmentation de la présence des déterminants de l'offre active. Toutefois, pour ce faire, il faudrait mieux connaître les déterminants de l'offre active.

Il serait utile de disposer d'une mesure des comportements d'offre active démontrés par un professionnel de la santé ou des services sociaux, tant aux fins de l'évaluation des résultats ultimes des programmes de formation que dans les études visant à mieux connaître et comprendre les déterminants de l'offre active. Nos consultations et notre recension des écrits n'ont révélé aucun outil de mesure permettant d'évaluer l'offre active. Le présent article décrit donc les travaux menés pour la réalisation du premier objectif de notre recherche, qui a consisté à concevoir des façons de mesurer l'offre active des services sociaux et de santé en français et à valider le contenu de ces mesures.

Plus spécifiquement, les questions de recherche sont :

1. Quels sont les comportements indicateurs d'une offre active de services en français en contexte minoritaire ?
2. Comment peut-on mesurer la présence de ces comportements ?
3. Les comportements répertoriés représentent-ils bien l'ensemble des pratiques d'offre active (validité de contenu des questionnaires) ?

La recherche a suivi un processus adapté des huit premières étapes proposées par Bradburn, Sudman et Wansink (2004) (tableau 1). La prochaine section rapporte les étapes suivies pour la conception des questionnaires (questions 1 et 2). Elle sera suivie d'une section traitant de l'étude de leur validité de contenu à l'aide de la méthode Delphi (question 3).

Tableau 1
Étapes d'élaboration d'un questionnaire

Bradburn, Sudman et Wansink (2004)	Étapes réalisées dans cette étude
1. Déterminer les questions possibles pour cerner les sujets pertinents ; recourir au besoin à un groupe de discussion.	1. Recherche dans les écrits, pour préciser le concept, repérer les questionnaires ou, à défaut, les indicateurs existants sur ce sujet.
2. Rechercher dans les écrits les questionnaires existants sur ces sujets.	2. Déterminer, à l'aide d'un groupe d'experts, les questions possibles pour cerner le sujet.
3. Rédiger des ébauches de nouvelles questions ou réviser des questions existantes.	3. Rédiger des ébauches de nouvelles questions ou réviser des questions existantes.
4. Placer les questions en séquences.	4. Placer les questions en séquences.
5. Rédiger les choix de réponses.	5. Rédiger les choix de réponses.
6. Formater le questionnaire.	6. Formater le questionnaire.
7. Obtenir la rétroaction de pairs sur l'ébauche de questionnaire.	7. Par un sondage Delphi à 2 phases : 1) obtenir une rétroaction de pairs sur l'ébauche de questionnaire. 2) réviser la première ébauche, obtenir une rétroaction sur cette révision.
8. Réviser l'ébauche et faire l'essai de cette version du questionnaire auprès d'amis et de collègues (prétest). Fournir une grille de rétroaction. Effectuer les révisions nécessaires.	8. Préparer le format et les instructions pour un test des qualités métrologiques de la version expérimentale de l'outil auprès d'un échantillon de récents diplômés des programmes de formation en santé et en service social de l'Université de Moncton et de l'Université d'Ottawa.
9. Préparer les instructions pour le test pilote.	
10. à 17. Effectuer un test pilote auprès d'un petit échantillon de répondants (entre 20 et 50) similaire à la population étudiée, puis des études des qualités métrologiques sur des échantillons plus larges.	

Conception d'outils de mesure de l'offre active

La première étape de la conception d'outils de mesure consistait à dresser un portrait clair de « l'offre active » et de ses caractéristiques mesurables. Cette étape a été réalisée en deux temps : d'abord par une recension exhaustive des écrits, puis par une consultation d'experts.

Recension d'écrits

Dans le cadre d'une étude plus large sur la formation des professionnels de la santé et des services sociaux en francophonie minoritaire, notre groupe de recherche a réalisé une recension d'écrits informatisée et structurée, en utilisant les bases de données suivantes :

Medline, CINAHL, Embase, PsycINFO, Social Abstract, Social Work Abstracts database, Sociological Abstracts, ERIC, Repère, Érudit, Francis et Mental Measurement Year Book. Les mots clés recherchés incluaient : situation linguistique minoritaire, minorité francophone, minorité linguistique, francophones minoritaires, autodétermination, construction identitaire, vitalité ethnolinguistique, offre active de services, services de santé (ou sociaux) linguistiquement adaptés, compétences culturelles, accès aux services et leur équivalent en anglais. Les rapports de recherche du CNFS, des Réseaux de santé en français et de diverses instances gouvernementales en matière de langue ou de santé ont aussi été consultés, de même que les listes de références de tous les documents trouvés. Pour la présente étude, les documents pour lesquels les thèmes d'offre active ou d'accès aux services dans la langue minoritaire étaient présents, que ce soit en français ou dans une autre langue pour les études provenant d'autres pays, ont été examinés à l'aide d'une grille de lecture structurée afin de faire ressortir les passages traitant d'offre active (voir tableau 2).

Cette recension d'écrits a révélé une vingtaine de documents clés qui décrivaient plusieurs politiques mises en place par les gouvernements provinciaux pour favoriser l'offre active de services dans la langue minoritaire pour les services relevant de leur compétence, ainsi que quelques grilles d'évaluation à l'intention des milieux qui souhaitent améliorer leur offre de services en français (Charland et associés, 2011 ; Comité santé en français de Fredericton, 2006 ; Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, 2011 ; Gouvernement du Manitoba, 2011 ; Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, 2010 ; Société Santé en français, 2010 ; Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, s.d.).

En effectuant une synthèse de ces documents, nous avons établi une liste de 25 actions organisationnelles visant à favoriser l'offre active de services en français. Parmi celles-ci, on note des comptoirs désignés où les services sont offerts dans la langue minoritaire, l'affichage bilingue à l'intérieur de l'établissement, la présence d'un site internet bilingue, la présence de matériel éducatif dans la langue minoritaire dans les aires d'attente, etc.

Très peu d'écrits portaient sur des éléments relevant des comportements individuels des intervenants, ceux que les programmes de formation évoqués plus haut chercheraient à modifier. Il a tout de même été possible de transposer certaines des actions organisationnelles en comportements individuels pour établir une première liste d'une douzaine de comportements que l'on devrait pouvoir observer chez les individus qui font cette offre active, par exemple : porter une épinglette indiquant que l'on peut offrir un service en français ou dans les deux langues ; enregistrer un message d'accueil bilingue sur sa boîte vocale ; lorsqu'on constate des manques, faire des démarches pour obtenir du matériel éducatif en français, etc.

Tableau 2
Grille de lecture structurée

Référence		
Courte description du texte (Étude qualitative ? Étude quantitative ? Rapport ? Quelle méthodologie ?)		
Notes/Commentaires		
Autres références (le texte fait-il référence à d'autres auteurs/textes pertinents ?)		
Éléments	À quel(s) élément(s) touche l'article ? Mettre de courtes explications ou des mots clés (et la page) et indiquer si on traite d'offre par rapport à la langue ou à la spécificité culturelle.	
Définitions de l'offre active de services	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle
Indicateurs de mesure de l'offre active	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle
Besoins en matière d'offre active	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle
Pratiques d'offre active	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle
Succès de l'offre active	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle
Obstacles à une offre active de services	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle
Importance de faire de l'offre active/d'offrir des services dans la langue de la personne	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle
Conséquence de ne pas faire d'offre active/de ne pas offrir des services dans la langue de la personne	( ) Langue	( ) Spécificité culturelle

Consultation d'experts

Cette première liste de comportements d'offre active (voir annexe) a été soumise à un groupe de neuf experts, composé de personnes occupant des postes de décision, de formation ou de recherche en santé et en services sociaux en français dans les régions de Moncton et d'Ottawa. La discussion entre ces experts visait à : 1) compléter la liste par tout élément jugé important qui aurait été omis ; 2) éliminer les éléments qui semblaient non pertinents ;

et 3) suggérer un premier classement de ces indicateurs en regroupant les éléments qui présentaient certaines similitudes.

Cette discussion a permis de bonifier la liste de comportements d'offre active. De plus, les personnes insistaient sur le fait que les intervenants qui travaillent dans un milieu où un nombre important d'actions sont réalisées par les employeurs ou les établissements pour démontrer une volonté d'offre active de services en français, seraient plus enclins à faire des efforts individuels pour offrir ces services activement. Ces actions des employeurs ou des établissements seraient des indicateurs de soutien organisationnel à l'offre active individuelle. Puisqu'ils étaient parfois similaires aux comportements individuels, mais promus, organisés et réalisés par l'ensemble de l'organisation plutôt que de relever de la responsabilité de chaque intervenant, il paraissait logique d'en faire la recension en parallèle.

À la suite de cette rencontre, nous avons obtenu une liste de 20 comportements observables d'offre active au plan individuel, ainsi qu'une liste de 34 actions organisationnelles (voir annexe).

Création du questionnaire

L'étape suivante de la recherche a consisté à transformer la liste de comportements en énoncés assortis d'un choix de réponses. Les propositions de comportements qui comportaient plusieurs actions ont été fractionnées. Il en a résulté deux questionnaires : un questionnaire portant sur les comportements individuels d'offre active et comprenant 30 énoncés, et un questionnaire portant sur la perception du soutien organisationnel à l'offre active et comprenant 40 énoncés. Pour la majorité des énoncés, le choix de réponses était constitué d'une échelle de type Likert à quatre niveaux (4 = toujours, 3 = souvent, 2 = rarement, 1 = jamais). Les figures 1a et 1b présentent un exemple de questions pour chacun des questionnaires. La prochaine étape a consisté à procéder à la validation de contenu de ces questionnaires.

Étude de la validité de contenu des questionnaires

Méthodologie du sondage Delphi

La première version des questionnaires a été soumise à un sondage Delphi à deux cycles (Greatorex et Dexter, 2000), envoyé par courriel à un groupe de 80 chercheurs, décideurs ou éducateurs du domaine de la santé et des services sociaux dans la francophonie canadienne en situation minoritaire. Ce groupe avait été créé par le CNFS national lors d'une initiative précédente sur l'engagement des futurs professionnels pour de meilleurs services de santé en français (voir Bouchard, Vézina et Savoie, 2010), et les participants de partout au Canada avaient accepté d'être contactés à nouveau pour des études futures. Cette étape était importante pour vérifier la pertinence des résultats de la première consultation auprès d'experts du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario pour l'ensemble des contextes francophones en situation minoritaire du Canada.

Figure 1a
Exemples de questions du questionnaire sur les comportements individuels d'offre active

Accueil et prise en charge

B2.1. Quelles sont les actions que je prends personnellement pour faciliter mon offre de services en français ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	N/A
1. Je réponds à la correspondance d'un client dans la langue dans laquelle le texte (p. ex., lettre, courriel) a été rédigée.	●	●	●	●	●
2. Dans ma correspondance, il y a des moyens pour faire connaître que j'offre des services en français et en anglais (p. ex., papier en-tête, signature, titre professionnel).	●	●	●	●	●
3. Lorsque je prépare des ressources informationnelles et éducationnelles à l'intention des clients, je les prépare en français ou en français et en anglais (p. ex., documents écrits, présentations).	●	●	●	●	●
4. Je veille à ce qu'il y ait des documents informatifs et des outils de divertissement en français (p. ex., dépliants, revues, journaux, radio, télévision, jeux) dans les aires communes (salle d'attente ou autre).	●	●	●	●	●

Figure 1b
Exemples de questions du questionnaire sur la perception du soutien organisationnel à l'offre active

Intervention

B7. Dans mon milieu de travail, il est habituelle de/d'…

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais	N/A
1. fournir des outils de travail facilitant le service en français ou dans les deux langues officielles du Canada (p. ex., calendriers, correcteurs de langue, dictionnaires, formulaires).	●	●	●	●	●
2. fournir un glossaire de terminologie de services sociaux et de santé en français.	●	●	●	●	●
3. offrir des services d'information, de préventions ou de soins spécialisés à distance en français (p. ex., centre d'appels, Internet, vidéoconférences, télémédecine).	●	●	●	●	●
4. vérifier que les outils d'éducation et d'information en français sont adaptés à la clientèle (p. ex., contexte culturel, ethnique ou règlementaire).	●	●	●	●	●
5. développer des outils d'éducation et d'information qui présente le texte en français et en anglais dans le même document.	●	●	●	●	●
6. rédiger les dossiers, rapports, formulaires d'assurance, etc., dans la langue préférée par le client.	●	●	●	●	●

Dans ce sondage, les experts devaient se prononcer sur le degré de pertinence et sur le degré de clarté de chacun des énoncés du questionnaire, sur une échelle allant de 1 (très faible) à 10 (très élevé). Les énoncés qui ont atteint le seuil de 75 % ou plus à la question sur le degré de pertinence ont été conservés. Pour les énoncés retenus à cette étape, les réponses à la question sur le degré de clarté ont été analysées. Les énoncés qui n'avaient pas atteint un seuil de 75 % pour le degré de clarté, ainsi que tous ceux faisant l'objet de commentaires, ont été revus, et leur formulation a été améliorée ou l'énoncé a été éliminé. Les 22 énoncés ayant fait l'objet d'une révision autre qu'une correction linguistique mineure ont été soumis au même groupe, pour la seconde phase du sondage.

Étant donné que la consultation visait un groupe ayant déjà démontré un intérêt pour le sujet, un taux de réponse légèrement supérieur au taux moyen de 31 % rapporté dans les écrits était attendu (Sheehan, 2001).

Résultats du sondage Delphi

Lors de la première ronde, 29 personnes (taux de réponse de 36 %) ont fourni une rétroaction sur les 70 énoncés contenus dans les deux questionnaires. Ces répondants ont suggéré l'élimination de 5 énoncés, l'ajout de 3 énoncés et la reformulation de 20 énoncés, ainsi que plusieurs corrections linguistiques mineures. De plus, ils ont suggéré l'ajout de trois questions ouvertes au questionnaire sur les comportements individuels d'offre active (une dans chacune des sections du questionnaire) pour permettre aux intervenants d'indiquer tout autre moyen par lequel ils font de l'offre active.

Pour la deuxième ronde du sondage Delphi, 22 répondants (taux de réponse de 27,5 %) ont fourni une rétroaction. Cette rétroaction a conduit à l'élimination d'un total de sept énoncés aux deux questionnaires et à l'ajout de neuf énoncés au questionnaire sur la perception du soutien organisationnel à l'offre active. Cinq de ces nouveaux énoncés portaient sur la gestion et la gouvernance, ce qui a motivé la création d'une nouvelle section au questionnaire.

La figure 2 présente des exemples de modifications apportées aux questionnaires à la suite du sondage Delphi.

Le résultat de cette première partie de l'étude est une version expérimentale de deux questionnaires : un questionnaire sur les comportements individuels d'offre active comptant 27 énoncés et 3 questions ouvertes, et un questionnaire de 42 énoncés portant sur la perception du soutien organisationnel à l'offre active. Cette version expérimentale des questionnaires a été soumise à une étude de leurs caractéristiques métrologiques (Savard, Casimiro, Benoît et Bouchard, 2014).

Figure 2

Exemples de modifications apportées par le sondage Delphi

A. Reformulations majeures

Questionnaire sur les comportements individuels d'offre active	
Quelles sont les actions que je prends personnellement pour faire connaître le fait que je peux offrir des services en français ?	
Énoncé initial : Lorsque j'accueille un client, je lui dis : « Bonjour » en premier, suivi de « Hello » et dans cet ordre.	**Énoncé corrigé :** Lorsque j'accueille un client dont je ne connais pas la langue, je le salue en français en premier, suivi d'une salutation en anglais.
Énoncé initial : Je demande à mon client dans quelle langue il veut ses services ou sa communication avec moi.	**Énoncé corrigé :** Je demande à mon client dans quelle langue, en français ou en anglais, il souhaite que je communique avec lui.
Lorsque je dirige un client francophone à un autre intervenant...	
Énoncé initial : J'informe personnellement les autres employés du choix langagier du client.	**Énoncé corrigé :** J'informe verbalement celui-ci du choix langagier du client, ou je demande à quelqu'un de le faire.

B. Ajouts

Questionnaire sur les comportements individuels d'offre active
Quelles sont les actions que je prends personnellement pour faire connaître le fait que je peux offrir des services en français ?
Nouvel énoncé : La signature de mon courriel apparaît en français en premier.
Question ouverte : Est-ce que j'utilise d'autres moyens que ceux mentionnés ci-dessus pour faire savoir que j'offre des services en français ou dans les deux langues officielles?
Questionnaire sur la perception du soutien organisationnel à l'offre active
Nouvelle section : Dans mon organisme... – il y a du personnel cadre capable de s'exprimer en français. – il y a au moins un siège réservé à un représentant de la communauté francophone au conseil d'administration.

Discussion

Les écrits démontrent que l'accès à des services dans sa langue prédominante a un effet sur la qualité des soins reçus et que l'offre active de services en français est un outil essentiel pour augmenter l'accès des francophones en situation minoritaire à des services de santé dans leur langue. Les efforts de plusieurs acteurs sont nécessaires pour arriver à une réelle offre active de services en français dans tout le continuum de services de santé et de services sociaux : de la part des gouvernements et de la gouvernance des établissements qui doivent fournir des orientations claires, de la part des gestionnaires qui doivent fournir des outils communs qui facilitent l'offre active, et de la part des individus prestataires de services qui doivent démontrer, dans leurs gestes quotidiens, qu'ils sont prêts à offrir des services en français. Un foisonnement d'études récentes relatent les efforts faits en ce sens, tant sur le plan des outils s'adressant aux gestionnaires (Charland et associés, 2011) que dans la préparation d'une relève mieux outillée pour travailler en milieu francophone minoritaire (Bouchard, Vézina et Savoie, 2010 ; Benoît et coll., 2015).

La présente étude contribue à ce mouvement en proposant des outils pour mesurer ces efforts. Après la réalisation de la présente étude, la recherche s'est poursuivie afin d'établir les propriétés métrologiques des questionnaires. Les questionnaires ainsi qu'une première évaluation de leurs propriétés ont été mis à la disposition de la communauté francophone (Savard, Casimiro, Benoît et Bouchard, 2014) afin que d'autres chercheurs puissent les utiliser pour poursuivre les efforts d'avancement des connaissances sur l'offre active de services en français, que ce soit pour améliorer la précision de ces mesures, pour documenter les résultat des actions visant à améliorer l'offre active de services en français dans les CFSM, ou pour mieux connaître et comprendre les déterminants de l'offre active, c'est-à-dire des éléments qui pourraient amener le professionnel à adopter des comportements d'offre active.

Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans l'approche systématique et itérative utilisée pour la conception de nouveaux outils de mesure. Cette approche a permis de : 1) saisir des enjeux culturels propres au contexte linguistique francophone minoritaire ; 2) tirer avantage d'expertises variées pour concevoir une liste de comportements favorables à l'offre active de services en français en contexte minoritaire ; 3) orienter le développement de la mesure en deux questionnaires, en distinguant les comportements individuels des initiatives de nature organisationnelle ; et 4) trier, éliminer et raffiner les énoncés pour qu'ils soient pertinents et compréhensibles.

Parmi les limites, soulignons le fait que de la consultation d'experts a initialement été faite dans deux provinces, ce qui n'est pas tout à fait représentatif de l'ensemble de la

francophonie canadienne. Toutefois, le sondage Delphi, en assurant une consultation à l'échelle du pays, a permis de compenser en partie cette limite.

De plus, idéalement, le sondage Delphi aurait pu comporter une troisième ronde pour confirmer la clarté des énoncés ajoutés à la deuxième ronde. Toutefois, il faut juger des avantages et des inconvénients d'ajouter des étapes, car dans ce type de consultation, le taux de participation diminue au fur et à mesure des rondes.

Bien que se situant dans la fourchette attendue, les taux de réponse de 36 et de 27,5 % respectivement lors des première et deuxième rondes peuvent réduire la représentativité de l'échantillon. En effet, ce sont souvent les gens les plus intéressés au sujet qui répondent aux sondages. Cette limite peut aussi avoir des avantages, puisque les répondants plus intéressés au sujet peuvent aussi fournir des réponses plus précises.

Enfin, le sujet est relativement nouveau, peu d'étudiants ont reçu à ce jour une formation adaptée, et il est donc difficile de connaître l'impact d'une telle formation sur leurs comportements. De ce fait, le concept d'offre active est encore susceptible d'évoluer, et les outils créés aujourd'hui devront être adaptés en conséquence.

Pistes de recherches futures

Les prochaines étapes envisagées par notre groupe de travail consisteront à :

1) confirmer, par de nouvelles études, les propriétés métrologiques des questionnaires ;
2) vérifier, par l'administration simultanée des questionnaires portant sur l'offre active et de questionnaires mesurant ses déterminants probables (ex. : développement psycholangagier, construction identitaire, compétence culturelle) auprès de professionnels de la santé et des services sociaux, la présence d'associations entre les déterminants pressentis et les comportements d'offre active pour confirmer la valeur prédictive des déterminants retenus ; et
3) éventuellement, créer un questionnaire prédictif de l'offre active, questionnaire qui serait fondé sur les déterminants de celle-ci et qui pourrait être utilisé seul pour estimer l'effet des activités de formation visant à préparer les étudiants à intervenir auprès des CFSM dans les contextes où il est impossible de mesurer directement l'offre active, comme chez les étudiants qui n'ont pas encore de pratique professionnelle.

Conclusion

La démarche décrite dans cette recherche constitue une première étape vers la création de mesures des comportements d'offre active de services en français. Elle a consisté à dresser un portrait clair de l'offre active et de ses caractéristiques mesurables, et ce, en ayant d'abord recours à une recension exhaustive des écrits et ensuite à une consultation auprès d'un groupe d'experts en la matière. Plus précisément, il a été possible de dégager des comportements observables qui sont favorables à l'offre active sur un plan individuel, ainsi qu'une liste d'actions à mettre de l'avant sur le plan organisationnel. Ces comportements et actions ont servi à créer deux questionnaires de mesure de l'offre active. Ces travaux contribuent à l'avancement des connaissances sur l'offre active de services en français. Ces connaissances sont essentielles à une meilleure préparation de professionnels aptes à travailler au sein des CFSM et, en fin de compte, à l'amélioration de l'état de santé de ces communautés.

Remerciements

Les auteures remercient le Consortium national de formation en santé, volet Université d'Ottawa pour son soutien financier, le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario et en particulier madame Isabelle Morin, notre personne-ressource, qui nous a permis de bénéficier de l'expertise du Réseau sur l'offre active tout au cours du processus de cette étude. Elles remercient aussi toutes les personnes qui ont participé anonymement aux deux rondes du sondage Delphi, ainsi que les personnes qui ont participé au groupe d'experts préalable à ce sondage : Sylvain Vézina (Université de Moncton), Mai Savoie (Consortium national de formation en santé, volet Université de Moncton), Gilles Vienneau (Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick), Jacinthe Beauchamp (Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick), Florence Flower (Collège communautaire du Nouveau-Brunswick), Lise Lortie (Sentiers du leadership inc., Ontario), Ginette LeBlanc (Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario), Jacynthe Carrière-Lalonde (Consortium national de formation en santé, volet Université d'Ottawa) et Isabelle Morin (Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario).

Références

Agence canadienne d'inspection des aliments (2010). *Guide de l'employé sur la prestation de services dans deux langues officielles*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Aucoin, Léonard (2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : analyse critique de la littérature*, Ottawa, Société Santé en français.

Beaulieu, Marielle (2010). *Formation linguistique, adaptation culturelle et services de santé en français – sommaire*, Ottawa, Consortium national de formation en santé et Société Santé en français.

Benoît, Josée, Claire-Jehanne Dubouloz, Paulette Guitard, Lucie Brosseau, Lucy-Ann Kubina, Jacinthe Savard et Marie Drolet (2015). « La formation à l'offre de services en français dans les programmes de santé et de service social en milieu minoritaire francophone au Canada », *Minorités linguistiques et sociétés,* vol. 6, p. 104-130.

Benoit, Monique, et Jean Dragon (2013). « Le travail de soins en situation linguistique minoritaire : éléments pour une réflexion éthique sur la collaboration interprofessionnelle avec les traducteurs/interprètes au Canada », *Perspective soignante*, vol. 48, p. 112-134.

Betancourt, Joseph R., Alexander R. Green, J. Emilio Carrillo et Owusu Ananeh-Firempong (2003). « Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care », *Public Health Reports*, vol. 118, nº 4, p. 293-302.

Bouchard, Louise, Marielle Beaulieu et Martin Desmeules (2012). « L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 18, nº 2, p. 38-65, doi: 10.7202/1013173ar.

Bouchard, Louise, et Martin Desmeules (2011). *Minorités de langue officielle du Canada : égales devant la santé?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Bouchard, Louise, Martin Desmeules et Isabelle Gagnon-Arpin (2010). *Rapport national de cartographie conceptuelle : les représentations de l'avenir des services de santé en français en francophonie minoritaire*, Ottawa, Université d'Ottawa. En ligne : http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/Rapport%20national%20de%20cartographie%20conceptuelle.pdf (consulté le 11 février 2011).

Bouchard, Louise, Isabelle Gaboury, Marie-Hélène Chomienne, Anne Gilbert et Lise Dubois (2009). « La santé en situation linguistique minoritaire », *Healthcare Policy*, vol. 4, nº 4, p. 33-40.

Bouchard, Pier, et Sylvain Vézina (2009). *L'outillage des étudiants et des nouveaux professionnels : une condition essentielle à l'amélioration des services de santé en français,* Ottawa, Consortium national de formation en santé.

Bouchard, Pier, Sylvain Vézina et Mylène Savoie (2010). *Rapport du Dialogue sur l'engagement des étudiants et des futurs professionnels pour de meilleurs services de santé en français dans un contexte minoritaire : formation et outillage, recrutement et rétention*, Ottawa, Consortium national de formation en santé.

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

Bradburn, Norman, Seymour Sudman et Brian Wansink (2004). *Asking questions: The definitive guide to questionnaire design*, San Francisco, Jossey-Bass.

Charland, Francine, et associés (2011). *Cadre référentiel de compétences linguistiques et culturelles à l'intention des organismes du Nord-Est de l'Ontario*, élaboré pour le Réseau régional de langue française de Meilleur départ du Nord-Est de l'Ontario grâce au financement de Patrimoine Canada. En ligne : http://www.meilleurdeparttimiskaming.ca/pdf/FCLCF-FR.pdf (consulté le 18 mai 2012).

Comité santé en français de Fredericton (2006). *Évaluation de l'offre active des services de santé de première ligne*, Fredericton, Groupe Progecom communication & stratégies d'entreprise.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (commission Romanow) (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Consortium national de formation en santé (CNFS) (2011). « À propos de nous : mission, valeurs et mandat ». En ligne : http://cnfs.net/a-propos/mission-valeurs-mandat/ (consulté le 17 décembre 2012).

Consortium pour la promotion des communautés en santé (2011). *Collaborer avec les francophones en Ontario : de la compréhension du contexte à l'application des pratiques prometteuses*, Toronto, Nexus Santé.

Dayer-Berenson, Linda (2011). *Cultural competencies for nurses: Impact on health and illness*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers.

Deveau, Kenneth (2008). « Construction identitaire francophone en milieu minoritaire : "Qui suis-je ?", "Que suis-je ?" », *Francophonies d'Amérique*, nº 26, p. 383-403, doi: 10.7202/037990ar.

Deveau, Kenneth, Rodrigue Landry et Réal Allard (2009). *Utilisation des services gouvernementaux de langue française : une étude auprès des Acadiens et francophones de la Nouvelle-Écosse sur les facteurs associés à l'utilisation des services gouvernementaux en français*, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques. En ligne : http://www.icrml.ca/images/stories/documents/fr/rapport_deveau_utilisation_services_gouv.pdf (consulté le13 mai 2011).

Drolet, Marie, Jacinthe Savard, Sébastien Savard, Josée Benoît, Isabelle Arcand, Josée Lagacé, Sylvie Lauzon et Claire-Jehanne Dubouloz (2014). « Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals », *Qualitative Health Research*, vol. 24, nº 3 (février), p. 295-305, doi: 10.1177/1049732314523503.

Drouin, Jeanne, et Christine Rivet (2003). « Training medical students to communicate with a linguistic minority group », *Academic Medicine*, vol. 78, nº 6, p. 599-604, doi:10.1097/00001888-200306000-00009.

Evans, Robert G., Morris L. Barer et Theodore R. Marmor (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, traduction française par Michèle Giresse, Paris, John Libbey Eurotext, et Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Ferguson, Warren J., et Lucy M. Candib (2002). « Culture, language, and the doctor-patient relationship », *Family Medicine*, vol. 34, nº 5, p. 353-361.

Forgues, Éric, Josée Guignard Noël, Christiane Nkolo et Jonathan Boudreau (2009). *De l'émergence à la consolidation : l'état de santé chez les francophones en situation minoritaire*, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques et Consortium national de formation en santé.

Gagnon-Arpin, Isabelle (2011). « Access to health care services and self-perceived health of Canada's official-language minorities », mémoire de maîtrise en épidémiologie, Ottawa, Université d'Ottawa.

Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Secrétariat aux affaires acadiennes (2012). *Offre active de services en français – Active offer of French services*.

Greatorex, Jackie, et Trevor Dexter (2000). « An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, nº 4, p. 1016-1024, doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01569.x.

Irvine, Fiona E., Gwerfyl W. Roberts, Peter Jones, Llinos H. Spencer, Colin R. Baker et Cen Williams (2006). « Communicative sensitivity in the bilingual healthcare setting: A qualitative study of language awareness », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 53, nº 4, p. 422-434.

King, Roderick K., Alexander R. Green, Aswita Tan-McGrory, Elisabeth J. Donahue, Jessie Kimbrough-Sugick et Joseph R. Betancourt (2008). « A plan for action: Key perspectives from the racial/ethnic disparities strategy forum », *The Milbank Quarterly*, vol. 86, nº 2, p. 241-272.

Köpke, Barbara, et Katia Prod'homme (2009). « L'évaluation de l'aphasie chez le bilingue : une étude de cas », *Glossa*, vol. 107, p. 39-50.

Köpke, Barbara, et Monika S. Schmid (2011). « L'attrition de la première langue en tant que phénomène psycholinguistique », *Language, Interaction and Acquisition*, vol. 2, nº 2, p. 197-220.

Landry, Rodrigue, Réal Allard et Kenneth Deveau (2008). « Un modèle macroscopique du développement psycholangagier en contexte intergroupe minoritaire », *Diversité urbaine*, numéro hors série, p. 45-68.

Landry, Rodrigue, Kenneth Deveau et Réal Allard (2006). « Vitalité ethnolinguistique et construction identitaire : le cas de l'identité bilingue », Éducation et francophonie, vol. 34, nº 1, p. 54-81.

Lortie, Lise, et André J. Lalonde, avec la collaboration de Pier Bouchard à la recherche (2012). *Cadre de référence pour la formation à l'offre active des services de santé en français*, Ottawa, Consortium national de formation en santé.

Lortie, Lise, et André J. Lalonde (2011). « L'offre active des services de santé de qualité en français : une question de sécurité, de légitimité et d'éthique », manuscrit inédit.

Madoc-Jones, Iolo (2004). « Linguistic sensitivity, indigenous peoples and the mental health system in Wales », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 13, nº 4, p. 216-224.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario – Groupe de travail sur les services de santé en français (2005). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*. En ligne : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/flhs_06/flhs_06f.pdf (consulté le 13 mai 2011).

Ngo-Metzger, Quyen, Micheal P. Massagli, Brian R. Clarridge, Micheal Manocchia, Roger B. Davis, Lisa I. Iezzoni et Russel S. Phillips (2003). « Linguistic and cultural barriers to care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, nº 1, p. 44-52.

Organisation mondiale de la santé (OMS) – Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, OMS. En ligne : http://www.cpha.ca/uploads/briefs/cpha_who_sdoh_f.pdf (consulté le 17 décembre 2012).

Paradis, Michel (2000). « Generalizable outcomes of bilingual aphasia research ». *Folia Phiniatrica and Logopaedica*, vol. 52, p. 54-64.

Pavlenko, Aneta (2012). « Affective processing in bilingual speakers: Disembodied cognition? », *International Journal of Psychology*, vol. 47, nº 6, p. 405-428, doi: 10.1111/j.1440-0979.2004.00337.x.

Pochhacker, Franz (2000). « Language barriers in Vienna hospitals », *Ethnicity & Health*, vol. 5, nº 2, p. 113-119.

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (2010). « La désignation des établissements de santé dans l'Est ontarien : mise en contexte », Ottawa, manuscrit inédit.

Roberts, Gwerfyl W., Fiona E. Irvine, Siobhan Tranter et Llinos H. Spencer (2010). « Identifying priorities for establishing bilingual provision in nurse education: A scoping study », *Nurse Education Today*, vol. 30, nº 7, p. 623-630.

Santé Canada – Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (2007). *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français : rapport au ministre fédéral de la santé*, Ottawa, Santé Canada.

Santé Canada (2001). *« Certaines circonstances » : équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, Ottawa, Santé Canada.

Savard, Jacinthe, Lynn Casimiro, Josée Benoît et Pier Bouchard (2014). « Évaluation métrologique de la Mesure de l'offre active de services sociaux et de santé en français en contexte minoritaire », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 20, nº 2, p. 83-122.

Secrétariat aux affaires francophones du Manitoba. *Directive no 1 – concept de l'offre active*. Maintenant intégré dans : Secrétariat aux affaires francophones du Manitoba (2014). *Bonjour-Hello Manitoba : Manuel de directives sur la mise en œuvre des services en langue française d'après la politique du gouvernement du Manitoba*. En ligne : http://www.manitoba.ca/fls-slf/part2_partie2.pdf

Sheehan, Kim B. (2001). « E-mail survey response rates: A review », *Journal of Computer-Mediated Communication*, vol. 6, nº 2, doi:10.2466/pr0.86.3.1273-1274.

Société Santé en français – Réseau d'expertises (2010). *Modèles de promotion de l'offre active et de la demande de services en français*, Ottawa, Société Santé en français.

Société Santé en français (2007). *Santé en français, communautés en santé : une offre active de services en santé pour une meilleure santé des francophones en situation minoritaire – Résumé du plan directeur 2008-2013*, Ottawa, Société Santé en français. En ligne : http://franco.ca/ssf/documents/ResumePlan2008-2013.pdf (consulté le 13 mai 2011).

Société santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick – Réseau-action formation et recherche (s.d.). *L'offre de services dans les deux langues officielles dans le domaine de la santé : à nous d'y voir*. En ligne : http://www.ssmefnb.ca/images/docs/Guide%20offre%20active%20en%20francais.pdf (consulté le 13 mai 2011).

Tobin, Margaret, Luxin Chen, Julie L. Edwards et Stella Chan (2000). « Improving the utilisation of bilingual counsellors within a public sector mental health service », *Australian Health Review*, vol. 23, nº 2, p. 190-196.

Tremblay, Suzanne, en collaboration avec Ghislaine Prata (2012). *Étude sur les services de santé linguistiquement et culturellement adaptés* : *portrait pancanadien*, Société Santé en français et Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick.

Uttal, Lynet (2006). « Organizational cultural competency: Shifting programs for latino immigrants from a client-centered to a community-based orientation », *American Journal of Community Psychology*, vol. 38, nos 3-4, p. 251-262.

Mots clés

offre active, formation des professionnels de la santé et des services sociaux, évaluation, minorités, langue et services, soutien organisationnel

Keywords

active offer, education of health care and social services professionals, evaluation, minorities, language and services, organizational support

Correspondance

jsavard@uottawa.ca

lynncasimiro@montfort.on.ca

pier.bouchard@umoncton.ca

jbenoit@uottawa.ca

mdrolet@uottawa.ca

dubouloz@uottawa.ca

Annexe

Le tableau qui suit présente les composantes de l'offre active recensées dans les écrits (énoncés suivis de numéros désignant les sources), ainsi que celles ajoutées lors de la consultation d'experts (énoncés en caractères gras).

Composantes de l'offre active

Comportements individuels	Actions organisationnelles
Accueil	**Accueil**
• Accueil bilingue au téléphone (en répondant et sur le répondeur)[1, 2, 5, 6, 7] • Accueil bilingue au premier contact (à la réception et en personne)[1, 2, 4, 5, 6, 7] • Utiliser en français en premier, dans les centres de services entièrement bilingues[6] • **Le « bonjour » doit être clair, fort, franc, énergique** • Port d'une épinglette indiquant le service dans les deux langues[1, 3, 4, 5, 6, 10] • Poursuivre la conversation dans la langue officielle choisie par le client[5, 6, 10]	• Affichage bilingue[1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10] • Utiliser le français en premier dans l'affichage, dans les régions à forte concentration acadienne[4] • **Fournir des épinglettes ou plaquettes indiquant le service dans les deux langues** • Endroits précis désignés aux comptoirs ou dans les bureaux où les services en français sont disponibles et accessibles et assurer une présence suffisante à ces endroits[6] • Site Web bilingue[1, 6, 7] • S'assurer qu'il y a des documents, des journaux et des magazines, des téléviseurs, etc., en français et en anglais, à la disposition des clients[1, 5]
Communication	**Communication**
• Réponse à un message écrit d'un client dans la langue dans laquelle le texte (lettre, courriel) a été rédigé[5, 6] • Documenter les choix langagiers des clients à l'intention des autres membres de l'équipe[1, 5, 6] • Garder à portée de la main une liste des employés et des organismes qui peuvent offrir des services en français[5, 6] • **Faire valoir sa disposition à communiquer dans l'une ou l'autre des deux langues officielles** • Spécifier le choix de langue du client lorsque ce dernier est dirigé vers un autre intervenant[5, 6] • Adapter son niveau de langue au client[17]	• Correspondance générale et documents promotionnels dans les deux langues[1, 2, 5, 6] sur le même document[5, 6] (p. ex., sur deux colonnes ou recto-verso[5]) • Réponse à un message écrit d'un client dans la langue dans laquelle le texte (lettre, courriel) a été rédigé[1, 5, 6] et dans le même délai qu'un message rédigé en anglais[1] • Documenter les choix de langue des clients à l'écrit et à l'oral[1] (p. ex., sur le bracelet d'identification[10, 18]) • **Conduite de réunions dans les deux langues officielles** • Favoriser la communication en français entre employés francophones[1] • **Rédiger les dossiers, rapports, formulaires d'assurance, etc., dans la langue préférée par le client**

Composantes de l'offre active (suite)

Comportements individuels	Actions organisationnelles
Moyens pour stimuler la demande	**Promotion des services en français**
• **Lorsque l'information est disponible dans la langue minoritaire, présenter systématiquement le choix de la recevoir dans cette langue** • **Faire des démarches pour avoir des outils éducatifs en français (dépliants d'information, programmes d'exercices, etc.)** • **Faire des démarches pour obtenir des outils d'évaluation en français, dans un niveau de langue convivial, approprié** • **Chercher des occasions de promouvoir le service en français**	• Annonces dans les journaux et à la radio en français[1] • Nom de l'organisme en français et en anglais[1] • Papier à en-tête[4,5] et cartes d'affaires bilingues[5] • Inciter les employés à informer le client de son droit à (ou de la possibilité de, selon les provinces) recevoir des services dans la langue officielle choisie[10] • Valorisation du travail fait pour offrir des services en français[3, 17, 21] • Politique des services en français[1,6] adoptée par le conseil d'administration[1] • **Politique intégrée au code d'éthique / aux règlements administratifs** • Mobiliser et engager tout le personnel en communiquant clairement les objectifs et les progrès[1, 20]
Leadership individuel (*advocacy*)	**Représentation**
• **Le mentionner lorsque des manques aux actions organisationnelles favorisant les services en français sont observés**	• Avoir des francophones au conseil d'administration et dans la direction de l'organisme[1] • S'assurer de recruter suffisamment de personnel bilingue[1, 3, 4, 11, 17, 19, 21] • **Inclure l'aspect linguistique dans la période d'orientation de tout nouvel employé**
Supervision d'étudiants et stagiaires	**Outils / Services**
• **Lorsqu'une partie de la clientèle est francophone, demander à recevoir des stagiaires qui peuvent offrir des services en français**	• Offrir des stages en langue minoritaire[16], c.-à-d. en français pour des francophones et francophiles[1] • Offrir un service d'interprétation de qualité (interprètes professionnels)[3, 11, 12, 13, 14, 15] • Logiciels qui permettent l'entrée de données en français[1] • Glossaire de terminologie bilingue à la disposition des employés[16] • Répertoire à jour des professionnels et des organismes offrant des services en français[3, 8, 17] • Services d'information, de prévention et de soins spécialisés à distance (centre d'appels, Internet, vidéo-conférences, télémédecine) disponibles en français[8, 17] • **Au plan organisationnel, privilégier les outils d'évaluation disponibles dans les deux langues** • Plus grande disponibilité d'outils éducatifs en langue minoritaire[11] • Que les programmes et les outils éducatifs élaborés (dépliants d'information, programmes d'exercices, etc.) soient disponibles dans les deux langues et adaptés à la culture du milieu[1, 9, 17, 18, 20] (documents produits en parallèle, préférables aux documents produits en langue majoritaire puis traduits[17, 18]) • Appui au personnel qui offre des services en français[3] • Concevoir une boîte à outils pour les gestionnaires[21]

Composantes de l'offre active (suite)

Comportements individuels	Actions organisationnelles
Formation continue	**Formation**

• **S'inscrire à des formations continues offertes en français**	• Offrir de la formation continue en français[1, 8]
	• Offrir aux employés francophones de la formation sur la terminologie propre à leur travail et des occasions de pratiquer le français (plusieurs ont fait leurs études en anglais)[1, 3, 8]
	• Offrir **aux employés non francophones** de la formation linguistique pour améliorer leur capacité à s'exprimer en français[3, 10] accompagnée d'occasions de pratiquer[3] (p. ex., par du mentorat par des francophones[10])
	• Offrir à tout le personnel des formations sur :
	  ◦ L'importance des services en français[4], de l'offre active et les comportements d'offre active[23]
	  ◦ La compétence culturelle et linguistique[3, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 23]
	  ◦ La question identitaire[21, 23]
	  ◦ La connaissance de soi et de son système de valeurs[12, 21, 22, 23]
	  ◦ Les enjeux et défis des communautés en situation minoritaire[21, 23]
	  ◦ Les droits linguistiques[21]
	  ◦ L'éthique professionnelle[10, 22, 23]
	  ◦ L'approche centrée sur le patient[23]
	  ◦ La capacité de réseautage[1, 3, 8, 21]
	• Rassurer les anglophones sur le fait que leurs emplois ne sont pas en jeu[1]
	• Sensibiliser les employés à l'importance des services de qualité égale, de l'offre active et de la *Loi sur les langues officielles* par l'entremise de présentations, de notes de service, d'affiches, de bulletins internes, de campagne de promotion, etc.[10]

1. Consortium pour la promotion des communautés en santé (2011).
2. Comité santé en français de Fredericton (2006).
3. Beaulieu (2010).
4. Deveau, Landry et Allard (2009).
5. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard (2011).
6. Gouvernement du Manitoba (2011).
7. Agence canadienne d'inspection des aliments (2010).
8. Santé Canada - Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. (2007).
9. Uttal (2006).
10. Société Santé et Mieux-être en français au Nouveau-Brunswick – Réseau-action formation et recherche (s.d.).
11. Bowen (2001).
12. Dayer-Berenson (2011).
13. Ferguson et Candib (2002).
14. Ngo-Metzger et coll. (2003).
15. Pochhacker (2000).
16. Roberts, Irvine, Tranter et Spencer (2010).
17. Bouchard, Desmeules et Gagnon-Arpin (2010).
18. Irvine et coll. (2006).
19. Tobin, Chen, Edwards et Chan (2000).
20. King et coll. (2008).
21. Bouchard, Vézina et Savoie (2010).
22. Lortie et Lalonde (2011).
23. Lortie et Lalonde (2012).