

Minorités linguistiques et société Linguistic Minorities and Society



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

Suzanne Dupuis-Blanchard et Sylvain Vézina

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/1033187ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033187ar>

[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 ce document

Dupuis-Blanchard, S. & Vézina, S. (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. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (6), 3–16. <https://doi.org/10.7202/1033187ar>

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/>

érudit

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/>

Présentation

La recherche au profit d'un meilleur accès aux services de santé en français

Suzanne Dupuis-Blanchard

rédactrice invitée

Université de Moncton

Sylvain Vézina

rédacteur invité

Université de Moncton

Alors que la présence d'un réseau d'écoles et établissements de formation postsecondaire francophones est considérée depuis fort longtemps comme une condition essentielle à la vitalité, voire à la survie des communautés francophones en situation minoritaire (CFSM) du Canada, l'attention portée à un meilleur accès aux services de santé dans la langue de la minorité est beaucoup plus récente. On attribue généralement cet éveil à ce qu'il est convenu d'appeler « la crise de Montfort » survenue en 1997, alors que le gouvernement de l'Ontario menaçait de fermer le seul hôpital universitaire francophone de la province, l'Hôpital Montfort. Cette crise a eu l'effet d'un électrochoc sur l'ensemble des communautés francophones en situation minoritaire du Canada, qui découvraient non seulement la vulnérabilité de leurs établissements de santé, mais aussi leur importance pour la survie de la langue et de la culture françaises au pays. L'accès à des services de santé en français de qualité sera dorénavant un enjeu central mobilisant d'abord les communautés et ralliant, petit à petit, un nombre croissant de chercheurs et de chercheuses.

La problématique de l'accès aux services de santé

La problématique de l'accès aux services de santé a été bien circonscrite dans un document de la Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) du Canada (2001). Définissant l'accessibilité comme la possibilité d'obtenir un service en français (FCFA, 2001 : 19), les auteurs estimaient qu'entre 50 et 55 % des francophones n'avaient aucunement (moins de 10 % des situations) ou rarement (entre 10 et 30 % des situations) accès à des services de santé en français (FCFA, 2001 : 25). Les différences régionales étant importantes, le portrait se faisait encore plus sombre lorsqu'on excluait les villes d'Ottawa et de Moncton.

L'accessibilité à des services de santé dans sa langue constitue par le fait même bien plus qu'un respect pour la culture de l'utilisateur de service. Il s'agit, comme l'indique la FCFA, d'un élément indispensable à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par la population de langue minoritaire.

La culture, qui inclut la langue, est d'ailleurs considérée comme un déterminant de la santé. Or, les obstacles linguistiques et culturels peuvent conduire non seulement à une sous-utilisation des installations de soins de première ligne, mais à une surutilisation des services d'urgence (Adler, Boyce, Chesney, Folkman et Syme, 1993 ; Fox et Stein, 1991 ; Manson, 1988 ; Watt, Howel et Lo, 1993).

Dans une étude menée par Lee et son équipe (Lee, Rosenberg, Sixsmith, Pang et Abularrage, 1998), on relève que les adultes qui ne parlaient pas la même langue que leur fournisseur de soins de santé avaient 70 % plus de risques d'être admis à l'hôpital que les patients qui parlaient la même langue que leur fournisseur. Les auteurs avancent, en guise d'explication, qu'un fournisseur placé devant un patient avec qui il a de la difficulté à communiquer serait plus porté à le faire admettre à l'hôpital par mesure de précaution. De la même manière, on a signalé une plus grande propension à faire subir des examens supplémentaires à de tels patients pour remédier à une communication inadéquate (Bowen, 2001, cité par le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, 2007).

Bref, partant de l'idée que plus de 70 % des renseignements sur lesquels les médecins s'appuient pour poser leur diagnostic proviennent des renseignements communiqués par le patient sur l'historique de sa maladie et de l'examen médical, il va sans dire que tout ce qui compromet la qualité de la communication entre patients et médecins représente une menace à la qualité des soins offerts. À titre d'exemple, une étude menée par LeSon et Gershwin (1996) montre que les asthmatiques vivant aux États-Unis et ne parlant pas l'anglais avaient au moins 17 fois plus de risque d'être intubés.

En résumé, la barrière de la langue nuit à l'équité d'accès aux soins, à leur qualité et à la sécurité du patient issu de la minorité linguistique. Tout défaut de communication accroît les risques d'erreurs de diagnostic comme de traitement et réduit le niveau d'observance du traitement prescrit de la part du patient. Cela compromet l'efficacité et engendre de la frustration.

Lorsque les systèmes de santé ne fournissent pas des soins équitables ou un accès équitable aux soins, ils peuvent empirer les disparités sociales et devenir un facteur de la dégradation de l'état de santé de la population (Bowen, 2001). Il y aurait ainsi un lien étroit entre la qualité des services et l'offre de soins dans la langue du patient.

L'iniquité dans l'offre de services agit de façon négative sur l'individu comme sur l'ensemble de sa communauté linguistique. Comme l'explique Bernard (2000), de par sa situation

de minoritaire, le francophone se retrouve constamment à adapter sa langue au contexte dans lequel il évolue. Il ne s'agit pas d'une question de préférence ou de volonté, mais d'une adaptation faisant suite à la reconnaissance des limites de sa langue. La non-valorisation historique de la langue française qui caractérise certaines régions aura une influence sur le comportement des francophones. Ainsi, en contexte canadien où l'anglais est la langue dominante, le français devient souvent une langue réservée à la vie privée. D'ailleurs, en situation de bilinguisme, ce sont les personnes unilingues qui dictent le choix de la langue des échanges.

Bernard (2000) décrit bien comment un francophone qui se présente dans un établissement de santé bilingue de langue et de culture anglaises reconnaît rapidement que la langue d'usage prédominante est l'anglais. S'il est bilingue, ou du moins s'il est capable de se débrouiller en anglais, ce qui est souvent le cas chez les francophones vivant en contexte minoritaire, il aura tendance, par réflexe ou par habitude, à utiliser l'anglais pour obtenir rapidement des services. L'usage de l'anglais par les francophones contribuerait ainsi à affaiblir le sentiment d'appartenance et favoriserait l'assimilation, fragilisant du coup la vitalité de la communauté francophone dans son ensemble.

Si l'on considère l'incidence indéniable de la langue de service sur la qualité et la sécurité des soins, l'accès à des services de santé en français devient un enjeu essentiel à tous les points de vue pour les francophones vivant en contexte minoritaire.

C'est pourquoi, pour bien protéger les intérêts des patients d'un groupe linguistique minoritaire qui cherchent à obtenir des soins de qualité en toute sécurité, il faut reconnaître officiellement le lien entre la culture, la langue, le patient et la sécurité, cerner explicitement les vulnérabilités des patients de ce groupe et y remédier activement dans les processus et systèmes de sécurité des patients (Johnstone et Kanitsaki, 2006, cité par Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, 2007).

Or, les professionnels de la santé ne doivent pas porter seuls la responsabilité de l'offre des services de santé en français. Ils doivent bénéficier d'un soutien organisationnel adéquat, des gestionnaires en particulier (Forgues, Bahi et Michaud, 2011). L'exercice du leadership organisationnel quant à l'accès aux services en français devrait se manifester à plusieurs égards : adoption de politiques claires ; recrutement de personnel francophone jusque dans l'équipe de gestionnaires ; planification et affectation des ressources humaines ; intégration de l'évaluation des services en français dans l'évaluation de l'établissement et plan de reddition de comptes auprès de la population francophone.

Bref, l'accès à des services de santé de qualité pour les communautés francophones en situation minoritaire s'impose comme une problématique complexe et multidimensionnelle. Les questions de recherche sont nombreuses, qu'elles soient d'ordre médical, sociopolitique,

organisationnel, culturel ou autre, elles forment un champ qui mérite l'attention portée par un nombre croissant de chercheurs.

Cela dit, poursuivant le parallèle établi avec l'éducation, on constate un écart important sur le plan de la production en recherche, car si le rendement en recherche dans le secteur de l'éducation est solide, régulier et bien nourri, celui traitant des thématiques relatives à la santé est encore aujourd'hui en éclosion. Il connaît cependant, depuis quelques années, un essor appréciable, grâce en partie à l'existence du Consortium national de formation en santé (CNFS), mis sur pied en 2003 dans le but d'appuyer, principalement par la formation de professionnels de la santé francophones compétents, les efforts en matière d'accès aux services de santé. Malgré des ressources limitées affectées au développement de la recherche, le CNFS contribue largement à mettre à l'ordre du jour les problématiques liées à la santé et à attirer l'attention d'un nombre croissant de chercheurs.

La part, si modeste soit-elle, du financement en recherche issu du CNFS, que ce soit par l'entremise des institutions membres ou du Secrétariat national, a donné naissance à un éventail d'initiatives. On pense ici à des mesures allant de l'éveil d'un nombre croissant de chercheurs à l'endroit des problématiques liées à la santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire jusqu'à la création, en 2014, d'une chaire de recherche sur le vieillissement des populations, en passant par la formation de nombreux groupes de recherche en santé des populations en situation minoritaire.

Par ailleurs, la tenue de forums nationaux de recherche en 2004, en 2007 et en 2012 aura aussi servi de levier important. L'évolution des programmes de ces forums illustre assez fidèlement la progression des activités de recherche. Alors que celui de 2004 a été l'occasion de définir une plateforme nationale de recherche sur la santé en français selon quatre grands axes prioritaires afin de stimuler l'intérêt des chercheurs, celui de 2012 a été l'occasion d'échanger sur des résultats de recherche et d'entreprendre une réflexion sur la mobilisation des connaissances produites. Le présent numéro est issu de ce troisième forum national. Les textes qui y sont réunis font état de quelques-uns de ces résultats. Les trois premiers textes sont consacrés à la problématique de l'accès aux services de santé pour les CFSM et nous présentent quelques constats généraux.

Partant d'une recension des écrits, Parent cherche dans son texte à dépister les types de *think tanks* les plus aptes à favoriser la formation interculturelle et l'action sociale dans la prestation de soins de santé linguistiquement et culturellement appropriés à la communauté francophone de l'Alberta. Il y constate une remise en question grandissante de l'approche hypothético-déductive pour résoudre des problématiques socioculturelles complexes et un virage vers une orientation interdisciplinaire de modes d'enquête et de recherche-action basés sur le paradigme émergent du « changement systémique intégral ».

De Moissac, Giasson et Roch-Gagné abordent la situation des Franco-Manitobains quant à l'accès aux services de santé dans la perspective des usagers. Si on y fait le constat de progrès considérables dans l'offre de services et la formation de professionnels dans le domaine des services sociaux et de santé en français depuis les 30 dernières années, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre un niveau d'accès souhaitable. On note, par exemple, qu'en moyenne 50 % des francophones demandent des services en français, mais que seulement 25 % les reçoivent. On attribue à la pénurie de professionnels pouvant offrir des services en français cet important écart entre l'offre de soins et la demande.

Le texte de Bouchard, Batal, Imbeault, Sedigh, Silva et Sucha examine plus particulièrement la population âgée de 65 ans et plus de l'Ontario. On y met à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle l'appartenance à la minorité francophone entraîne une inégalité d'accès aux ressources sociales et une plus grande précarité comparativement à la majorité anglophone. On y traite également au passage de l'incidence de la position socioéconomique sur l'état de santé des personnes âgées.

Pour leur part, Michaud, Forgues et Guignard Noël abordent l'accès des aînés aux services de santé en français dans la perspective des résidences collectives. Leur article examine l'espace francophone constaté dans trois provinces canadiennes : le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario. Ils y présentent des résultats notamment en termes de répartition géographique des résidences et de la population d'aînés francophones, ainsi qu'à l'égard du contexte réglementaire des foyers d'aînés. Ils nous proposent, enfin, des actions susceptibles d'améliorer la situation.

Les deux textes qui suivent explorent la question plus spécifique de la formation des professionnels de la santé à l'offre active des services en français. Benoît, Dubouloz, Guitard, Brosseau, Kubina, Savard et Drolet s'intéressent au besoin de formation des professionnels de la santé et des services sociaux à la réalité de l'offre active des services en français, de manière à ce qu'ils contribuent activement à l'accès à des services mieux adaptés aux besoins des francophones vivant en situation minoritaire. Les auteures proposent d'identifier des approches pédagogiques congruentes et des contenus de formation significatifs pouvant améliorer et bonifier, en ce sens, la formation des futurs professionnels.

Savard, Casimiro, Bouchard, Benoît, Drolet et Dubouloz se questionnent, pour leur part, sur la manière d'évaluer l'atteinte de l'objectif d'offrir activement des services sociaux et de santé en français dans les communautés francophones en situation minoritaire, et de mieux outiller les professionnels francophones et francophiles à cette fin. Elles cherchent à concevoir un outil de mesure des comportements individuels de l'offre active des intervenants et des étudiants en stage clinique, ainsi que de la perception qu'entretiennent ces derniers du soutien organisationnel à l'offre active.

Comme nous l'affirmions plus tôt, la responsabilité d'assurer l'accès aux services de santé en français ne repose pas uniquement sur les épaules des professionnels, mais requiert une organisation appropriée des services et une gestion des ressources qui prenne en compte la dimension linguistique. Les deux textes qui suivent traitent de ces questions.

Bahi et Forgues analysent les modalités de prise en compte de la langue dans l'organisation des services de santé au sein des établissements majoritairement anglophones. Leur examen porte sur les dimensions organisationnelles et environnementales en milieu hospitalier. On y traite tout autant de la volonté de l'administration et des professionnels de la santé des établissements hospitaliers, que de l'émergence d'une demande active de services en français ou de la volonté politique, juridique et réglementaire des autorités gouvernementales.

Bouchard et Vézina s'intéressent, quant à eux, à la question plus spécifique de la disponibilité des ressources humaines, des jeunes professionnels en particulier. Ils soulignent, en effet, que l'accès à des services de santé de qualité pour les communautés francophones en situation minoritaire repose en bonne partie sur la présence de jeunes professionnels francophones engagés et motivés. Ainsi, les gestionnaires des établissements de santé doivent élaborer des stratégies de recrutement/rétention qui tiennent compte des aspirations et des valeurs des jeunes, non seulement à l'égard du travail, mais également de la langue et du développement de leur communauté d'origine. Ils nous proposent enfin quelques pistes d'action susceptibles de favoriser l'engagement des jeunes appelés à devenir des ambassadeurs de services de santé en français de qualité.

Nous concluons le présent numéro par un texte traitant de l'état de la recherche et de la mobilisation des connaissances au profit de l'accès aux services de santé en français. Ainsi, Vézina présente un bilan des activités en recherche soutenues par le CNFS depuis 2004, selon l'orientation des connaissances produites et des pistes d'action qui en résultent. Il traite également de la mobilisation des connaissances, des défis de l'engagement du milieu dans la planification de la recherche, sa réalisation et la mise en pratique des résultats en particulier. Son analyse le conduit à fournir quelques indications sur les atouts et les défis du rapprochement entre chercheurs et communautés et à proposer quelques pistes d'action à cet effet.

Ce recueil de textes témoigne de la variété des problématiques abordées et de leur pertinence, non seulement sur le plan des savoirs relatifs aux enjeux associés à l'accès aux services de santé pour les CFSM, mais également sur celui de leur potentiel d'influence sur l'action à mener auprès des établissements et des communautés concernées. En fait, les solutions pour un meilleur accès aux services de santé requièrent la production d'un corpus de connaissances issues de la recherche. Il faut documenter l'effet du manque d'accès à des services de santé de qualité dans leur langue chez les CFSM ainsi que les stratégies à mettre en place pour contrer leurs difficultés d'accès.

Références

- ADLER, Nancy E., W. Thomas BOYCE, Margaret A. CHESNEY, Susan FOLKMAN et S. Leonard SYME (1993). “Socioeconomic inequalities in health; no easy solution”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, no 24, p. 3140-3145.
- BERNARD, Roger (2000). À la défense de Montfort, Gatineau, Nordir, 57 p.
- BOWEN, Sarah (2001). “Barrières linguistiques dans l’accès aux soins de santé”, Ottawa, Santé Canada, 141 p. En ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php> (consulté en mai 2012).
- FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE DU CANADA (FCFA) (2001). *Santé en français : pour un meilleur accès à des services de santé en français*, étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, FCFA.
- FORGUES, Éric, Boniface BAH et Jacques MICHAUD (2011). *L’offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- FOX, Sarah A., et Judith A. STEIN (1991). “The effect of physician-patient communication on mammography utilization by different ethnic groups”, *Medical Care*, vol. 29, no 11, p. 1065-1082.
- JOHNSTONE, Megan-Jane, et Olga KANITSAKI (2006). “Culture, language, and patient safety: Making the link”, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18, no 5, p. 383-388.
- LEE, Edward D., Carl R. ROSENBERG, Diane M. SIXSMITH, Dorothy PANG et Joseph ABULARRAGE (1998). “Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission?”, *Academic Emergency Medicine*, vol. 5, no 1, p. 86-89.
- LESON, Sean, et M. Eric GERSHWIN (1996). “Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. III. Observations in young adults”, *Journal of Asthma*, vol. 33, no 1, p. 27-35.
- MANSON, Aaron (1988). “Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma”, *Medical Care*, vol. 26, no 12, p. 1119-1128.
- RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L’ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD (RSSFIPE) (2007). *Les répercussions des problèmes de communication sur la prestation de soins de santé de qualité aux communautés et patients de langue minoritaire*, Wellington, RSSFIPE, 76 p. En ligne : http://santeipe.ca/wp-content/uploads/Expos_Position_RSSF_FR.pdf
- WATT, Ian S., Denise HOWEL et Leon LO (1993). “The health care experience and health behaviour of the Chinese: A survey based in Hull”, *Journal of Public Health Medicine*, vol. 15, no 2, p. 129-136.

Mots clés

Accès aux services, minorité linguistique, déterminants de la santé, langue et sécurité des soins

Correspondance

suzanne.dupuis-blanchard@umoncton.ca
sylvain.vezina@umoncton.ca

Introduction

Research Benefiting Better Access to Health Care Services in French

Suzanne Dupuis-Blanchard

Guest Editor

Université de Moncton

Sylvain Vézina

Guest Editor

Université de Moncton

While the presence of a network of Francophone schools and post-secondary training institutions has long been considered an essential condition for the vitality and even the survival of Francophone communities in a minority situation (FCMS) in Canada, it is only very recently that attention has focused on the access to health care services in the language of the minority. This awakening is generally attributed to the so-called “Montfort crisis” which erupted in 1997 when the government of Ontario threatened to close Hôpital Montfort, the only Francophone university hospital in the province. This crisis had the effect of an electric shock throughout the Francophone communities in a minority situation in Canada who suddenly discovered not only the vulnerability of their health care institutions but also their importance for the survival of the French language and culture in the country. Access to quality health care services in French thus became a key issue that mobilized the communities and gradually rallied the support of an increasing number of researchers.

The issue of accessing health care services

The issue of accessing health care services was well defined in 2001 in a document published in Canada by the Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA). Defining accessibility as the possibility to obtain service in French (FCFA, 2001: 19), the authors estimated that between 50% and 55% of Francophones had no (i.e. in less than 10% of the situations) or little (i.e. between 10% and 30% of the situations) access to health care services in French (FCFA, 2001: 25). There were significant regional differences and the picture became much bleaker if the cities of Ottawa and Moncton were excluded.

Accessibility to health care services in one's own language means much more than respect for the culture of the user of the service. As the FCFA indicates, it is an indispensable component in order for the minority language population to improve its health status and to take responsibility for its own health.

Culture, which includes language, is considered to be a health determinant. However, linguistic and cultural obstacles can lead not only to an under-utilization of front line health care facilities, but also an over-utilization of emergency services (Adler, Boyce, Chesney, Folkman and Syme, 1993; Fox and Stein, 1991; Manson, 1988; Watt, Howel and Lo, 1993).

In a study conducted by Lee and his team (Lee, Rosenberg, Sixsmith, Pang and Abularrage, 1998), it was observed that adults who do not speak the same language as the health care provider had a 70% higher risk of being admitted to hospital than patients who spoke the same language as their health care provider. To explain this finding, the authors suggested that a health care provider dealing with a patient who has difficulty communicating is more likely to have the person admitted to hospital as a precautionary measure. It was also noted that there was a greater propensity to prescribe additional tests for this type of patient to compensate for the inadequate communication (Bowen, 2001, quoted by the Prince Edward Island Réseau des services de santé en français, 2007).

Starting with the premise that over 70% of the information on which doctors base their diagnosis comes from information provided by the patient on his/her illness and from the medical examination, it is obvious that anything that jeopardizes the quality of the information also undermines the quality of the care provided. A study carried out by LeSon and Gershwin (1996), for example, shows that asthmatics living in the United States who do not speak English are 17 times more likely to be intubated.

In short, the language barrier affects the equity of access to health care, the quality of the care and the safety of the patient from the linguistic minority. Any communication problem increases the risk of diagnostic and treatment errors and reduces the level of patient compliance regarding the treatment prescribed. This in turn compromises the efficacy and gives rise to frustration.

When health care systems do not provide equitable care and equitable access to care, they can worsen social disparities and become a factor in the deterioration of the health status of the population (Bowen, 2001). The quality and the delivery of the services in the patient's language can thus be closely linked.

Unfairness in the delivery of services has a negative impact on the individual and on his/her entire linguistic community. As Bernard (2000) explains, because of the minority situation, the Francophone is constantly obliged to adapt his/her language to the context in which he/she functions. It is not a question of preference or desire, but of adapting after

becoming aware of the limitations of his/her language. The historical lack of status given to the French language, which is characteristic of certain regions, has influenced the behaviour of Francophones. Therefore, in the Canadian context where English is the dominant language, French has often been reserved for private life. In fact, in a bilingual situation, it is the unilingual individuals who dictate the choice of the language of conversation.

Bernard (2000) describes how a Francophone quickly grasps that the working language is English when he/she arrives in a bilingual but culturally and linguistically English health care establishment. If he/she is bilingual or capable of getting along in English, which is usually the case of Francophones living in a minority context, he/she will speak in English out of habit or as a natural reflex in order to obtain services more quickly. The use of English by Francophones can undermine the sense of belonging and foster assimilation, and by the same token weakening the vitality of the Francophone community as a whole.

Considering the undeniable impact of the language of service on the quality and safety of health care, access to health care services in French becomes a crucial issue for Francophones living in a minority situation.

In order to protect the interests of patients from a linguistic minority group who are seeking quality services in complete safety, the link between patient, culture, language and safety must be officially recognized and the patients' vulnerabilities must be clearly defined and actively rectified through patient safety procedures and systems (Johnstone and Kanitsaki, 2006, quoted by the Prince Edward Island Réseau des services de santé en français, 2007).

However, health care professionals should not be the only ones responsible for the delivery of health care services in French. They should benefit from an organizational support, in particular from administrators (Forgues, Bahi and Michaud, 2011). Organizational leadership regarding access to services in French should manifest itself in a number of ways: adoption of clear policies; recruitment of Francophone personnel up to and including the administrative team; planning and allocation of human resources; inclusion of the evaluation of French-language services in the evaluation of the institution itself; and accountability to the Francophone population.

Access to quality health care services for Francophone communities in a minority situation is a complex and multidimensional problem. Whether the numerous research questions are medical, socio-political, organizational or cultural, they constitute a field of study that deserves the attention of a growing number of researchers.

That said, compared to the established parallel with education, there is a significant gap from the point of view of the research output. While research output in the field of education is solid, regular and well substantiated, it is still in the development phase with regard

to health-related issues. For several years, however, there has been a notable increase thanks in part to the Consortium national de formation en santé (CNFS) which was founded in 2003 in order to support the efforts for access to health care, primarily through the training of competent Francophone health professionals. Despite the limited resources allocated to research development, the CNFS has contributed significantly by putting health related problems on the agenda and by drawing the attention of an increasing number of researchers.

Whether the modest financial support of the CNFS has come from institutional members or from the national office, it has resulted in a variety of initiatives. These include the emergence of an increasing number of researchers in the field of health related issues in official language communities in a minority situation, the formation of numerous research groups devoted to the health of populations in a minority situation, and the 2014 creation of a research chair in aging populations.

The national research forums held in 2004, 2007 and 2012 also provided an important stimulus. The evolution of the programs of these forums reflects the progress of the research activities. The 2004 forum defined a national research platform on health in French in four main priority areas in order to stimulate the interest of researchers, whereas the 2012 forum served as an opportunity to share research results and to reflect on the mobilization of knowledge generated. The current issue of the journal stems from the third national forum. The various articles explore some of the results. The first three articles focus on access to health care services for Francophone communities in a minority situation and provide a number of general observations.

Starting from a literature review, Parent attempts to locate the types of “think tanks” that would be most likely to encourage inter-cultural training and social action for the delivery of linguistically and culturally appropriate health care services in the Francophone community of Alberta. He notes a growing tendency to question the hypotheticodeductive approach as a way of solving complex socio-cultural issues and to move towards an interdisciplinary focus for survey modes and research action based on the emerging paradigm of “integral and systemic change.”

De Moissac, Giasson and Roch-Gagné examine the access of Franco-Manitobans to health care services from the perspective of the users. The authors point out that there has been considerable progress in the delivery of services and the training of professionals in the field of social and health care services in French over the past 30 years, but that there is still a lot to be done to reach the recommended level of access. They note, for example, that on average 50% of Francophones request services in French, but only 25% receive them. The big gap between supply and demand is attributed to the shortage of professionals capable of offering services in French.

In their article, Bouchard, Batal, Imbeault, Sedigh, Silva and Sucha focus on the population aged 65 years and older in Ontario. They tested the hypothesis that belonging to the Francophone minority implies inequality of access to social resources and greater insecurity compared to the Anglophone majority. They also examine the impact of the socio-economic position on the health status of the elderly.

Michaud, Forgues and Guignard Noël explore the access of seniors to health care services in French in the context of residential homes. They focus in particular on the Francophone space in three Canadian provinces: New Brunswick, Nova Scotia and Ontario. Their results are presented in terms of the geographical distribution of the homes and of the Francophone seniors, as well as the regulatory context of homes for the elderly. The authors conclude by proposing actions that could improve the situation.

The next two articles explore the more specific issue of training health care professionals to deliver services in French. Benoît, Dubouloz, Guitard, Brosseau, Kubina, Savard and Drolet focus on the necessity to train health care and social services professionals for the reality of active delivery of services in French so that they are better adapted to the needs of Francophones living in a minority situation. The authors propose the development of appropriate pedagogical approaches and pertinent training content that would improve and enrich the training of future professionals.

In their article, Savard, Casimiro, Bouchard, Benoît, Drolet and Dubouloz ask how one can reach the goal of active delivery of health care and social services in French in Francophone communities in a minority situation and how one can better equip Francophone and Francophile professionals for this purpose. They are looking to design a tool for measuring individual behaviours of active delivery on the part of the health care workers and students at the clinical stage and the perception of the latter regarding the organizational support for active delivery.

As noted earlier, the responsibility of ensuring access to health care services in French does not rest solely on the shoulders of the professionals. On the contrary, it requires an appropriate organization of services and management of resources that takes into account the linguistic dimension. The next two articles examine these questions.

Bahi and Forgues analyze the modalities of taking language into account in the organization of health care services in the context of institutions that are primarily English-speaking. They focus on the organization and environment of hospitals. Their analysis deals as much with the will of the hospital administration and healthcare professionals, as with the emergence of active demands for services in French or of the political, legal and regulatory will of the governmental authorities.

Bouchard and Vézina, on the other hand, are interested in the more specific question of the availability of human resources, in particular of young professionals. In fact, the authors point out that access to quality health care services for Francophone communities in a minority situation rests in large part on the presence of young Francophone professionals who are engaged and motivated. Administrators of health care establishments should thus devise recruitment/retention strategies that take into account the aspirations and values of these young people, not only with regard to their work, but also to the language and development of their community of origin. Bouchard and Vézina propose several avenues for action that could encourage the commitment of young people who are called upon to become the ambassadors of quality health care services in French.

This issue of the journal concludes with a text dealing with the status of research and the mobilization of knowledge benefiting access to health care services in French. Vézina thus presents an overview of the research activities supported by the CNFS since 2004 as related to the direction of the knowledge generated and the resulting avenues for action. He also examines the mobilization of knowledge, the challenges of the commitment of the milieu with regard to the planning and completion of research and the implementation of the results. His analysis provides several indications of the strengths and challenges of the rapprochement between researchers and communities and suggests a number of avenues for action for this purpose.

This collection of articles illustrates the variety of issues examined and their relevancy not only with regard to knowledge of the challenges associated with access to health care services in French for Francophone communities in a minority situation, but also with regard to their potential influence on action to be taken with the institutions and communities involved. In fact, the solutions for better access to health care services require the production of a body of knowledge based on research. The lack of access to quality health care services in French in Francophone communities in a minority situation must be documented along with the strategies to be put in place to counter the difficulties of access.

References

- ADLER, Nancy E., W. Thomas BOYCE, Margaret A. CHESNEY, Susan FOLKMAN and S. Leonard SYME (1993). "Socioeconomic inequalities in health; no easy solution", *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, no. 24, p. 3140-3145.
- BERNARD, Roger (2000). *À la défense de Montfort*, Gatineau, Nordir, 57 p.
- BOWEN, Sarah (2001). "Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé", Ottawa: Health Canada, 141 p. On line: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-fra.php> (consulted in May 2012).

- FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE DU CANADA (FCFA) (2001). *Santé en français : pour un meilleur accès à des services de santé en français*, a study organized by the Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa: FCFA.
- FORGUES, Éric, Boniface BAH and Jacques MICHAUD (2011). *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*, Moncton: Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- FOX, Sarah A. and Judith A. STEIN (1991). "The effect of physician-patient communication on mammography utilization by different ethnic groups", *Medical Care*, vol. 29, no. 11, p. 1065-1082.
- JOHNSTONE, Megan-Jane and Olga KANITSAKI (2006). "Culture, language, and patient safety: Making the link", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18, no. 5, p. 383-388.
- LEE, Edward D., Carl R. ROSENBERG, Diane M. SIXSMITH, Dorothy PANG and Joseph ABULARRAGE (1998). "Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission?", *Academic Emergency Medicine*, vol. 5, no. 1, p. 86-89.
- LESON, Sean and M. Eric GERSHWIN (1996). "Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. III. Observations in young adults", *Journal of Asthma*, vol. 33, no. 1, p. 27-35.
- MANSON, Aaron (1988). "Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma", *Medical Care*, vol. 26, no. 12, p. 1119-1128.
- RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD (RSSFIPE) (2007). *Les répercussions des problèmes de communication sur la prestation de soins de santé de qualité aux communautés et patients de langue minoritaire*, Wellington: RSSFIPE, 76 p. On line: http://santeipe.ca/wp-content/uploads/Expos_Position_RSSF_FR.pdf
- WATT, Ian S., Denise HOWEL and Leon LO (1993). "The health care experience and health behaviour of the Chinese: A survey based in Hull", *Journal of Public Health Medicine*, vol. 15, no. 2, p. 129-136.

Keywords

Access to services, linguistic minority, determinants of health, language and healthcare safety

Contact

suzanne.dupuis-blanchard@umoncton.ca
sylvain.vezina@umoncton.ca