



Conseil communauté
en santé du Manitoba

Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français

Improving St. Boniface and St. Vital Senior's Access to French-language Health Services

Objectif 5

Description des expériences de trajectoires individuelles de soins
de santé en français pour les aînés

Objective 5

Description of Experiences of Seniors' Individual Trajectories in
French-language Health Care

Sophie Éthier, Halimatou Ba, Louise Belzile, Maryanne Gagné et Margaux Roch-Gagné

Université de Saint-Boniface
Octobre 2012

English version follows

Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint- Vital aux services de santé en français

Objectif 5

Description des expériences de trajectoires
individuelles de soins de santé en français pour les
aînés

Sophie Éthier, Halimatou Ba, Louise Belzile, Maryanne Gagné et Margaux
Roch-Gagné

Université de Saint-Boniface
Octobre 2012

Ce rapport est une initiative du Conseil communauté en santé du Manitoba et a été rendu possible grâce au financement accordé par la Société Santé en français par l'entremise de Santé Canada.

Le présent rapport peut être reproduit en tout ou en partie, à la condition de mentionner la source.

Comment citer ce rapport:

Éthier, S., Ba, H., Belzile, L., Gagné, M. et Roch-Gagné, M. (octobre 2012). Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français : Objectif 5 - Description des expériences de trajectoires individuelles de soins de santé en français pour les aînés. Rapport pour le compte du Conseil communauté en santé du Manitoba, déposé en octobre 2012, 68 pages. Université de Saint-Boniface, Winnipeg (Man.).

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	v
Liste des tableaux.....	vi
1. Introduction.....	1
1.1 Mise en contexte et objectif de la recherche.....	1
1.2 Méthodologie.....	3
1.2.1 Outil de cueillette et d'analyse des données.....	3
1.2.2 Recrutement des participants.....	5
2. Profils sociodémographiques des participants.....	6
3. État de santé des aînés.....	9
3.1 Problèmes de santé des aînés.....	9
3.2 Utilisation des services pour leurs problèmes de santé.....	13
3.3 Recherche ou non de services de santé en français.....	16
4. Accès aux services en français.....	19
4.1 Démarches effectuées pour accéder aux services de santé.....	19
4.2 Expériences d'accès aux services de santé.....	21
4.3 Relations avec le personnel prestataire des services de santé.....	26
5. Organisation des services en français.....	30
5.1 Transfert de la responsabilité vers les aidants.....	30
5.2 Privatisation des services.....	31
5.3 Politique officielle d'assimilation des francophones.....	32
6. Défis de l'accès et de l'organisation des services en français.....	33
6.1 Facteurs facilitant l'accès et l'utilisation des services en français.....	37

6.2 Obstacles à l'accessibilité et à l'utilisation des services en français.....	39
6.3 Propositions d'amélioration de l'accès ou de l'utilisation des services de santé en français.....	43
6.3.1 Augmenter et former le personnel francophone.....	43
6.3.2 Augmenter l'offre active de services en français.....	45
6.3.3 Sensibiliser les francophones à leur droit d'obtenir des services de santé en français.....	45
6.3.4 Améliorer l'environnement des lieux de soins	46
7. Conclusions et recommandations.....	47
8. Limites de l'étude	51

Annexes

1. Schéma d'entrevue auprès des aînés.....	54
2. Schéma d'entrevue auprès des aidants.....	56
3. Questionnaire sociodémographique pour les aînés.....	58
4. Questionnaire sociodémographique pour les aidants.....	60
5. Formulaire de consentement pour les aînés.....	63
6. Formulaire de consentement pour les aidants.....	66

REMERCIEMENTS

La réalisation d'un tel rapport est un travail d'équipe. Et comme une équipe ne peut exceller sans l'effort et le travail concerté de plusieurs personnes, il est naturel de souligner la participation de chacune d'entre elles. Premièrement, nous aimerions remercier sincèrement les aînés et les aidants¹ qui ont accepté de partager leurs expériences sans lesquels ce travail n'aurait pu se concrétiser. Merci de votre confiance.

Merci ensuite aux assistantes de recherche, Maryanne Gagné et Margaux Roch-Gagné qui, avec respect et professionnalisme, ont effectué les entretiens auprès des aînés et des aidants. Avec l'aide de Luc Martin, elles ont également eu la tâche ardue de transcrire les entrevues qui nous a permis d'en faire l'analyse.

Merci à Louise Belzile, qui, en plus d'avoir collaboré à la rédaction du rapport, a effectué la codification et la première analyse des entrevues. Un travail qui demande de la concentration, du temps, de la rigueur et de l'expérience.

Enfin, nous reconnaissons le travail essentiel qu'ont effectué les professionnels de la santé qui ont collaboré au recrutement des aînés et des aidants. Afin de préserver le plus possible l'anonymat des aînés et des aidants, nous ne les nommerons pas. Cependant, ces professionnels sauront se reconnaître. Merci, car c'est principalement grâce à la confiance que les aînés et les aidants vous portent, qu'ils ont accepté de participer à ce projet de recherche.

¹ Bien que les femmes constituent 57 à 60 % de l'effectif des aidants (Cranswick et Dosman, 2008; Frédérick et Fast, 1999; Villeneuve, 2008), le masculin sera utilisé dans cette étude. Nous croyons en effet que l'emploi du féminin ne fait qu'accroître l'idée qu'il s'agit d'un rôle réservé aux femmes et jugeons indispensable que les hommes puissent se reconnaître dans ce rôle. En outre, le terme « aidant » sera utilisé plutôt qu'« aidant naturel », contesté au Québec, et remplacé par « proche aidant », pour ne pas confondre le lecteur avec l'aidé, que nous nommons parfois « le proche » de l'aidant.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil sociodémographique des aînés au moment de l’entrevue (n=6).....	7
Tableau 2 : Profil sociodémographique des aidants au moment de l’entrevue (n=4).....	7
Tableau 3 : Profil linguistique des aînés au moment de l’entrevue (n=6).....	8
Tableau 4 : Profil linguistique des aidants au moment de l’entrevue (n=4).....	9
Tableau 5 : État de santé perçu des aînés au moment de l’entrevue (n=6).....	10
Tableau 6 : État de santé des aînés perçu par les aidants au moment de l’entrevue (n=4).....	10

1. INTRODUCTION

1.1 Mise en contexte et objectif de recherche

Ce rapport présente le cinquième et dernier volet de l'étude *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français*. Rappelons d'abord quelques éléments des contenus et visées de chacune des parties de l'étude qui ont été complétées.

Le premier volet visait à dresser un portrait de l'état de santé des aînés francophones du Manitoba, et plus particulièrement de ceux résidant à Saint-Boniface et à Saint-Vital. Ce premier volet aura aussi permis de décrire la disponibilité et l'accessibilité aux services sociaux et de santé en français dans ces quartiers afin d'identifier les besoins des aînés en matière de services de santé.

Le second volet de l'étude a mis l'accent, d'une part, sur une recherche documentaire des services de santé et des services sociaux dispensés par les secteurs publics, communautaires sans but lucratif et privés à but lucratif, disponibles en français et répertoriés dans divers documents existants, soit l'Annuaire des services en français, onglet Santé (SFM, 2011), le Guide des services aux 55+ de Winnipeg (Conseil des francophones 55+, 2011), le Guide des aînés du Manitoba (Gouvernement du Manitoba, 2010-2011), le Guide des services de l'Office régional de la santé de Winnipeg (en ligne) et le Répertoire des professionnels francophones en santé et en services sociaux au Manitoba du Conseil communauté en santé du Manitoba (CCS, en ligne). D'autre part, une enquête systématique par l'entremise d'une visite des quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital a permis d'identifier d'autres services sociaux et de santé en français jusque-là non répertoriés.

Une recension des pratiques exemplaires dans l'offre de services de santé auprès des aînés au Manitoba, au Canada et ailleurs dans le monde a été effectuée dans le cadre du troisième volet afin de produire une synthèse des pratiques d'organisation des services permettant de suggérer des pistes pour l'offre de services aux personnes âgées francophones à Saint-Boniface et à Saint-Vital.

Le quatrième volet avait pour but, d'une part, de repérer les ressources humaines bilingues pouvant desservir les aînés en français au sein principalement des organismes publics répertoriés dans le deuxième volet en prenant en considération tout le continuum de soins. D'autre part, des entrevues effectuées auprès des gestionnaires d'établissements et de ressources humaines, ainsi que les responsables des services en langue française, ont permis de mieux comprendre les pratiques actuelles et les défis entourant le recrutement, l'embauche et la rétention des professionnels pouvant offrir un service en français dans les établissements désignés bilingues ou francophones, les établissements de soins de longue durée et les pourvoyeurs de soins à domicile à Saint-Boniface et à Saint-Vital.

Ce rapport constitue ainsi la dernière partie de l'étude et vise à décrire les trajectoires des aînés francophones dans le système de santé manitobain. Le rapport est rédigé à partir des données analysées dans une perspective constructiviste. Les données sont ainsi été interprétées sans chercher à faire le lien avec les parties précédentes de l'étude. Il constitue un tout, qui sera éventuellement mis en perspective et comparé avec les données obtenues dans les autres volets de l'étude, dans la conclusion générale de cette étude.

Ce rapport constitue une analyse des données recueillies auprès d'un échantillon de six aînés et quatre aidants dans le but de documenter différentes trajectoires de soins des aînés francophones qui résident sur les territoires de Saint-Boniface et de Saint-Vital.

La première partie consiste à dresser un portrait sociodémographique des aînés puis des aidants rencontrés en entrevue pour appuyer les vécus des trajectoires de soins qui seront présentés en détail par la suite.

Ces données proviennent du questionnaire sociodémographique complété par les aînés et les aidants en fin d'entrevue. La seconde partie rend compte de l'état de santé des aînés, des services utilisés pour répondre à leurs besoins de santé et de leur choix ou non de recourir à des services en français. La troisième partie s'intéresse au point de vue des aînés et des aidants quant à l'accessibilité aux services en français. Leurs démarches pour accéder aux services, leurs expériences en termes d'accès aux services et leurs relations avec le personnel sont discutées dans cette section du rapport. La quatrième partie, pour sa part, décrit l'organisation des services en fonction de la satisfaction générale des services reçus, de la perception de l'organisation des services ainsi que leurs propositions d'amélioration du fonctionnement. La cinquième partie traite des défis de l'offre de services en français et fait ressortir les facteurs facilitants et ceux entravant l'accès ou l'utilisation des services et suggère des propositions d'amélioration de l'offre des services en français.

1.2 Méthodologie

1.2.1 Outil de collecte et d'analyse des données

La cueillette des données sur les trajectoires de soins dans l'utilisation des services de santé en langue française ou bilingues à Saint-Boniface et à Saint-Vital, est réalisée sur la base d'entrevues individuelles auprès d'aînés et d'aidants âgés de plus de 65ans. Le choix de l'entrevue individuelle se justifie dans cette étude par le fait qu'elle permet le contact face à face avec les participants, favorise le lien de confiance nécessaire à la collecte de données en recherche qualitative et privilégie «le médium de la relation interpersonnelle» (Daunais, 1993).

L'entrevue offre ainsi une meilleure connaissance des personnes rencontrées et donne accès plus directement à leur vision du monde. Recourir à une entrevue ne vise pas à établir des faits, mais plutôt à saisir le sens et les significations que les répondants donnent aux situations qu'ils vivent (Angers, 1996).

Il existe trois niveaux d'entrevues « sur un continuum où varient le degré de liberté dans le contenu abordé, le niveau de profondeur dans la formulation des réponses et l'ampleur de la directivité dans l'attitude de l'intervieweur » (Mayer et St-Jacques, 2000 : 117). Nous avons privilégié l'entrevue semi-dirigée, le type d'entrevue le plus fréquemment utilisé, à l'aide de questions ouvertes. L'intervieweur adopte une attitude semi-directive, offrant ainsi à l'interviewé un degré limité de liberté dans la mesure où les questions sont formulées par l'équipe de recherche. Par ailleurs, les participants demeurent libres dans leurs réponses. L'intervieweur conserve une latitude pour adapter les questions au regard du déroulement de l'entrevue avec le souci d'atteindre la profondeur désirée dans les réponses (Mayer et St-Jacques, 2000).

Les entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées par des assistantes de recherche, sous la supervision étroite d'une chercheuse de l'équipe de recherche, auprès d'aînés et d'aidants qui utilisent des services de santé. Les entrevues se déroulent sur une période d'environ une heure trente (1h 30), parfois un peu moins. Les entrevues ont eu lieu chez les aînés ou chez les aidants entre les mois de septembre et octobre 2012, suite à l'obtention des certificats d'éthique de l'Université de St-Boniface et de l'Office régional de la santé de Winnipeg.

Le schéma d'entrevue auprès des aînés et celui auprès des aidants (Annexes 1 et 2) comprennent quatre volets qui traitent respectivement de l'état de santé des aînés, de leur point de vue sur le processus d'accès aux services de santé en français, de l'utilisation de ces services et des défis associés à la disponibilité et à l'utilisation des services en français.

Le schéma d'entrevue a été développé par les chercheuses principales, en tenant compte des résultats des quatre premiers objectifs, et a été approuvé par le groupe de travail appuyant le projet au Conseil communauté en santé. Un questionnaire sociodémographique a été rempli à la fin de l'entrevue par les aînés et les aidants (Annexes 3 et 4).

Les entrevues sont enregistrées sur bande audio et transcrites par la suite pour permettre leur analyse en profondeur selon la perspective épistémologique mixte de Miles et Huberman (2003) qui reconnaît à la fois l'objectivité du monde social et le rôle des significations construites par les acteurs.

Les analystes, une chercheuse de l'équipe et une assistante de recherche, ne sont pas les mêmes que celles ayant conduit puis transcrit les entrevues. Elles possèdent ainsi un regard neuf sur les trajectoires de soins. Les transcriptions des entrevues sont codées selon une grille d'analyse conçue à partir du schéma d'entrevue. Ces codes sont par la suite catégorisés afin de permettre leur regroupement, mais aussi pour les inscrire dans une perspective plus large. Le logiciel de traitement de texte Word a permis la réduction des données à l'aide de tableaux thématiques servant à illustrer chacune des trajectoires individuelles des aînés, puis de tableaux synthèses.

1.2.2 Recrutement des participants

Les participants sont soit des aînés de 65 ans et plus ayant accès aux soins de santé à Saint-Boniface et à Saint-Vital, soit des membres de famille, identifiés comme des aidants naturels ou qui se reconnaissent dans un tel rôle. Pour faciliter l'identification des répondants potentiels, l'équipe de recherche a bénéficié de la collaboration des personnes ressources au sein d'institutions, d'organismes et de programmes ciblés tels que le Centre de santé Saint-Boniface. D'autres aînés et aidants naturels de la communauté intéressés à participer ont contacté directement l'équipe de recherche. Ces derniers ont été avisés par la Fédération des aînés francophones du Manitoba (FAFM), la Société franco-manitobaine (SFM) ou par une publicité dans la Liberté, à l'aide d'affiches ou encore par du bouche-à-oreille.

Le recrutement puis la sélection des participants se sont faits de manière à ce qu'un maximum de services soit touché sur le continuum des soins et services de santé. Également, nous avons privilégié une diversité de problèmes de santé. Pour des considérations éthiques évidentes, seules les personnes atteintes de troubles cognitifs ont été exclues de l'étude.

Dans ces cas, afin de connaître leurs expériences, nous avons rencontré des aidants en mesure de nous en parler. Une fois que les aînés ou les aidants ont été identifiés par les personnes ressources, l'équipe de recherche les a joints par téléphone.

Une explication de l'objectif de la recherche, la durée de l'entrevue et l'obtention de leur consentement ont été discutées lors de ce premier contact avec les participants potentiels. Suite à leur consentement verbal, nous résumions brièvement les points essentiels qui allaient être abordés dans les entrevues, leur permettant ainsi de connaître à l'avance le contenu de l'entretien. Un rendez-vous fut ensuite fixé pour l'entrevue. Au moment de l'entrevue, les aînés et les aidants ont pris connaissance puis signé un formulaire de consentement à leur participation à l'étude (Annexe 5 et 6).

2. Profils sociodémographiques des aînés

Les six aînés rencontrés en entrevue dans le cadre de cette partie de l'étude concernant les trajectoires de soins sont âgés entre 65 et 78 ans, la moyenne d'âge étant de 71 ans. Quatre d'entre eux sont des femmes. Concernant leur statut civil, la moitié d'entre eux sont toujours mariés, deux sont séparés ou divorcés et un est veuf. Tous ont des enfants (entre 1 et 5 enfants) qui, la plupart, vivent à proximité, soit à moins de 20km de leur parent. Les aînés de cet échantillon possèdent un niveau d'éducation supérieur aux aînés francophones du Manitoba² puisque la moitié d'entre eux détiennent un diplôme d'études secondaires, deux ont obtenu leur diplôme collégial et un possède un diplôme universitaire.

Quatre aînés évaluent leurs revenus annuels (personnel ou de couple) entre 20 001\$ et 40 000\$ alors que les deux autres ont préféré de pas répondre à cette question. Ces quelques données, présentées ici au Tableau 1, nous permettent de mieux comprendre qui sont les aînés ayant participé à cette étude.

²Fédération des aînées et aînés francophones du Canada (2010).
<http://www.faaafc.ca/sites/default/files/Profil%20statistique%20-%202006%20-%20Version%20finale.pdf>

Tableau 1**Profil sociodémographique des aînés au moment de l'entrevue (n=6)**

Aînés	Genre	Âge	Scolarité complétée	Revenu annuel (\$)	Statut civil	Nombre enfants	Nb enfants -20km
025	F	65	Collég/ prof	___	veuve	1	1
026	M	73	Secondaire	20001-40000	marié	2	1
027	M	64	Secondaire	20001-40000	marié	3	3
028	F	78	Collég/ prof	20001-40000	sép./div	5	4
029	F	75	Universitaire	20001-40000	mariée	2	___
030	F	72	Secondaire	___	sép/div	3	___

Légende : Collég/prof : collégiale/ professionnelle ___ : pas de réponse Sép/div : séparé ou divorcé

Quatre aidants ont participé à l'étude. Les aînés dont ils avaient la responsabilité étaient soit décédé (n=1) ou étaient atteints d'importants déficits cognitifs (n=2) ou d'élocution (n=1). Bien que ces aidants soient eux-mêmes âgés de plus de 65 ans, ils ont surtout discuté de la situation de leur proche aîné et pas forcément de la leur. Deux aidantes nous ont parlé de leur époux et deux de leur parent (mère ou père). Le Tableau 2 suivant illustre ces données.

Tableau 2**Profil sociodémographique des aidants au moment de l'entrevue (n=4)**

Aidants	Genre	Âge	Scolarité complétée	Revenu annuel (\$)	Statut civil	Lien avec l'aîné
001	H	65	Universitaire	___	marié	fil
002	F	68	Universitaire	Plus de 60 001\$	mariée	fil
003	F	___	Secondaire	___	veuve	épouse
004	F	67	Secondaire	___	mariée	épouse

Légende : ___ : pas de réponse

Des données ont aussi été recueillies afin de mieux connaître le profil linguistique des participants. D’abord, le lieu de résidence. La plupart des aînés et des aidants ne sont pas nés à Saint-Boniface ou à Saint-Vital. Ils ont vu le jour à Saint-Pierre, Saint-Norbert, Morris, Notre-Dame-de-Lourdes ou encore à Saint-Labres, à Saint-Agathe ou à Mariapolis. Cinq des six aînés sont toutefois installés dans les quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital depuis longtemps, soit entre 42 ans jusqu’à 66 ans : ils y ont donc vécu la plupart de leur existence.

Quant à la langue, un aîné et un aidant mentionnent l’anglais et le français comme langues maternelles, alors que les autres identifient uniquement le français. Le français est aussi la langue la plus fréquemment utilisée à la maison par quatre aînés sur six et trois aidants sur quatre. La moitié des aînés et les $\frac{3}{4}$ des aidants mentionnent néanmoins que la langue de communication avec la famille ou les amis est l’anglais. Deux aînés et deux aidants utilisent le français dans toutes les sphères de leur vie familiale et sociale, y compris dans leur communauté. Les autres sont donc partagés entre les deux langues selon les circonstances et en fonction des personnes avec lesquelles ils sont en interaction. Les Tableaux 3 et 4 suivants résument ces données linguistiques pour les aînés et les aidants respectivement.

Tableau 3
Profil linguistique des aînés au moment de l’entrevue (n=6)

Aîné	Lieu naissance	Nb année à St-Vital ou St-Boniface	Langue maternelle	Langue maison	Langue famille	Langue amis	Langue communauté*
025	NDL	42	F	F	F	F-A	F-A
026	St-Norbert	1	F	F-A	F-A	A	A
027	Morris	46	F	F	F-A	F	F
028	St-Boniface	78	F-A	F-A	F	F	F
029	St-Pierre	47	F	F	F	F	F
030	St-Labres	68	F	F	F	F	F

Légende :F : français A : anglais

* correspond à la langue parlée dans la communauté, en dehors de la famille et des amis (commerces, services et autres)

Tableau 4
Profil linguistique des aidants au moment de l'entrevue (n=4)

Aidant	Lieu naissance	Lieu de résidence actuel	Langue maternelle	Langue maison	Langue famille	Langue amis	Langue communauté*
001	Mariapolis	St-Vital	F	F	F	F-A	F
002	St-Boniface	St-Boniface	F	F	F	F	F
003	Ste-Agathe	St-Boniface	F	F-A	F-A	F-A	F-A
004	St-Boniface	St-Boniface	F-A	F	F	F-A	F-A

Légende :F : français A : anglais

* correspond à la langue parlée dans la communauté, en dehors de la famille et des amis (commerces, services et autres)

3. État de santé des aînés

3.1 Problèmes de santé des aînés

L'état de santé des aînés dans cette étude a été investigué par des questions portant sur la perception qu'ils ont de leur propre état de santé. Ces données n'ont toutefois pas été corroborées par l'analyse des dossiers médicaux. Ainsi, le questionnaire sociodémographique comprenait deux questions à ce sujet. La première question était ainsi formulée, selon qu'elle s'adressait directement à l'aîné ou à (l'aidant) : *En comparaison avec les gens de votre groupe d'âge (ou de son groupe d'âge), comment évaluez-vous votre état de santé (ou l'état de santé la personne âgée dont vous êtes l'aidant) ?* Les aînés ou les aidants devaient répondre à partir d'une échelle de Likert en 5 points variant de « Excellent » à « Très mauvais ». Deux aînés s'estiment en « très bonne » santé, deux aînés se disent en « bonne santé », ce qui est aussi la réponse qu'ont donné deux aidants en regard de la santé de l'aîné dont ils s'occupent en excluant le problème de démence (puisque le reste de la santé était bonne).

Bref, 60% des aînés semblent se percevoir en bonne ou très bonne santé. Par contre, un aîné et un aidant ont indiqué « mauvaise » et un aîné et un aidant « très mauvaise » santé.

Ainsi, 40% des aînés s'estimeraient (ou seraient considérés par leur aidant) en mauvaise ou très mauvaise santé.

La seconde question, celle-là uniquement posée aux aînés, visait à connaître le principal problème de santé. Le diabète est mentionné trois fois, deux aînés ont relevé des problèmes articulaires (genou et hanche), un mentionne des problèmes cardiaques pendant qu'un dernier avoue avoir des problèmes d'incontinence fécale. Le Tableau 5 illustre les données relatives à l'état de santé tel que perçu par les aînés au moment de l'entrevue.

Tableau 5
État de santé perçu des aînés au moment de l'entrevue (n=6)

Aînés	Perception de l'état de santé	Principal problème de santé
025	Très bon	Problème de hanche
026	Très mauvais	Diabète
027	Bon	Mal de genou
028	Mauvais	Coeur et diabète
029	Très bon	Diabète
030	Bon	Incontinence fécale

Tableau 6
État de santé des aînés perçu par les aidants au moment de l'entrevue (n=4)

Aînés	Perception de l'état de santé
001	Bon
002	Mauvais
003	Bon
004	Très mauvais

C'est au cours de l'entrevue que les aînés et les aidants ont parlé plus en détail des problèmes de santé rencontrés. Cette première partie de l'entrevue consistait à faire ressortir les problèmes de santé, les services utilisés pour y répondre et la recherche ou non de services de santé en français.

Certains aînés de notre échantillon semblent en bonne santé malgré la présence de maladie chronique, corroborant ainsi la définition de la santé que donne l'Organisation mondiale de la santé : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (OMS, 1946). Voici quelques propos démontrant la perspective des participants quant à leur état de santé :

Ca va franchement assez bien. Sauf que j'ai le diabète type 2 et bon je vois mon médecin à tous les trois mois et puis ben bon... c'est ça. Sans ça je me sens assez bien. Je commence à avoir un peu d'arthrite, un début d'ostéoporose dans ma hanche et possiblement dans l'épaule droite. (Aînée 029)

Physiquement ma mère est en très très bonne santé, mentalement elle est perdue. (Aidant 001)

Bien je veux dire que je pense que je suis en bonne santé, mais comme j'ai des problèmes de hanche, pis ça fait longtemps. (Aînée 025)

Il semble néanmoins que les aînés souffrent de plusieurs problèmes de santé chroniques et complexes : diabète, difficulté pulmonaire et circulatoire, problèmes rénaux nécessitant dialyse, fibrillation artérielle, hypertension, douleur chronique généralisée, infections nosocomiales, triple pontage, artérioplastie de la jambe, tumeur, maladie héréditaire causant de la spasticité, anxiété, maladie de Crohn, maladie coeliaque, ostéoporose, etc. Chacun des aînés cumule plusieurs problèmes concomitants, tel qu'énoncé ci-bas :

C'est mon cœur, il pompe trop vite (...). Ça fait que là je suis sous médication pour éclaircir mon sang puis j'ai ben de la misère avec cette drogue-là. C'est du poison à rat (...). J'ai deux genoux artificiels, une hanche artificielle et la moitié d'une épaule. Un genou puis l'épaule, c'est [à cause] de l'infection. L'autre c'était un accident. (Aîné 027).

Ma santé n'est pas bonne (...). J'ai une valve qui coule dans mon cœur, j'ai une histoire de *heart failure*, en français, je ne sais pas comment dire ça. J'ai de la misère avec ma circulation, puis ça c'est à cause de diabète, j'ai le diabète (...). On m'a mis sur l'insuline puis j'ai de la misère à contrôler mon sucre (...). Puis je manque de souffle bien souvent. (Aînée 028)

J'ai appris que j'ai une tumeur au rein [...] Alors, j'ai, ce qu'on appelle une chirurgie sans incision, au mois de novembre. (Aînée 030)

Les problèmes de santé dont souffrent les aînés affectent leur mobilité, ce qui se répercute sur la qualité de vie et l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. Certains éprouvent de la difficulté à s'adapter à leur perte d'autonomie

Je ne peux pas, je ne peux encore pas marcher une longue distance sans ma canne (Aînée 025)

Parce que l'affaire est que de pas être capable de marcher, pas être capable de faire ce que je faisais avant c'est ben dur. C'est vraiment dur. Parce que j'avais toujours... c'est vrai que je faisais de l'ouvrage dans la maison, du réparation, quelque chose qui brisait ben je l'arrangeais. J'avais toujours besoin d'avoir soin de mon auto, la sienne. Et puis ben d'un coup je tombe, je suis plus capable de faire ça. C'est dur. (Aîné 026)

Les aidants de notre échantillon, quant à eux, ont été interrogés en entrevue en raison de l'incapacité ou la difficulté des aînés de le faire par eux-mêmes, que ce soit parce que l'aîné était décédé au moment de l'entrevue, pour des problèmes d'élocution ou encore de démence.

Elle a beaucoup de démence qui a progressé progressé progressé jusqu'au point que maintenant elle ne peut même pas signer son nom. Elle nous [re]connaît, on dirait, mais souvent la plupart du temps quand on lui demande « c'est quoi mon nom » elle ne le saurait pas. (Aidant 001)

Je me suis aperçue une couple d'années après, qu'il y avait de quoi qui marchait pas, mais depuis tout ce temps là c'était l'Alzheimer qui travaillait. Et puis là il s'était cassé une hanche. (Aidante 003)

En somme, les problèmes de santé des aînés sont nombreux et multiples. Ils affectent leur mobilité et leur qualité de vie. Toutefois, il faut signaler que certains aînés se considèrent en bonne santé et certains estiment qu'ils doivent prendre leur propre santé en main et poser des gestes pour la maintenir.

Il faut quand même être en charge de ta santé, il faut que tu prends, il faut que tu sois responsable. C'est bien quand tu es au courant de qu'est-ce qui se passe (Aînée 025)

Je suis capable [de] marcher puis il dit de pas arrêter, [de] rester actif. Reste assez actif que *youkeepgoing*. (Aîné 027)

3.2 Utilisation de services pour leurs problèmes de santé

Considérant les nombreux problèmes de santé des aînés, la complexité et la variabilité d'une personne à l'autre, divers services sont utilisés. Nous ne ferons ici que les nommer, leur accès et leur organisation seront discutés plus loin. Les trois services de santé les plus utilisés par les aînés de notre échantillon semblent être l'hôpital, souvent celui de Saint-Boniface, mais également des hôpitaux anglophones (pour les besoins d'hospitalisation), les services de laboratoire et de diagnostics et le médecin de famille, mais également les médecins spécialistes.

Bien oui, on a des médecins : on a un neurologue, un docteur pour la spasticité, on a un, il doit prendre des tests assez souvent pour voir, parce qu'une personne qui est toujours assis a plus de chance à avoir des problèmes de peau et puis avec la vessie, les reins. Alors, on doit aller pour des tests assez souvent. (Aidante 004)

Puis quand je vais pour ma prise de sang au laboratoire de Saint-Boniface (...), ben là non plus ça ne parle pas français. (Aînée 029)

À un moment donné ma mère a tombé elle s'est brisée le poignet et a eu une fracture au bassin et elle a abouti à l'hôpital [nom de l'hôpital]. ça c'est une autre histoire l'hôpital [nom de l'hôpital]. En tout cas, je ne vais pas m'embarquer là-dedans. À cause qu'elle était à l'hôpital, on a fait affaire avec les *social workers*. (Aidant 001)

Des services de nutrition, de physiothérapie, de travailleurs sociaux, de massothérapie, de réadaptation, de suivi de diabète et d'hébergement en foyers de soins sont aussi utilisés par les aînés, tel que décrit par les aînés.

Après mon opération de cœur, ils m'ont envoyé [nom du centre de convalescence] sur la Taylor. C'était vraiment bon ça, mais ce n'était pas en français. (Aînée 028)

J'ai vu une diététicienne, j'ai vu une pharmacienne, une garde-malade puis j'ai vu une physiothérapeute. (Aînée 025)

Certains ont en outre eu recours à des services de soutien à domicile, soit pour des soins infirmiers, soit pour des services d'aide à la vie domestique comme l'entretien ménager.

Aussi on a les aidants [en soins] de santé qui viennent le matin, le soir, pour le lever le matin, le laver. (Aidante 004)

La plupart de ces services sont toutefois offerts en anglais, même à l'Hôpital St-Boniface :

[Quelle est votre perception, votre opinion des services de santé reçus en français?] Bien, je n'en ai pas reçu. (Ainée 028)

L'Hôpital Saint-Boniface, bien, d'abord quand tu rentres à l'Hôpital Saint-Boniface, si tu parles en français, c'est toujours 'I don't speak french. Do you want someone that speaks french?' 'Yes, va m'en chercher une, qu'est-ce que t'as pas compris la première fois? (...) Même c'est moi, si j'y vais. Je ne peux pas avoir des services en français, tu sais (...). Puis dans l'urgence, y'avait personne là qui parlait français. (Aidante 002)

Quand tu vas pour ta prise de sang ben, ils ne parlent pas, ils ne parlent pas français. (Ainée 029)

Je n'en connais pas de docteurs français, je n'en connais pas (...), Moi je pense que lui aurait aimé, ben ça aurait été plus facile en français. (Aidante 003)

Quelques aînés ont cependant accès à des services en français. Premièrement, ils ont un médecin de famille au Centre de santé Saint-Boniface avec lequel « c'est toujours en français. On n'en parle pas, on n'en discute pas. C'est juste entendu que ça va être en français (Ainé 026) ». Des services en français sont également disponibles ailleurs, soit au Centre de jour, ou encore auprès d'une travailleuse sociale et d'une physiothérapeute. Les aînés et aidants soulignent l'importance d'obtenir des services dans leur langue maternelle.

Mais c'est important pour moi parce que c'est ma langue maternelle, c'est ma première langue et puis je serais vraiment confortable. (Ainée030)

Mais je pense que c'est quand même très important qu'on ait un Centre de santé et qu'on puisse se faire servir en français (...). Oui parce que c'est ma première langue pis c'est plus facile. (Ainée 025)

Cependant, ils reconnaissent du même souffle qu'il faut parfois insister pour y avoir accès et que les services en français ne sont jamais des acquis.

On l'avait assigné à l'Hôpital [nom d'un Hopital anglophone] où il n'y a pas de services en français. Et là quand j'ai voulu insisté qu'on la garde à Saint-Boniface, on m'a menacé que moi j'allais payer 2000\$ par jour pour la garder là.

Alors, j'ai dû faire appel à des autorités plus...à l'autorité de l'Hôpital de Saint-Boniface, aux gens que je connaissais à l'Hôpital de Saint-Boniface et puis c'est comme ça qu'on l'a fait garder à Saint-Boniface.(Aidante 002)

Bien, on espère toujours en avoir, mais les spécialistes sont pas français. Son médecin régulier est français, il nous parle en français (...). Mais la majorité du temps, tu ne peux pas avoir du français, sans que, là on a trouvé un médecin qui était français, mais pour la famille, son médecin régulier là, mais autrement que ça, c'est dur à trouver des médecins en français. (Aidante 004).

Des services culturels ou de loisirs provenant d'organismes communautaires sont aussi utilisés. Ils ne sont pas identifiés comme des services curatifs de santé, mais agissent à titre préventif dans la mesure où ils contribuent à briser l'isolement, lequel est associé à une santé moins bonne. Les aînés en donnent quelques exemples :

On participe à FAFM, et puis, bon, moi je participe à, tu sais, il y a des spectacles au Cercle Molière (...). Ça ressemble à la pétanque (...). Il y a un club social qui organise soit des soirées, des soupers, tu sais, tout le monde vient (...). Et puis là, à l'automne, ça commence (...) tous les deux, tous les deux lundis, il y a un film (...). Le mercredi soir ça joue au cribbage. Puis à tous les deux semaines on a la messe, après la messe des fois il y a un café (...). La fédération, ils organisaient aussi à tous les ans le théâtre des aînés (...). Il en a beaucoup qui s'ennuient. Surtout ceux qui sont seuls là, tu sais. Comme ici là, des fois t'entends là, « oh vient donc me visiter, je m'ennuie, je regarde mes quatre murs. » Il y en a beaucoup qui s'ennuient (...). On ne réalise pas, mais c'est ça que c'est. Tu sais, même ici! Donc aussitôt que t'as une activité... Tu sais.(Aînée 029).

Qu'est-ce qui est important quand on devient âgé, c'est certainement les exercices, être en groupe, des jeux. J'aime bien jouer aux cartes, aux dominos, comme des journées de sous-sols, puis des jeux « I mean », la marche hum.... Des choses de même. (Aîné 026)

En somme, les services de santé qui sont utilisés afin de minimiser les conséquences des problèmes de santé vécus par les aînés sont nombreux et variés : services hospitaliers, d'hébergement, de réadaptation, de soins à domicile, etc. Par ailleurs, nous n'avons pas réussi à couvrir l'ensemble du continuum de soins de santé. Les services de prévention, favorisant le bien-être, par exemple des activités sociales, des cours de danse ou de yoga provenant d'organismes communautaires et les services de santé mentale notamment ne figurent pas, ou très peu, dans la liste des services utilisés par nos participants.

3.3 Recherche ou non de services de santé en français

Lorsqu'on demande aux aînés ou aux aidants s'ils ont spécifiquement cherché à obtenir des services en français pour répondre à leurs besoins de santé, et de quelles façons ils s'y sont pris le cas échéant, les expériences sont partagées. Certains ont effectivement fait des démarches en ce sens.

J'ai appelé les services de... je sais pas qui j'ai appelé, mais j'ai voulu avoir une travailleuse sociale qui parlait français puis on m'en a assigné une, elle venait chez ma mère ici. L'infirmière qui venait voir ma mère aussi parlait français (...). Alors, comment j'ai obtenu les services? C'est que tu regardes dans les bottins de services en français puis tu cherches ce que t'as besoin, c'est comme ça...(Aidante 002)

Alors que d'autres n'y ont tout simplement pas pensé à cause du choc reçu lors de l'annonce du diagnostic. Ou encore ils sont résignés, reconnaissant qu'il n'y a pas les ressources humaines suffisantes pour offrir des services en français.

Puis j'ai demandé si ses services [suivi avec le chirurgien], il les donnerait à l'Hôpital Saint-Boniface puis [ils ont dit] non. Il est à [nom d'une clinique] et puis c'est là où j'ai été le voir. Peut-être que j'aurais pu m'informer s'il y avait quelqu'un d'autre qui aurait pu me donner le même service ici à Saint-Boniface, je ne le sais pas. J'aurais pu demander peut-être. Mais je n'ai pas demandé (...). Et puis c'est comme un choc, alors tu demandes pas... Comme on dit toujours 'quelles questions est-ce que je devrais demander?' Parce que ta tête est remplie déjà... (Aînée 030)

Disons la moitié des francophones (...) sont tellement habitués là, à ce que c'est en anglais. Tu veux dire, de plus en plus on a accès, tu sais comme, tous les dépliants c'est bilingue (...).Maintenant c'est beaucoup plus bilingue qu'avant. Puis là on a tellement été habitués à l'anglais que là, pour la majorité tu sais (...). On commence à être habitués là..Je sais que ce n'est pas possible d'avoir du français partout. Parce qu'on n'a pas la main d'œuvre, on n'a pas les spécialistes francophones disons pour aller dans tous ces endroits-là. (Aînée029)

Certains n'ont pas jugé nécessaire d'entreprendre des démarches particulières dans ce sens. Ils ne sont pas d'avis que la langue dans laquelle est offert le service soit la priorité dans les circonstances. Effectivement, sans nier le fait que les services en français soient une bonne chose, « c'est vrai que parfois on devrait être plus patient, et puis attendre, et puis se faire servir en français, mais... » (Aînée 029), des aînés considèrent la langue du service comme secondaire à d'autres critères.

Pour certains, le service en français n'est pas essentiel, l'important est d'accéder à un service peu importe la langue avec laquelle on est servi.

Tu vois, y'en a qui dirait, bien si tu ne parles pas français, je ne viens pas icitte. [*Mais ça ne vous dérange pas*]. Non. (Ainée028)

Dans le fond, on veut se faire servir. Que ce soit l'anglais ou le français, faut se faire servir pour le problème de santé. [rire] (Ainée 029)

Mais de l'autre côté si j'ai besoin de voir un médecin qui parle seulement que l'anglais ce n'est pas un problème non plus. (Ainée 025)

L'un des critères priorisés par rapport à la langue semble être la qualité du service reçu.

Je n'ai jamais vraiment fait la recherche ou la demande [pour un service en français]. (...). Que ça soit en français ou en anglais. On s'en fout [rire]. On veut juste que des bons services de santé c'est ça.(Aîné 027).

La qualité d'un service de santé passe souvent par la qualité relationnelle avec le professionnel de santé qui l'offre. Nous reviendrons sur ce point plus loin dans la section sur les relations avec le personnel.

[*Est-ce que vous cherchez à recevoir des soins de santé en français?*] Pas nécessairement (...). Anglais ou français, ça ne me fait pas de différence. D'abord que j'ai un docteur puis j'ai bien la confiance dedans (...). Pourquoi aller d'un docteur à l'autre, ils te connaissent pas ? (Ainée 028)

J'aimerais avoir un médecin francophone, mais si t'as un médecin qui fait pas grand-chose pour toi, bien, il faut bien changer. Puis des fois, t'es pris à prendre quelqu'un qui est pas francophone. (Aidante 004).

Mais moi je suis bien contente avec celui que j'ai. Sure, il ne parle pas français... (Ainée 028).

Comme je dis quand ça fait 20 ans que tu as le même médecin, tu n'aimes pas changer(...) Tsé quand t'as toujours des docteurs anglais, c'est pour ça tsé j'ai jamais eu de services en français vraiment excepté, il y a à peu près 50 ans. (Aidante 003).

Pour d'autres, bien que les services qu'ils reçoivent leur soient donnés en français, ce qui les a conduits à les utiliser est principalement lié à la proximité du service et non à la langue.

Je lui ai demandé lorsqu'il m'a dit que j'avais besoin de la physiothérapie, si je pouvais rester à Saint-Boniface puis aller [nom d'une clinique de physiothérapie] parce que c'est juste l'autre bord de la rue. Pour moi, faut toujours que ça soit conveniant. Puis en vieillissant comme ça, tu veux vraiment que ça soit proche, surtout si t'as pas d'automobile. (Ainée 030)

J'avais un médecin, puis ma médecin elle était proche de chez moi. Et puis c'était vraiment... je l'aimais, tout ça. Elle a décidé de déménager au centre-ville puis, oh my god! En tout cas. C'est là que j'ai décidé d'aller là [Centre de santé]. Mais ça faisait pas si longtemps que ça que c'était ouvert le Centre de santé. (Ainée 029)

Where would you like him to go if he can't go back home? Ben I said "number one is Taché, parce que c'est proche d'ici (Aidante 003).

Pour une aidante plus particulièrement, le français ne fait pas uniquement référence à la langue, mais à la culture, à l'ethnicité. Être compris, ne se limite pas au partage de la langue.

Ben on commence à avoir beaucoup de noirs qui pensent qui parlent français, mais ils ne parlent pas comme le nôtre non plus (...). Tsé c'est difficile à les comprendre, tsé ils ont un petit accent. (Aidante 003)

Il semble ressortir des entrevues que, théoriquement, les aînés sont généralement en accord avec le fait qu'un service en français est préférable à un service en anglais. Certains ont fait la demande, voire exigé, d'être servis dans leur langue maternelle. Or, dans les faits, peu d'entre eux en utilisent ou ont eu satisfaction. Parfois, les services en français ne sont tout simplement pas disponibles, comme c'est le cas notamment des médecins spécialistes. Ou encore, la culture différente des intervenants complique la communication, malgré la langue française commune. Mais de manière étonnante, plusieurs aidants n'ont pas pensé demander des services en français, ou n'ont pas considéré la langue comme prioritaire dans leur exigence eu égard aux services. De fait, pour plusieurs aînés rencontrés en entrevue, tous capables de s'exprimer aussi bien en français qu'en anglais, avoir accès rapidement à un service de qualité, à proximité du domicile et fourni par un professionnel compétent et en qui ils ont confiance constituent autant d'éléments plus importants que la langue dans laquelle le service est dispensé. Certains avouent toutefois qu'ils auraient pu au moins tenter de demander des services en français.

Suite à l'énumération de leurs problèmes de santé et des services obtenus, nous avons entrepris de documenter la dimension relative à l'accès aux services. Pour ce faire, nous avons questionné les participants sur les démarches effectuées pour accéder aux services, leurs expériences avec les services demandés ou reçus ainsi que leur relation avec le personnel. Ces éléments constituent, entre autres, des indicateurs de l'accessibilité des services.

4. Accès aux services en français

4.1 Démarches effectuées pour accéder aux services de santé

Il est difficile de dresser un portrait juste des démarches effectuées par les aînés ou les aidants pour obtenir des services en français. D'une part, comme nous venons de le souligner, certains n'en ont pas fait la demande. D'autre part, la nature rétrospective de la cueillette des données rend imprécis certains discours d'aînés quant aux démarches réellement entreprises. Raconter son histoire par le biais de ses problèmes de santé et les démarches pour y trouver des solutions est relativement aisé pour les aînés, mais ajouter la composante de recherche de services spécifiquement en français ajoute une complexité au récit, la première partie de l'histoire ayant préséance sur la seconde. Il a toutefois été possible de faire ressortir certaines démarches spécifiques effectuées par les aînés souhaitant se faire soigner dans leur langue maternelle. La première consiste à demander, voire exiger, expressément des services en français lorsque ces derniers ne leur sont pas systématiquement offerts. Voici la perspective de quelques aînés.

Je suis été assez chanceuse, d'ailleurs parce que j'ai eu beaucoup de mes, comment ce qu'on appelle ça? Des des tests, etc. à Saint-Boniface. Alors, puis j'en faisais souvent la demande, au lieu de m'envoyer en dehors, disons en ville, à Winnipeg, si je pouvais rester ici à Saint-Boniface, que je préférerais ça. (Aînée 030)

Bien des fois ils vont t'envoyer à un autre Hôpital. Y'a bien du monde qui embarque dans l'ambulance pense qu'ils s'en vont là. Mais, comme mon amie là, une journée j'ai dit 'Are you going to St.B?' Il a dit 'oh, we havent' checked yet'. Il téléphone à Saint-Boniface voir s'ils peuvent. (Aînée 028)

Par contre, bien que dans certains cas cette demande soit prise en compte et que des services en français leur soient offerts, moyennant souvent un délai d'attente plus long que s'ils avaient accepté le service en anglais, dans d'autres situations, les aînés doivent se résoudre à utiliser des services en anglais malgré leur préférence et leur droit à des services dans leur langue maternelle.

Ben, j'ai dit ben « *Is anybody speaking french here?* ». Elle a dit « *Well, on a juste une, une, une.* » Puis elle dit « *Well she's not available, ok?* » (Aînée 029)

Bien, premièrement je leur dis « Est-ce que tu parles français ? ». Et puis s'ils me disent oui, bien je leur parle en français. Puis s'ils me disent non (...) ou un petit peu, bien je n'ai pas le choix de le parler en anglais. (Aidante 004)

Recourir à des services en anglais en attendant d'être servi en français semble être une autre stratégie utilisée par les aînés.

Alors, j'ai choisi d'aller au *Walk-In clinic* pour tout de suite, jusqu'à ce que je pourrais avoir un médecin permanent [francophone] qui serait peut-être, peut-être va venir au mois d'octobre à la clinique sur la Taché, de Saint-Boniface. (Aînée 030)

Se servir de ses contacts personnels constitue aussi un moyen d'accéder à un médecin francophone.

Moi j'ai été, moi je travaillais au Centre Taché, puis y'était docteur sur un des planchers, t'sais. Puis quand mon docteur est parti, il s'est en allé au Texas, je lui ai demandé s'il me prendrait. (Aînée 028)

Pour résumer les démarches entreprises par les aînés et les aidants pour obtenir des services en français, on peut constater que ces derniers demandent ou exigent des services en français lors de leur contact avec des professionnels de la santé, utilisent des services en anglais en attendant un service en français, ou se servent de leurs contacts personnels afin d'obtenir des services de professionnels francophones. Nous verrons plus loin que d'autres cherchent également dans l'annuaire des services en français pour connaître leur nature et disponibilité.

Les aînés et les aidants ont eu des expériences très variées avec les services de santé. Certains sont très satisfaits des services reçus, alors que d'autres formulent de multiples griefs. Notons qu'il était très difficile de distinguer les services en français des services en anglais dans la plupart des entrevues, ainsi que les expériences concernant l'accès de l'organisation des services. Outre la difficulté spécifique, et supplémentaire, d'accès aux services en français en raison de leur rareté, les problèmes soulevés en regard de l'accessibilité aux services semblent les mêmes, peu importe la langue dans laquelle ils sont offerts. Effectivement, qu'ils soient offerts en français ou en anglais, les services font partie du même système de santé et sont fournis par les mêmes intervenants, dans le même contexte économique. Bien sûr, la prestation de services en français comporte des enjeux politiques particuliers. Mais il est essentiel, dans une analyse de l'offre de services en français, de tenir compte du contexte global de l'offre de services dans lequel ces services sont inclus. À cet égard, des insatisfactions générales ont été soulevées par rapport à un système de santé qui n'est pas prioritairement orienté vers les besoins et préférences des patients, mais plutôt organisé selon ses intérêts propres en tant qu'institution offrant des soins et services de santé : la qualité des services offerts aux aînés est subordonnée aux conditions de travail des employés du système.

Mais des fois il ne voulait pas prendre son bain. Pis surtout quand c'était une femme. Pis une fois au commencement, je l'avais dit : « give him a male for sure he won't take a bath with you ». (Aidante 003)

L'office [ORS], ils ne sont pas toujours là pour t'aider, ils sont là plutôt pour voir au bien-être des travailleurs : faut pas qu'ils se fassent mal, faut pas qu'ils fassent ci, faut pas qu'ils fassent ça. Mais encore, t'a pas toujours les soins, faut que tu te battes pour tes soins constamment. J'ai gros des mal de tête avec Homecare, il faut que tu te battes avec eux constamment pour avoir des bons soins. (Aidante 004)

Ou encore, qu'il faut défendre le droit de recevoir des services auprès d'intervenants qui ne prennent pas la peine de répondre au téléphone ou de retourner les appels. Ces problèmes ne sont pas spécifiques à l'offre de services en français, mais touchent le système de santé en général.

Je prends pitié pour les vieillards qui n'ont pas quelqu'un de plus jeune dans la famille pour « advocate » pour parler pour eux autres, puisqu'il faut continuellement pousser et pousser parce que les gens ne répondent pas au téléphone, ils ne te rappellent pas. Il faut toujours que tu « advocate » pour eux autres pour être leur porte-parole (...). Tsé il faut presque les supplier à certain moment comme là je travaille avec la femme qui est responsable pour le cas de ma mère avec WRHA, quand je parle avec elle franchement je me sens que je suis en train de la supplier pour l'aide. (Aidant 001)

Par contre, en ce qui concerne plus spécifiquement les services en français, les commentaires par rapport à l'accès au Centre de santé Saint-Boniface sont particulièrement élogieux. On y apprécie la facilité avec laquelle on peut y consulter son médecin ou l'infirmière (une fois qu'on est client du Centre de santé, car son accès est devenu presque impossible pour de nouveaux clients), l'attitude et l'accueil du personnel.

Je sens bien parce que je suis confortable avec eux-autres. Et celui qui travaille à l'avant, ils me sentent venir dans le corridor ils savent c'est moi (...). Ils me font un grand sourire et puis là ils disent va t'asseoir et puis on va dire au docteur que t'es arrivé. Si [sa conjointe] téléphone pour m'amener, si y a quelque chose, si j'ai un rhume, elle parle avec eux-autres, elle va lui dire hésite pas, Ils disent pas ben... On va faire un rendez-vous pour telle journée... Ils attendent pas, c'est ça qu'est bien. C'est ça que j'aime avec eux-autres. C'est la manière que je suis traité dès en rentrant. (Ainé 026)

Après un bout de temps ils me connaissant. La diététicienne aussi tu sais. Non, non, non, non. J'ai aucun, aucune critique à faire sur le Centre de santé. (Ainée029)

Hé bien à cause que je suis patiente au Centre de Santé, comme les médecins qui sont là parlent en français, alors c'est commode et c'est pratique (...). Si tu as un mauvais rhume tu as un gros mal de gorge, tu as quelque chose que tu penses qui ne va pas trop bien par rapport à ta santé, t'as pas besoin d'aller à un walkin clinic. Tu peux les appeler et puis ils vont s'assurer que tu vas voir un de leurs médecins qui est libre pour cette journée-là. (...). Ils ont un bon système dans le sens que tu peux appeler pis si tu veux voir un médecin assez vite ils vont t'accommoder. (Ainée 025)

L'accès aux services d'Info santé en langue française fait aussi l'objet d'une grande satisfaction de la part des aînés qui l'ont utilisé.

Non non non, t'attends pas. Non ben moi je n'ai pas entendu. Je n'ai pas attendu. Non, non. C'était vraiment bien, ça aussi j'ai été impressionnée. (Ainée 029)

L'accessibilité aux services est compromise par un manque de personnel faisant usage du français. Aussi fait-elle l'objet de vives critiques lors des entrevues. Les aînés et les aidants condamnent particulièrement le délai d'attente causé par cette pénurie de personnel.

C'est parce qu'ils ne veulent pas. Ils disent qu'ils n'ont pas le personnel et ils ont ci et ça. Et là le personnel qui arrivent, ce n'est pas nécessairement des gens francophones encore, tsé, tu as ce qu'ils ont. (Aidante 001)

Le Centre de santé, moi je n'ai pas de problème, c'est sauf que je plains ceux qui essayent d'entrer là par exemple (...). Ben à chaque fois que j'appelle là, tu sais, ils ont un message enregistré. « Si vous désirez voir un nouveau médecin ou un garde malade, réessayez parce qu'on a vraiment plus de place ». Mais à chaque fois que moi j'appelle, il y a pas de place. Puis j'appelle souvent ! (Aînée029)

J'ai téléphoné, il y a à peu près 2 mois, 3 mois, pour avoir un service en français [un médecin de famille], puis, on m'a dit que c'était, la ligne d'attente était trop longue. (Aînée030)

L'office [ORS] va nous parler en français, mais pour les soins en français (...), ils nous demandent pas parce que... Et puis je ne pense pas que, parce qu'ils nous disent déjà tout le temps « on est limité », Bien comme ils sont limités, on a toutes sortes de personnes. (Aidante004)

Ce délai d'attente n'est pas sans effets négatifs, bien au contraire, il cause du stress et des inquiétudes aux aînés.

C'est peut-être parce que tu ne te sens pas bien à ce point là [mais] tu veux que ça soit fait. Puis à part de ça, que t'as, c'est pas que t'as hâte d'avoir des réponses, de savoir ce que t'as, mais c'est, t'as hâte à savoir une réponse, t'as des inquiétudes de pas savoir. (Aînée030)

Alors, des fois, tu dis, bien, juste parce qu'on est français, on ne va pas attendre beaucoup, longtemps, pour les services. [Mais] on a le temps de mourir entre [temps]. (Aidante 004)

Par ailleurs, l'accessibilité aux services de santé en français va au-delà de la facilité d'obtenir un service. Elle comporte effectivement de nombreuses autres dimensions.

Les aînés et les aidants ont notamment abordé celles qui concernent la possibilité de parler à son médecin ou aux professionnels (pouvoir les rejoindre lorsqu'on en a besoin), la capacité d'entrer en relation significative avec ces derniers, l'accès à des informations ou des renseignements clairs et compréhensibles sur son état de santé, l'accessibilité financière aux services et l'accès en termes architectural (pour les personnes à mobilité réduite). Revenons ici sur ces différentes dimensions de l'accessibilité.

La dimension de l'accessibilité aux services de santé dont il est le plus question dans les entretiens concerne la possibilité d'obtenir un rendez-vous rapidement ou de parler à son professionnel de la santé dans un **délai raisonnable**.

Tu téléphones des gens, bon ils ne répondent pas, faut que tu laisses des messages, ils ne te rappellent pas, il faut que tu laisses des messages, ils ne te rappellent pas. La plupart des gens ne te rappellent jamais...ou finalement tu rejoins quelqu'un tu leur parles tu leurs expliques tes besoins, « ha on vérifiez pas je vais vous rappeler ». Tu attends 2-3 jours ils ne te rappellent pas. (Aidant 001)

Parler à quelqu'un constitue, certes, la première étape d'accès à un service de santé. Mais les aînés et les aidants nous expliquent que cela ne suffit pas. Il est essentiel que ce contact soit significatif, donc qu'il ne soit pas impersonnel. C'est pour cela que l'accessibilité aux services comprend également, pour eux, la **possibilité d'entrer en relation**, et non uniquement entrer en contact avec les professionnels prestataires de services.

Bien, cette attitude envers les gens, « ils vont mourir quand même, ça se fait qu'est-ce que c'est ton problème? C'est quoi ton problème, personne d'autre se plaint? ». **Bien, non, personne d'autre se plaint parce que vous les écoutez pas (...).** C'est ça le problème. Je trouve qui manque beaucoup d'empathie. (Aidante 002)

Concernant **l'accès à des informations sur leur situation ou sur les services existants**, les aidants, plus particulièrement, déplorent le peu de renseignements qui leur sont donnés, ou encore les contradictions contenues dans ces renseignements qui ne font que complexifier et alourdir inutilement leur travail auprès de l'aîné dont ils ont la responsabilité.

Ça fait déjà 4 mois, depuis le mois d'avril (...) Avril, mai juin juillet, ouais 4 mois qu'elle est sur la liste [d'attente]. À ce temps-là ils nous ont dit probablement d'ici 6 mois là ça fait déjà 4 mois. Quand on parle avec les gens [nom du Foyer qu'ils attendent], la personne responsable là, elle le dit encore 2 mois à 6 mois. Pis quand on parle avec celui qui est responsable pour son cas elle elle dit « ça ne devrait pas être aussi longtemps que ça ». Alors tu ne sais pas. Ils ne peuvent pas te dire quoi que ce soit, tu sais rien. (Aidant 001)

Parce que je sais que Homecare, apparemment, ils ont des lits, je le savais pas ça, j'avais acheté son lit avant. (Aidante004)

Aussi, l'accessibilité aux services comprend la notion de **l'accessibilité financière**. Une aidante nous en donne un exemple patent. Son proche a déjà reçu des services de physiothérapie, mais elle ne répond plus aux critères d'admissibilité « parce qu'elle ne fait pas assez de progrès ». Elle n'a alors le choix que de se payer ces services, mais elle n'en a pas les moyens compte-tenu des autres frais qui sont à sa charge (médicaments, chaise pour le positionnement, etc).

Il faudrait payer pour aller en quelque part d'autre, mais avec des médicaments, puis t'as des chaises, ça devient cher (...) Vraiment cher, oui. Surtout les chaises. Les chaises, oui. Les chaises, le lit. Parce que je sais que Homecare, apparemment, ils ont des lits, je le savais pas ça, j'avais acheté son lit avant. (Aidante 004)

L'accès aux services comporte aussi la possibilité **d'accéder physiquement aux lieux** de prestation des services, notamment pour les personnes à mobilité réduite ou en fauteuil roulant. Des aînés nous ont parlé de lacunes dans ce domaine :

Comme service manquant, moi je trouve qu'il y en a deux gros problèmes. C'est que tu essayes de rentrer dans les bâtisses à Saint-Boniface, Saint-Vital, Winnipeg, beaucoup des places pour les médecins, les dentistes puis ça, faut que tu te battes avec les portes.

Les portes, faut que tu tiennes la chaise roulante, essayes de tenir la porte, t'essayes de, ou bien t'es pris dans des petits racoins, que, faut que tu... Ça c'est un gros problème. (Aidante004)

Et pas être obligé de monter les escaliers pour me rendre [rires]. Quand même que pour rentrer au Centre... à côté, ils ont des rampes pour que les wheelchairs pour monter là. Par le temps que je [j'arrive] moi je suis mort (...). C'est plus vite de prendre les escaliers (...). Puis là je m'assieds pour reprendre mon souffle et être capable de rentrer. (Ainé 026)

En somme, l'expérience d'accès aux services de santé comporte plusieurs dimensions dont il faut tenir compte. Les aînés et les aidants nous ont effectivement parlé de la facilité d'entrer en contact avec les services ou les professionnels, mais aussi la possibilité d'entrer en relation significative avec eux. L'accessibilité passe également par l'accès à des renseignements clairs et compréhensibles sur leur état de santé, l'accessibilité financière aux services et l'accès en termes architecturaux (pour les personnes à mobilité réduite).

4.3 Relations avec le personnel prestataire des services de santé

Nous avons questionné les aînés et les aidants sur la qualité de la relation entretenue avec le personnel offrant des soins et services de santé. Ici aussi, des expériences nombreuses et diversifiées ont été identifiées. Plusieurs aidants disent recevoir de bons services de la part des médecins, infirmières, physiothérapeutes : ces professionnels sont jugés compétents et ils se préoccupent de leur situation.

Oh, il est très très bon parce que, oui il est très très bon ce médecin-là. Oui, le neurologue, il est très bon envers les personnes âgées, c'est pas comme d'autres qu'on a rencontré. (Aidante004)

Mais au niveau [des] professionnels, on n'a pas eu de problème. Ils ne sont pas faciles d'accès, mais quand on leur parlait on a eu de bonnes conversations.(Aidant 001).

Mes relations [avec le personnel de l'hôpital] étaient correctes. Mais tu sais, j'ai pas à me plaindre qu'ils ne sont pas fines. (Ainée028).

Puis, elle [infirmière responsable du suivi du diabète] est vraiment bonne, même une journée, elle m'a téléphoné, elle m'a surpris, j'en attendais pas, elle m'a téléphoné, me demander si, comment que les affaires allaient puis tout ça. Ça se fait qu'elle est vraiment vraiment bonne. C'est vraiment un bon service. (Ainée028).

Comme y'en a des excellents comme tu peux avoir à faire avec une infirmière qui est excellente(...).

Je veux dire, elle nous appelait aussitôt qu'il y avait quelque chose de mal avec ma mère, aussitôt qu'il y avait, elle m'appelait tout de suite. Je pouvais être n'importe où en Amérique du Nord, elle m'appelait (...).

Elle avait beaucoup d'empathie, elle était... Tu sais, je la voyais agir avec les clients là et elle était excellente. (Aidante 002)

Bien, j'ai ma physiothérapeute qui est française puis um, les services que j'ai reçus, c'est excellent. (Ainée030)

En revanche, d'autres ont signalé de nombreux problèmes, dont le plus important relève de la compétence. Les aides en soins de santé, notamment, semblent faire leur travail rapidement, sans grand intérêt pour la personne, et manquent de formation.

Puis il en a de ces personnes-là qui viennent qui sont très gentils, très bons, sympathiques. Mais il en a d'autres là, c'est une deuxième job pour eux-autres, et puis, c'est tout que c'est que c'est. Tu sais, ils font ça aussi vite qu'ils peuvent et puis, ils le lavent la moitié et puis je n'aime pas la manière qu'ils le lavent, bien des fois, c'est la moitié fait. (Aidante 004)

L'attitude c'est toujours le moins possible. Alors tu viens un petit peu là tu continues à parler pis là si tu te fâches ils veulent plus te parler, il faut que tu marches sur des œufs continuellement. (Aidant 001)

C'est pas toujours ce qui a de mieux non plus, alors, ça c'est un manque aussi dans ce domaine là. Je pense que c'est le fait de pas assez donner, de pas donner assez de formation aux gens. (Aidante 002)

Les problèmes de compétences touchent aussi des professionnels, dont les médecins.

Elle [médecin de famille] me faisait prendre toute sorte de médicaments, elle me faisait dépenser toute sorte d'argent pour rien (...). Et puis elle savait même pas que j'avais le psoriasis, ça fait que, ... [Ça pas été une bonne expérience?] Non, ça pas été une bonne expérience (...). En fin de compte elle dit, bien je vais t'envoyer voir un dermatologue, mais, ils ne vont pas te dire de quoi de différent. Bien, il m'a dit tout de différent. Alors, je ne la trouve pas bonne ce médecin. (Aidante 004)

La compétence, mais aussi les attitudes et comportements semblent problématiques pour les aidantes. On parle ici notamment de retard, d'agressivité, de brusquerie.

Il y en avait une aux soins à la maison qui avait arrivé en retard la première fois qu'elle visitait mes parents. Là fallait qu'elle les habille pour les amener au petit déjeuner. Par le temps qu'elle était arrivée, elle était en retard, le petit déjeuner était presque fini. Alors là elle a commencé à crier contre le personnel du manoir, là finalement ils ont eu quelques affaires pour manger quand même.

Alors bon elle criait contre mes parents « il faut que je sois partie, je dois aller à telle place, dépêchez-vous, dépêchez-vous. » Finalement la gérante du Manoir a su tout ce qui se passait son personnel s'est plaint elle a dit « je ne veux plus voir cette femme-là dans mon bâtiment jamais jamais » et les employés se sont plaint. Là elle et moi on a téléphoné les responsables « Ils ont dit ok on ne l'enverra plus ». (Aidant 001)

Un moment donné on avait écrit les soins que mes parents avaient besoin en particulier ma mère et on a envoyé par courriel cela au responsable et là il s'est fâché et dit « tu ne peux pas me dire comment faire mon travail et là il était fâché au point de dire « peut-être je devrais jamais plus te parler encore ». Mais j'ai répondu : « C'est pas ça l'histoire moi j'ai travaillé dans les affaires toute ma vie, dans les affaires on s'aide, toi tu es responsable de m'aider et moi je suis responsable de t'aider pour que ça viennent ensemble, c'est dans ce contexte, c'est pas pour te dire comment faire ton travail ». C'est comme ça qu'ils le prennent. Ils n'ont pas une attitude d'entraide, ils ont une attitude « je suis le patron, c'est moi qui va faire les décisions, tu n'as rien à me dire » Wow comme c'est difficile! On fait affaire avec des gens de 25-30 ans, eux ne connaissent pas ce que c'est la vieillesse, ils n'ont pas encore eu l'expérience avec leurs propres parents ou des choses comme ça, tsé. Ils ne savent pas dans quoi ils sont rendus, ils sont là eux aussi pour la paye ils se font payer bien. Franchement, moi je trouve que c'est le plus gros intérêt de ces gens, pas tous, mais pour certains leur plus gros intérêt c'est comment d'argent ils auront chaque mois.(Aidante 001)

On manque beaucoup de... C'est l'attitude, c'est l'attitude envers les gens âgés que je n'aime pas (...). Mais y'en a tu sais, y'en a d'autres, comme les préposés, ceux qui sont préposés aux soins comme les aides là, bien y'en a deux qui se sont chicanés en avant des deux clients là, ma mère puis sa copine, c'est quoi ça? Je veux dire, tu fais pas ça en avant des gens âgés, tu les fais peur.(Aidante 002)

Dans certains cas, il semble que certains personnels aient même des attitudes âgistes, à tout le moins qu'ils ne souhaitent pas travailler avec des personnes âgées en fauteuil roulant ou atteint de la maladie d'Alzheimer.

Mais on a vu un oculiste, par exemple, on n'était pas trop enchanté avec. [Oh non? Qu'est-ce qu'il est arrivé?]. Bien, on est arrivé là puis elle dit, bien t'aurait dû me dire qu'il était dans une chaise roulante parce que je ne l'aurais pas pris.(Aidante 004)
Some of them I think they don't care, they don't care.[...] Pis surtout avec des...Personne veut travailler, il y a personne qui veut travailler avec l'Alzheimer. Ils ont de la misère à avoir quelqu'un pour travailler là. (Aidante 003).

Les aidants dénoncent aussi le manque d'adaptabilité et de flexibilité des aides en soins de santé à domicile, les lacunes dans la coordination dans les services, ou l'absence d'imputabilité.

[Le] Homecare m'envoie quelqu'un pour faire des tests sur les jambes de mon mari. Le gars il est en retard, et puis ça je comprends, mais l'autre est arrivé pour changer mon mari et puis il était de bonne heure. Alors il a dit « bien je n'ai pas le temps d'attendre ». Puis il s'en va, puis il n'a pas changé mon mari. Ça je n'étais pas enchantée avec. Des choses comme ça là, ça ne devrait pas être. Il aurait pu attendre (...). Le gars qui faisait son test a dit « j'en ai juste pour 5 minutes » 5, 10 minutes qu'il avait encore. Celui qui est venu aurait pu attendre, mais il n'a pas attendu. (Aidante 004)

Continuellement sur notre côté il faut faire des démarches. Ils ne sont pas responsables. En général, il y a des exceptions, mais les gens ne sont pas responsables, c'est une job. (Aidant 001)

Par ailleurs, des aidants concèdent que les professionnels sont eux aussi victimes d'un système de santé au sein duquel leur pouvoir de négociation ou d'intervention s'avère très limité.

Alors elle [travailleuse sociale] comprend la situation, mais elle est prise dans un système où elle ne peut pas faire grand-chose parce qu'il n'y a pas de place (...). Pis elle ce n'est pas elle qui a le dernier mot non plus alors elle faut qu'elle fasse très attention. Elle est très gentille, on s'arrange très bien, on la rencontre, mais elle ne peut pas se compromettre parce qu'il n'y a pas de places. (Aidant 001)

Pour résumer les propos des aidants en ce qui concerne les relations avec le personnel offrant des services de santé, certains sont très satisfaits, notamment des services reçus en français par des professionnels. En revanche, de nombreux griefs sont soulevés en ce qui a trait au manque de compétence, de professionnalisme ou de formation. Aussi, on se plaint des attitudes de certains personnels qui semblent fournir un service rapide, sans considération pour la personne qui reçoit le service et sans imputabilité. On souligne aussi que certaines clientèles semblent moins appréciées par le personnel : les aînés en fauteuil roulant ou ceux atteints de la maladie d'Alzheimer.

5. Organisation des services

La notion d'organisation des services a en quelque sorte été abordée dans la section précédente, de manière indirecte, étant liée à la notion d'accessibilité. Elle sera aussi discutée dans la section suivante qui traite des défis de l'accès et de l'utilisation des services puisqu'elle en fait partie.

En conséquence, nous nous attarderons ici davantage à la philosophie derrière l'organisation des services plutôt qu'à son organisation plus matérielle. Il sera question de la responsabilité que le système de santé renvoie aux aidants, de la privatisation des services et de la politique officieuse d'assimilation des francophones au sein de certaines institutions.

5.1 Transfert de la responsabilité vers les aidants

Les aidants plus particulièrement nous ont parlé des problèmes qu'ils rencontrent avec un système de santé qui semble s'organiser de plus en plus en comptant sur le rôle des aidants pour diminuer l'offre de services. À titre d'exemple, un aidant affirme que plus les aidants s'impliquent dans les soins auprès de leur proche, moins ils recevront de services de santé.

C'est ça qui est de valeur, on dirait le plus qu'on veut aider, qu'on veut donner du support, le plus qu'il faut que tu fasses attention parce que eux ils vont te couper. Ils vont te mettre des bâtons dans les roues. (Aidant 001)

Un autre exemple de ce désengagement de l'État grâce au travail effectué par les familles est celui du *self management*. Les aidants doivent eux-mêmes gérer l'argent offert par le système de santé afin de trouver et d'embaucher des personnes pour leur venir en aide pour prendre soin de leur aîné en perte d'autonomie.

C'est toi qui prends soin des services de les personnes pour venir t'aider. Ils te donnent tant d'argent, et puis c'est toi qui fait tout l'ouvrage à propos d'avoir les personnes. Bien, où que tu vas trouver ces personnes-là ? Et puis, s'il manque d'argent, bien c'est tant pis. Puis c'est gros de l'ouvrage, ça se fait que si tu les dis que tu veux pas, ils pèsent sur tes épaules, puis te donne de la misère avec tes soins.

Alors, c'est ce qu'ils appellent, bien, s'excuse moi que je le dis en anglais, mais c'est *Self-Management* qu'ils appellent ça.

Et puis, ils te font la vie misérable jusqu'au temps que tu dis, ok bien je vais prendre self-management puis si tu dis non, j'en veux pas de self-management, bien là ils font, ils essayent à te faire de... Ils te changent de personnes constamment. Dernièrement on a eu comme au-dessus de 50 personnes qui sont venues. (Aidante 004)

Il revient donc aux aidants de gérer l'organisation et le stress qui accompagnent cette lourde responsabilité, laquelle s'ajoute à celles qu'ils avaient déjà.

5.2 Privatisation des services

La Loi canadienne sur la santé repose sur cinq principes fondamentaux que sont l'universalité, la gestion publique, l'accessibilité, la transférabilité et l'intégralité³. Nous avons démontré dans la section précédente que les francophones en situation minoritaire rencontrent des difficultés d'accessibilité aux services de santé, même ceux médicalement requis, dans l'une des deux langues officielles. Or, il s'avère que le principe de gestion publique des services de santé est aussi touché, ce qui se répercute indéniablement sur la qualité des services offerts à domicile.

C'est un organisme privé qui en ont au moins 7-8 à Winnipeg de ces facilités-là. Nous on a déjà eu affaire avec eux pour les services de soins à la maison c'était les pires services qu'on pouvait recevoir ils envoyaient du monde qui avait aucune formation qui ne savaient pas comment ou qu'est-ce que c'était les situations. Ils n'avaient pas été informés franchement qu'elle avait la démence. Ils nous appelaient et nous disaient « je ne peux pas affaire avec ça » mais j'ai dit « c'est vous les professionnels, c'est vous qui devriez être capables de faire affaire avec ces choses-là » (Aidante 001)

La privatisation des services touche également les services d'hébergement.

Moi j'ai de l'inquiétude parce que maintenant il y a déjà un gros manque et le manque deviendra de plus en plus gros d'année en année, de pire en pire. Non seulement pour les francophones, mais aussi pour tout le monde. Ils ne sont pas en train d'accepter qu'il y ait un problème ou ils ne le voient pas. Accepter que ce soit des compagnies privées qu'ils vont prendre la relève, mais ils vont prendre la relève oui pour faire de l'argent, pas pour leur personnes âgées.

³ La politique Canadienne sur la santé : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/page-2.html#h-3>

Les actionnaires veulent avoir un retour sur leur 1\$. Ce qui est normal pour eux, mais ce n'est pas bien pour les personnes âgées, ça ce n'est pas seulement les francophones, mais les gens en général(...).

Leurs plans c'est de donner ça à des compagnies privées pis les compagnies privées ne sont pas intéressées dans la langue, la culture et la religion, des choses comme ça. Ça coûte de l'argent pour eux et puis y sont pas intéressés. Ils n'embauchent pas des francophones tsé y font pas d'efforts du tout.(Aidant 001)

Tel que le mentionne cet aidant, bien que la privatisation des services d'hébergement ne touche pas uniquement les francophones, ils en sont toutefois doublement victimes. D'une part, parce que la pénurie des places d'hébergement pour les francophones est plus importante, de sorte qu'ils peuvent devoir plus souvent recourir à des ressources privées pour répondre à leurs besoins. D'autre part, parce que les ressources privées dont l'objectif consiste à faire du profit n'ont pas intérêt à tenter d'accommoder les francophones en leur offrant un service dans leur langue et leur culture, car trop coûteux et non rentable en fonction du nombre de personnes susceptibles d'y recourir.

5.3 Politique officielle d'assimilation des francophones

Des aidants nous ont mentionné leur perception selon laquelle les professionnels ou le système de santé aurait une attitude assimilatrice envers les francophones. C'est-à-dire que plutôt que d'embaucher du personnel bilingue, d'offrir des cours de français à ceux qui sont unilingues anglais, on préfère tenter d'obliger les francophones, déjà fragilisés par un problème de santé, à s'exprimer en anglais au sein de leur institution identifiée comme bilingue. Une aidante ayant elle-même travaillé dans le système de santé à titre d'infirmière soutient que la philosophie du personnel consiste à régler le problème des francophones en leur apprenant l'anglais.

La plupart de ces gens-là ne reconnaissent pas le fait que nous comme francophones ici qu'on a besoin des services un peu différents ou certainement dans notre langue avec notre culture. On dirait qu'ils ne veulent pas reconnaître ça, ils veulent nous immerger dans le système de Winnipeg.(Aidant 001)

Puis l'attitude, comme je t'ai dit tout à l'heure, l'attitude c'est, à l'Hôpital Saint-Boniface, « teach them all how to speak english and we'll be fine ». (Aidante 002)

En somme, il semble, selon notre interprétation des expériences ici essentiellement des aidants, que les services de santé ne soient pas organisés en fonction de leurs besoins ni de leur contraintes et réalités en tant que francophones. Premièrement, le système de santé renvoie une lourde responsabilité aux aidants en leur demandant de gérer les services qu'ils reçoivent. Or, trouver eux-mêmes du personnel francophone compétent est difficile. Deuxièmement, la privatisation des services pénalisent les francophones qui ne sont pas priorisés par les organismes à but lucratif offrant les services de santé délaissés par l'État manitobain. Enfin, la politique officieuse d'assimilation des francophones au sein de certaines institutions crée un malaise qui n'incite pas les francophones à demander des services dans leur langue maternelle.

6. Défis de l'offre de services en français

Les défis dans l'offre de services de santé en français du point de vue des aînés et des aidants sont nombreux. Ils seront abordés plus loin lorsque nous traiterons des obstacles à l'accès et des lacunes dans l'organisation des services, car il est parfois difficile de distinguer les défis des lacunes et des obstacles, tous interreliés. Certains se répètent dans plusieurs de ses catégories, alors que nous avons parfois choisi d'aborder une dimension par exemple en tant qu'obstacles plutôt que lacunes, ou vice-versa.

Au préalable, il nous semble opportun de poser un regard plus large sur les défis généraux qui englobent tous les autres. De fait, deux principaux défis ressortent des entrevues : un défi relatif au rapport identitaire que les aînés et les aidants entretiennent par rapport à la langue française, et le second, lié au premier, que nous appelons le paradoxe de l'offre et de la demande.

Considérant que la langue parlée influence le mode de pensée des individus, et que ce dernier se répercute sur le comportement, dont le comportement de santé, il ressort clairement de cela que les dimensions culturelles jouent un rôle important dans la perception des aînés et des aidants de l'offre de services de santé. Dans le contexte de notre étude, la langue (sa préservation et son usage) est l'élément culturel sur lequel repose le premier défi de l'offre de service de santé en français identifié par les participants. D'une part, la langue est difficile à préserver dans un contexte où l'on parle français à la maison, mais où toute la vie professionnelle et sociale se passe en anglais.

Ça fait longtemps que je ne parle pas le français parce que mon environnement c'est plutôt l'anglais, alors [Ils ne font pas l'effort?] Non. Ils ne font pas l'effort ou peut-être qu'ils ont oublié leur français.(Aidante 004)

D'autre part, le contexte minoritaire fait que les francophones sont parfois plus à l'aise en anglais, car ils ne maîtrisent pas le vocabulaire du domaine de la santé en français.

Quand je fais affaire à la banque, ils me demandent 'veux-tu ça en français ou veux-tu en anglais?' Puis je dis anglais d'habitude, parce que je ne comprends pas les termes français dans le business.[Est-ce que c'est comme ça aussi pour la santé?] Oui. Tout mon cours de garde malade n'était pas en français, y'était en anglais.(Aînée028)

Ou encore, ils estiment que le niveau de leur français n'est pas suffisamment élevé. Ici, l'aînée compare le français de la campagne au français de la ville pour conclure qu'elle est désavantagée d'avoir grandi en ville. Par conséquent, elle se sent complexée au regard de la qualité de son français et s'inquiète de ce que les francophones de la campagne vont en penser. Pour une aidante, elle estime son français inférieur à celui de sa belle-sœur, professeure de français.

Mais ici, moi je trouve que c'est trop, c'est tout du monde de la campagne. C'est tout du monde qui sont gentil, tu sais, ce n'est pas que je n'aime pas le monde, je les aime, mais quand je parle, ça me fait, ça me dérange parce que mon français est pas aussi bon que le leur. Tu sais ce que je veux dire [...] Des fois je vais sortir des mots anglais puis je me dis à moi-même, bien qu'est-ce qu'ils vont penser, tu sais? Mais ce n'est pas de ma faute, c'est comme ça que je suis.(Aînée028)

Pis quand j'entends ma belle-sœur ben toujours elle me parle pis je ne comprends pas des fois à cause de son parlé. À cause elle va parler des affaires médicales en français pis je me demande à moi-même pis tsé je me dis « you know ». Ben elle a toujours été une maitresse en français, « so it's different for her ». (Aidante 003)

En revanche, il semble que, pour certains, le rapport identitaire à la langue remonte à la surface au cours de la vieillesse ou plutôt lors du retrait de la vie professionnelle passée en anglais.

Mon origine ç'a toujours été français. Et puis, il y a tant d'années, j'ai travaillé probablement tout le temps en anglais. Mais après que j'ai pris ma retraite, mon français est revenu parce que je regarde plus la télévision en français. Et puis on dirait que ça revient. Puis là, aller au Centre, je peux m'expliquer mieux en français qu'en anglais (...). Maintenant, je pense qu'on retourne plus à nos racines. Puis là on insiste d'avoir des services en français. (Ainé 026)

Ainsi, on sent un rapport ambigu avec la langue : on a lutté pour la préserver, on l'aime, mais on pense qu'on ne la parle pas bien ou pas suffisamment. On aimerait des services en français sans les connaître ou sans toujours les demander. Sans se rendre compte non plus, au quotidien, que cela contribue à diminuer l'offre de services en français.

Il a fallu se battre nous autres pour garder notre français (...). C'est dur parce que j'ai été élevée en français à la maison, en anglais en dehors de la maison (...). Ma génération on parlait tous anglais que si on avait besoin des soins, on parlait anglais puis on demandait pas pour les services en français. (Ainé 026)

On peut percevoir un ancrage identitaire profond, mais non acté, et fort conséquent sur l'offre de services. La question que pose cette aidante est très révélatrice à cet égard.

J'ai vu que l'Université avait fait une chose [un Pavillon offrant des cours en sciences infirmières en français] pour les gardes malades. Mais pourquoi? L'Hôpital[St-Boniface] ne sera pas français. Elle ne changera jamais cet Hôpital-là. (Ainée028)

Cette aidante se demande pourquoi former des infirmières francophones à St-Boniface suggérant une certaine forme de défaitisme face à l'amélioration des services de santé en français.

Le second défi lié à l'offre de service en français concerne justement cela. Nous le nommons le paradoxe de l'offre et de la demande, car les aînés et les aidants reconnaissent en même temps deux situations antinomiques. D'un côté, les services sont méconnus et les professionnels francophones invisibles, ce qui fait que l'offre de services de santé en français n'est pas assez active, encore moins portée à la connaissance du public.

Est-ce que vous voyez beaucoup de choses en français ici? (...) C'est faut que tu regardes le TV en français pour le savoir. Ce n'est pas sur la télévision en anglais.
(Ainé 027)

[Quand qu'on rentre dans un organisme là, je ne sais pas, ben centre de santé Saint-Boniface, est-ce que les gens vont porter des tags comme bonjour / hello?]À des, ah oui! À des endroits! Tu sais, comme parfois ils vont mettre une étiquette sur le bureau là. Ici on parle français. [...] Ben, tu ne vois pas ça trop trop souvent, mais, j'imagine qu'il y a quelqu'un de disponible qui parle français ben, ils mettent un... (Ainée 029)

De l'autre, il n'y pas suffisamment de services ou de personnel francophones pour répondre à la demande et, par conséquent, il faut augmenter l'offre, élargir le continuum de soins de la prévention aux soins palliatifs et offrir plus de services à proximité.

Bien, les défis c'est qu'il n'y a pas assez de personnels d'abord. Puis ça se comprend, le personnel bilingue, c'est pas tout le monde, on est pas tous doué pour travailler dans le système de santé (...). Alors, c'est un défi parce que y'en n'a pas assez, y'a pas assez de monde pour rendre les services en français.(Aidante002)

Bien, oui, il en manque beaucoup de services en français pour les personnes âgées (...). Faudrait qu'il ait plus de places parce qu'un Centre de santé peut pas servir à toutes les personnes qui veulent des services en français. (Aidante 004)

Avoir plus de médecins francophones. Comme ça on a pas besoin de se battre (...). Comme physio, la thérapie, physiothérapie, j'ai jamais vu aucune place qui donne ça en français.(Ainé 026)

Je comprends qu'en vieillissant (...) ça arrive que les personnes âgées ont besoin de se faire palliative (...) ben la tsé, moi je ne sais pas, moi comment facile que c'est d'avoir ce service-là en français.(Ainée025)

Ainsi, le plus grand défi semble être de faire face à ce paradoxe : rendre plus visible l'offre de services en français, ce qui aura par ailleurs pour conséquence d'augmenter la demande, alors que l'offre actuelle ne suffit déjà pas à répondre à la demande.

6.1 Facteurs facilitant l'accès et l'utilisation des services de santé en français

Afin de répondre aux principaux défis de l'offre de services de santé en français, les aînés et aidants ont identifié des facteurs facilitant l'accès puis l'utilisation des services. Nous les avons regroupés selon qu'ils renvoient à des facteurs structurels ou organisationnels (donc relevant du système), des facteurs personnels ou individuels (relevant de l'utilisation qu'on fait du système), ou encore des facteurs informationnels (lesquels permettent l'utilisation sans toutefois la garantir).

La structure organisationnelle peut favoriser une meilleure accessibilité aux services en français selon les aînés et les aidants. L'exemple du Centre de santé Saint-Boniface en est une parfaite illustration. Du fait de regrouper un grand nombre de professionnels sous le même toit, il rend visible l'offre de services et permet d'accéder à une équipe de professionnels de langue française. Il y a une réponse collectivisée et organisée aux problèmes individuels.

Bien le Centre de Santé, c'est vraiment une bonne place pour nous les francophones. Comme nous, on va à la même place pour [tous] nos services médicaux. On est fortuné d'avoir ça. (Aidant 001)

Mais tu vois à cause que qu'ils ont ce système où c'est que vraiment, dans mon expérience à moi, ils ne font pas attendre longtemps. Je peux pas dire, je ne peux pas plaindre ça, pis comme je trouve toujours que la réception est très gentille, très avenante, très polie. Non je veux dire, je ne peux pas me plaindre vraiment du Centre de Santé (...). Ils ont quand même un bon système aussi efficace dans la mesure du possible. Tous les autres systèmes ne sont pas aussi efficaces. (Aînée 025)

Au-delà de la structure, certains aînés et aidants sont d'avis qu'il appartient également à l'individu lui-même de poser des gestes et actions pour accéder aux services ou pour s'assurer de leur qualité : demander, insister, revendiquer, persister, patienter, relancer et être présent. Ainsi, un second facteur facilitant l'accès ou l'utilisation de services en français se retrouve dans les aptitudes individuelles de l'aîné ou de l'aidant.

Il faut demander pour recevoir. Puis vraiment demander puis insister. (Aîné 026)

Il faut toujours persister, il faut être patient parce que si tu persistes pour avoir ton service en français des fois il faut attendre (...). Ça prit 4-5 mois, je laissais mon nom, je rappelais à chaque 3-4 semaines ça pris des mois avant qu'on me rappelle. (Aidant 001)

Faut revendiquer pour nos parents, il faut être très présent. Faut que les familles soient très présentes, sans ça, les aînés, si y'a personne qui s'en occupe (...), sont assis là puis y'a personne... C'est à peine s'ils vont leur donner à manger. (Aidante002)

Les différents canaux de communications ou de diffusions de l'information constituent un autre facteur facilitant l'accès aux services de santé abordé par les aînés et les aidants de notre échantillon. L'information agit de médiateur entre la structure organisationnelle existante et la capacité individuelle d'aller chercher les services. Cette information est essentielle à connaître pour les participants et doit provenir des structures organisationnelles.

Des fois on en reçoit, comme c'est tu santé en français ou santé? Des fois tu reçois une carte là et ça dit 'si vous voulez appeler, tel numéro, tel numéro, tel numéro'. On a déjà reçu ça. Tu sais, une carte plastifiée. Je pense que je l'ai contre mon téléphone. Alors, faudrait qu'on sache qui appeler, tu sais (...). Soit dans *La Liberté* ou que ça soit envoyé à la maison ou que ce soit à travers de je sais pas moi. En tout cas, la publicité, l'éducation des gens, faut laisser savoir en tout cas (...). Puis moi, parce que quand je veux des services en français, bien, tu sais, je sais où appeler. Je prends mon bottin de services en français Allô là...(Aidante002)

Ainsi, il semble qu'il n'y a pas qu'un seul facteur favorisant l'accès et l'utilisation des services en français. D'abord, on constate que les aptitudes personnelles sont déterminantes dans l'accès aux services. De par leurs attitudes et comportements, certains aînés et aidants bénéficient facilement des services alors que d'autres en seront privés. Dans cette logique, on mise sur le volontarisme des individus. Pour ce faire, il demeure néanmoins nécessaire qu'en amont, les services soient organisés, et une structure abritant plusieurs services et professionnels au même endroit constitue un bon moyen d'obtenir des services en français. Enfin, la diffusion de l'information contribue aussi à l'utilisation des services en français et permet de faire le lien entre la structure organisationnelle et les capacités individuelles.

Dès lors, il est possible de conclure que les propositions d'améliorations du système de santé avancées par les aînés et les aidants touchent à la fois des dimensions individuelles (attitudes et actions à l'égard de la revendication de ses droits d'accès à des services en français) et des conditions systémiques de l'usage, comme la mise en place de services regroupés et organisés pour desservir une clientèle francophone) et la diffusion de l'information de manière efficace et ciblée. . Une meilleure offre de service devra donc en tenir compte et jouer sur ces trois tableaux interactifs.

6.2 Obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de santé en français

Bien qu'il existe des facteurs facilitent l'accès aux services, il semble que de nombreux obstacles soient aussi présents. Les aînés et les aidants ont parlé de la pénurie de personnel, du manque de ressources, de l'absence de volonté politique de servir les francophones dans leur langue maternelle, le manque de sensibilisation de certains francophones qui ne demandent pas de services en français, les distances à parcourir pour accéder aux services en français ou encore le manque d'informations sur les services en français.

Le premier obstacle, nommé par presque tous les participants, est sans contredit la pénurie de personnel pouvant parler le français. Les participants ont notamment nommé des médecins, mais aussi des spécialistes, des pharmaciens et autres.

Manque des services de santé en français pour les populations... Bien, oui, il en manque beaucoup, de services en français pour les personnes âgées. (Aidante 004)

Bien, les défis c'est qu'il n'y a pas assez de personnels d'abord. Puis ça se comprend, le personnel bilingue, c'est pas tout le monde, on est pas tous doué pour travailler dans le système de santé (...). Alors, c'est un défi parce que y'en n'a pas assez, y'a pas assez de monde pour rendre les services en français. (Aidante 002)

Parce ce que il faut, quand tu prends un nouveau médicament, il donne l'instruction. Si quelqu'un peut nous expliquer en français (...) le pharmacien (...). Même si vous voulez juste un remède pour la toux ou quelque chose. Je veux dire...

Tu peux lire l'instruction en français sur la boîte, mais des fois t'as des questions. Puis il y a pas beaucoup de pharmaciens qui parlent français ou qui disent qu'ils donnent un service en français. (Aîné 026)

Les aidants soulignent aussi le manque de ressources d'hébergement en français comme un important obstacle à l'accès aux services en français. Ceci les oblige à consentir à un hébergement temporaire ou une hospitalisation dans un milieu anglophone en attendant d'obtenir une place dans un foyer de soins où le personnel peut s'exprimer en français.

En attendant faut placer ces gens-là à quelque part. Elle peut pas rester à l'hôpital, elle peut pas retourner [chez elle], elle ne peut pas venir ici [au Foyer choisi], comme y'a pas de place pour elle. Alors qu'est-ce que tu fais avec ces gens là ? Tu les places en intérim à quelque part quand on s'est fait dire ça on s'est fait suggéré une place au centre-ville. On a dit « non y'avait eu un meurtre le soir avant dans le parc je veux pas qu'elle aille là ». Une [autre] place loin, on a dit « ben non on reste [lieu de résidence des aidants] , on veut pas qu'elle aille là ». Pis la y'ont dit [nom du centre d'hébergement temporaire actuel]. Ok on va la mettre là ». Mais t'as pas, tsé, mais quand c'est un cas un peu urgent, il faut la sortir de l'hôpital, il faut, Il nous pousse.(Aidant 001)

Bien sûr parce que ma mère était francophone et elle avait plus de faciliter à s'exprimer en français (...). La travailleuse sociale parlait français au Centre Taché on lui parlait français quand elle allait pour du *Respite*. Mais quand c'est venu à l'Hôpital Saint-Boniface, quand c'est venu avant de la placer au Centre Taché, y'avait pas de services disponibles, on l'avait assigné à l'Hôpital [nom de l'hôpital anglophone] où il n'y a pas de services en français.(Aidante 002)

Néanmoins, l'accès aux services en français ne semble jamais acquis, même dans un Foyer de soins francophone, et lorsque les aînés souffrent de troubles cognitifs rendant difficile la compréhension en anglais.

Pis tant qu'à ça, le bingo y call pas en français, c'est tout en anglais (...). Comme l'après-midi, ils ont des fois une personne qui va jouer de la musique. Et Puis d'autres journées ben il y a une social activities girl, mais ceux qui sont comme [mon mari], ben ils étaient laissés de côté parce qu'ils ne comprenaient pas assez [à cause des déficits cognitifs].. Ils s'assoient autour d'une table pis ils vont jouer avec des portraits, des cartes, mais c'est en anglais. (Aidante 003)

Ce manque de place en hébergement constitue une incohérence : plusieurs centres d'hébergement ou appartements avec services de santé existent pour les personnes âgées autonomes ou en légères pertes d'autonomie.

Or, une fois que la santé des aînés se détériore et qu'ils ne peuvent plus vivre dans leur logement, il n'y a plus suffisamment de places pour les héberger dans un foyer de soins de longue durée francophones.

Au niveau de « assisted living » comme au Manoir de la Cathédrale, ça il y en a beaucoup de ça, il y a Villa Aulneau, Place Despins. Alors je pense à ce niveau c'est adéquat pour le moment. Mais quand ça vient à l'autre niveau, comme « personal care home » des soins personnalisés comme Valade, il n'y a pas assez de places. Parce que toutes ces personnes au niveau du manoir pis ça, un moment donné ils auront besoin, soit qu'ils vont mourir ou bien qu'ils auront besoin de soins personnalisé au niveau de Valade ou Taché pis ça à ce niveau je trouve qu'il n'y a pas assez de services en place pour ce niveau-là de soins personnalisés. (Aidant 001)

L'offre de services en français en contexte minoritaire, bien étant un droit constitutionnel, demeure soumise à la volonté politique de faire appliquer les lois et politiques permettant leur prestation. Cela constitue un autre obstacle pour les aînés. Ils soupçonnent justement un manque de volonté politique à cet égard, provenant soit directement des élus, soit par le biais des administrateurs des services.

Ou si c'était un temps d'élections. Il a des manières, comme, faut vraiment insister. Autrement, le gouvernement nous donne pas. Même le gouvernement, si ils peuvent s'en sauver de nous donner quelque chose en français ils vont le faire. Parce qu'on a pas la majorité (...). Ben si on a pas l'accès [au services en français], qu'est-ce qui va arriver avec notre français? C'est tu une autre chose qu'on va perdre? (Aîné 026)

On a travaillé, on a travaillé fort pour garder le français dans notre département quand je travaillais là. J'ai travaillé là 17 ans et demi. Puis, on insistait que des enfants qui venaient de la ferme, qui venaient de la campagne. Fallait qu'ils [le personnel] apprennent le français, fallait qu'ils y avaient le français, mais ils [les enfants] le connaissaient pas l'anglais, puis les envoyaient à l'Hôpital des Enfants. Ca fait qu'on essayait, on faisait notre possible de prendre n'importe quoi qu'il nous arrivait là. Mais, ils ont tous... Ils laissent tout aller à Saint-Boniface. On s'est débattu pour ça, on s'est débattu pour le *Intensive Care* des enfants, on voulait avoir le *Intensive Care* en français, on ne l'a pas eu. L'Hôpital *Health Science Centre* offre tous ces services-là eux-autres. Puis, j'ai entendu dire, je ne sais pas exactement qui ce qui m'a dit ça, mais c'est notre Board of Governors de l'Hôpital qui donnent du trouble au WRHA. Alors, c'est pour ça qu'on n'a rien. (Aînée 028)

Comme la plupart des services de santé en français se situent sur les territoires de Saint-Vital et de Saint-Boniface, les aînés et les aidants soulèvent en outre la distance à parcourir comme étant un autre obstacle à l'accès et à l'utilisation des services en français.

[Et pourquoi toi tu voudrais retourner à Saint-Boniface?] Pour être proche des services en français (...). C'est pas que c'est loin, mais l'affaire est que, tant qu'elle peut conduire on peut voyager. (Aîné 026)

Les principaux obstacles nommés par les aînés et les aidants, soit la pénurie de personnel, le manque de ressources (places en hébergement), l'absence de volonté politique et la distance géographique contribuent probablement au fait que les aînés et les aidants se résignent et ne demandent plus de services en français. Or, ceci constitue un autre obstacle identifié par les aînés et les aidants dans la mesure où, par leur silence, ils contribuent eux-mêmes à justifier la non nécessité d'offrir des services en français.

C'est peut-être [à cause] du monde comme moi, que ça ne leur fait rien. (RIRES). Ça n'aide pas hein? Je ne suis pas pour causer du trouble parce que le monde ne me comprend pas en français, tu sais.(Aînée 028)

Mais le monde devrait s'informer(...) c'est encore plus facile. Faut pas être ça trop ignorant là. Faut que t'avance toi-même. (Aîné 027)

Pour une aidante, le problème est que l'offre active n'est pas là, et ce que certains sont intimidés de demander des services en français.

Le service n'est pas offert activement, alors. Donc, y'a des francophones comme on le sait, ils vont se, ils vont prendre ce qu'on leur offre sans insister parce que c'est intimidant se faire, je veux dire c'est comme genre épouvanté se faire menacer. (Aidante 002)

Quoi qu'il en soit, il semble que les obstacles, tout comme les facteurs facilitant l'accès aux services, relèvent à la fois de contextes organisationnels, structurels, politiques et individuels, donc variés et interreliés, de sorte que les solutions ne doivent pas relever d'une seule de ces composantes.

6.3 Propositions d'amélioration de l'accès ou de l'utilisation des services de santé en français

Les aînés et les aidants ont proposé de nombreuses pistes pour améliorer l'accès ou l'utilisation des services de santé en français qui peuvent être regroupées en quatre secteurs. Premièrement, les principaux commentaires d'améliorations touchent le recrutement et la formation du personnel prestataire de soins. Également, les sources de communication et d'information au sujet de l'offre de services mériteraient d'être revues selon les aînés et les aidants. Des propositions d'amélioration concernent notamment les individus, soit les aînés eux-mêmes. Et enfin, des changements d'ordre structurel visant à modifier les infrastructures dispensatrices de services devraient être considérés.

6.3.1 Augmenter le nombre et la formation de personnel francophone

La majorité des aînés et des aidants sont d'avis que ce qui améliorerait le plus l'offre de services en français relève de la formation du personnel. D'une part, on parle d'augmenter le nombre de professionnels francophones.

Il faut qu'il y ait plus de personnes aussi qui veulent travailler en français. Faudrait qu'il ait plus de médecins qui apprennent le français, que les médecins et les employés qui apprennent le français puis qui offrent ces services-là. (Aidante 004)

Moi ce que j'aimerais c'est voir plus de personnes pour leurs aider à ce monde-là, pour aider aux garde-malades, pour que ça l'aïlle mieux. Tsé ils [les aînés] sont comme délaissés, pis il y en a qui s'ennuie parce que ya pas assez d'activité(...). I don't want to say that you're not good nurses but there's not enough of you here. Pis je pense que c'est peut-être pour ça qu'ils ont eu peur, je ne sais pas pour quoi faire ils m'ont téléphoné 2-3 fois pour me questionner. Puis j'ai toujours dit la même chose « not enough help, not enough help » [...] during the night nobody on this floor. (Aidante 003)

Une façon concrète de le faire : accentuer le recrutement auprès des jeunes dans les écoles secondaires, faciliter leur accès aux études universitaires et leur rétention afin d'avoir un bassin plus grand de professionnels francophones à la disposition de la communauté franco-manitobaine.

Mais qu'est-ce qu'arrive à tous les médecins qui viennent prendre faire les études? Qu'est-ce qu'arrive à ces médecins-là après qu'ils partent du Centre de santé? Ils ont pas de place à aller? Les résidents, les médecins résidents, ils prennent leur... Je sais pas comment on dit ça en français, leur internship, leur... stages, au Centre de santé. Une fois qu'ils sont gradués, où vont-ils? [Il faut] faciliter l'emploi pour ces médecins. Pour qu'ils restent dans la communauté. (Aîné 026)

Mais je suis sûr qu'on a des jeunes francophones qui sont capables d'être médecin en français, mais faut peut-être faciliter leur accès à l'Université, *I don't know* (...).Vendre la salade aux jeunes du secondaires, de, tu sais. On a besoin des infirmières, on a besoin des gens qui travaillent dans les soins de santé. Tu sais, là ils ont offert, Marcel Desautels, à l'Université pour les soins de santé, puis pour les travailleuses sociales, évidemment c'est un grand besoin. (Aidante 002)

D'autre part, le contenu ou la nature de la formation du personnel est aussi remise en question. Par-là, les aînés et les aidants proposent que la formation permette au personnel de soins d'être plus empathique à l'égard des aînés qu'ils soignent, de mieux comprendre les besoins particuliers des francophones, et de saisir les particularités de la langue française et non simplement en comprendre les mots.

Comment peut-on améliorer les services en français pour les aînés? C'est des sessions de formation comme comment démontrer beaucoup d'empathie. I mean, si t'aimes pas travailler avec les vieux, va pas là, va t'en travailler ailleurs (...). Tu sais, si t'aimes pas ta job, restes pas là.(Aidante 002)

Faudrait donner une formation de langue, des expressions familières de nos aînés parce que c'est ça qu'on a grandi avec (...) Comme quand ma mère a disait 'j'ai envie', c'est parce qu'elle avait envie d'aller a toilette, mais une personne qui vient d'un autre pays, tu dis 'j'ai envie', il sait pas qu'est-ce que ça veut dire (...). C'est pas j'ai envie de toi là, ok, ça veut pas dire la même chose, ça veut dire j'ai envie de faire pipi.(Aidante 002)

6.3.2 Augmenter l'offre active de services en français

Pour accéder à des services en français, il serait important, dans un premier temps, que les aînés puissent connaître les services auxquels ils ont droit.

Or, on nous a mentionné que ce n'est pas toujours le cas. Plusieurs aînés suggèrent des manières de rendre plus accessible l'information sur l'offre de services par le biais de l'affichage clair dans les milieux de santé, ce qui renvoie à une forme d'offre active, pour des gens déjà en besoin de services.

Ça peut être à la réception où c'est que si la personne a besoin d'utiliser ces services on peut lui donner un dépliant ou on peut la guider vers la bonne ressource où c'est qu'elle peut se servir en français. (...) Bien, mais je ne sais pas moi, peut-être une autre façon, c'est que les employés ont un petit tag « je suis bilingue » (...). Si la patiente elle veut parler en français et puis qu'elle voit « je suis bilingue » au moins elle peut choisir de parler français. (Aînée 025)

Tantôt on a parlé d'écrire hello, bonjour, c'est une stratégie. (Aîné 026).

Concernant l'information, je ne sais pas, comme les secrétaires peuvent porter un bonjour/hello si elles sont bilingues (...) ça serait plus facile de s'adresser (Aidante 003)

Or, la diffusion de l'information peut également viser un public plus large et s'adresser à tous les francophones par le biais des médias (télévision et journaux).

Mais est-ce qu'il y a d'autres stratégies qui peuvent vraiment faciliter ? Ben on pourrait même utiliser la télé pour faire des annonces que on donne des services en français. Le service de La Liberté euh, même le Free Press puisque maintenant il y a une section qui est francophone. (Aîné 026)

6.3.3 Sensibiliser les francophones à leur droit d'obtenir des services en français

Nous avons abordé plusieurs fois dans ce rapport que les aînés et les aidants mentionnent qu'il leur appartient aussi de faire des démarches pour accéder aux services en français, de les demander, voire les exiger. Dans ce sens, ils ont aussi mentionné que leurs actions individuelles peuvent également contribuer à améliorer l'offre de services.

Pour se faire, ils proposent de répondre en français lorsqu'on s'adresse à eux en anglais, insister pour recevoir des services en français,

On s'impose. Si les gens nous répondent en anglais, on leur répond en français, des choses comme ça. Moi j'ai déjà fait ça par exprès.

En voulant dire que je ne veux pas parler en anglais, même si j'ai la capacité de parler en anglais, je veux mon service en français. Éventuellement, la personne se dira « bon va falloir je trouve quelqu'un qui parle français. (...). Ma stratégie c'est de forcer le monde à me parler en français, c'est la seule stratégie que je connaisse. Moi je n'ai pas le pouvoir de faire des changements, on a des organismes dans notre communauté qui travaillent pour les services en français, la Société franco-manitobaine, le Centre Culturel.(Aidant 001)

Du même souffle, cette aidante admet que l'intervention individuelle comporte toutefois des limites dans la mesure où il s'agit d'un problème collectif. Se regrouper afin d'avoir un meilleur rapport de force pourrait être une meilleure solution. Il serait possible de faire une pétition, un groupe de lobbying pour faire des pressions et ainsi rendre l'action de revendication plus collective.

On est très individuel. Peut-être si avec une étude comme ça si on pourrait regrouper des personnes qui ont la même attitude que nous, alors peut-être qu'on pourrait devenir une force. Parce qu'une parole devient comme une parole dans le vent, mais un groupe peut avoir plus de pouvoir (...). Mais si avec un sondage comme ça, tu peux regrouper une vingtaine ou une quarantaine de personnes qui sont intéressées à poursuivre l'affaire, là tu as quelque chose. Tu peux faire un groupe de lobbying et dire écoute ok on a besoin de ça, nous autres aussi on a le droit à ça. (Aidant 001)

6.3.4 Améliorer l'environnement des lieux de soins

En termes d'amélioration des infrastructures, les aînés et les aidants rapportent qu'il serait possible, à des coûts relativement minimes, de rénover et d'embellir les lieux de vie des aînés en hébergement, simplement avec un peu de peinture ou de beaux rideaux.

Les forcer de faire quelque chose pour améliorer pour que ça ne soit pas si institutionnel, peindre les murs, changer les rideaux, fais ça attrayant pour le monde, la propreté. Fais ça pour que le monde se sente plus réveiller. Là tu vas là, c'est toute des zombies, scusez tsé ça fait pitié. (Aidant 001)

Les aînés et les aidants proposent plusieurs façons d'améliorer l'accès et l'organisation des services de santé en français : recruter et former davantage de personnel bilingue, et ce, à partir de l'école secondaire. Aussi, améliorer l'offre active à l'aide d'un affichage clair et des annonces publicitaires dans les médias sur les services offerts en français. Aussi, sensibiliser les francophones à exiger des services dans leur langue : cette sensibilisation peut se faire de manière individuelle, mais aussi collective. Enfin, on propose d'accorder une importance à l'environnement dans lequel sont offerts les services en soignant aussi la propreté des lieux. Ainsi, des propositions d'améliorations concernent les individus, soit les aînés eux-mêmes, alors que d'autres se tournent vers des changements d'ordre structurel visant à modifier les infrastructures dispensatrices de services.

7. Conclusion, discussion et recommandations.

Ce rapport a permis de faire plusieurs constats sur l'accès et l'organisation des services de santé aux aînés résidant sur les territoires de Saint-Boniface et de Saint-Vital sur lesquels nous revenons dans cette partie en y faisant des recommandations. Premièrement, il a fait ressortir que **les problèmes de santé** des aînés rencontrés en entrevue sont nombreux et multiples, malgré une perception de bonne santé pour plusieurs d'entre eux. Nous avons pu constater que de nombreux **services de santé sont utilisés** par les aînés afin de minimiser les conséquences de leurs problèmes de santé. Par ailleurs, nous n'avons pas réussi à couvrir l'ensemble du continuum de soins de santé.

Parce que les aînés mentionnent être responsables du maintien de leur propre état de santé et parce que les services de prévention, favorisant le bien-être, par exemple des activités sociales, des cours de danse ou de yoga provenant d'organismes communautaires et les services de santé mentale notamment ne figurent pas, ou très peu, dans la liste des services utilisés par nos participants, nous recommandons que :

- L'offre de services de santé en français aux aînés comprenne explicitement (donc soient intégrés et considérés dans le continuum de soins de santé offerts aux aînés), des services de prévention et de promotion de la santé. Ces services, moins coûteux et pour plusieurs disponibles en français, permettraient une prise en charge précoce de la santé des aînés.

Comme nous l'avons vu, les services utilisés sont la plupart du temps des services de langue anglaise. Les aînés sont généralement en accord avec le fait qu'un service en français est préférable à un service en anglais de sorte que certains ont fait la demande, voire exigé, d'être servis dans leur langue maternelle. Par contre, les services en français ne sont tout simplement pas disponibles dans certains cas. Parce que plusieurs aidants n'ont pas pensé demander des services en français, ou n'ont pas considéré la langue comme prioritaire dans leur exigence eu égard aux services, priorisant d'autres considérations, nous recommandons que :

- L'offre de services en français tienne compte des priorités des aînés et des aidants, et non seulement de la langue dans laquelle le service est dispensé : avoir accès rapidement à un service de qualité, à proximité du domicile et fourni par un professionnel compétent et en qui ils ont confiance.

L'accessibilité aux services en français a été particulièrement éclairante quant aux lacunes dans l'offre actuelle des services à Saint-Boniface et à Saint-Vital. Les aînés et les aidants nous ont effectivement parlé de la facilité d'entrer en contact avec les services ou les professionnels, mais aussi la possibilité d'entrer en relation significative avec eux.

L'accessibilité passe également par l'accès à des renseignements clairs et compréhensibles sur leur état de santé, l'accessibilité financière aux services et l'accès en termes architecturaux (pour les personnes à mobilité réduite).Parce que l'expérience d'accès aux services de santé comporte plusieurs dimensions nous recommandons que :

- L'accessibilité aux services en français tient compte des dimensions relationnelles, informationnelles, financières et architecturales. Ainsi, des efforts devraient être consentis dans toutes ses sphères, et non uniquement s'attarder à la langue, pour améliorer l'accès aux services en français.

En ce qui concerne les **relations avec le personnel**, de nombreuses expériences tant positives que négatives sont relatées. Les aspects sur lesquels il serait nécessaire d'intervenir concernent la compétence, le professionnalisme et la formation des aides en soins de santé offrant des soins à domicile et en institution. On se plaint des attitudes de certains personnels qui semblent fournir un service rapide, sans considération pour la personne qui reçoit le service et sans imputabilité. On souligne aussi que les personnes lourdement handicapées ou atteintes d'Alzheimer semblent moins appréciées par ce personnel. Compte tenu que les aides en soins de santé sont aussi les intervenants qui offrent des services essentiels et de proximité auprès des aînés, nous recommandons que :

- Les exigences d'admission et la formation des aides en soins de santé soient rehaussées afin de recruter un personnel plus compétent. La formation devrait tenir compte plus particulièrement des enjeux de l'offre de services en contexte francophone minoritaire, des particularités linguistique et culturelle des aînés-franco-manitobains, ainsi que de la complexité des problèmes de santé rencontrés par les aînés.

L'organisation des services, selon l'expérience des aidants, ne tient pas compte de leurs besoins ni de leur contraintes et réalités en tant que francophones.

Parce que la responsabilité renvoyée aux aidants pour la gestion des services qu'ils reçoivent, la privatisation des services (à domicile et en institution) et la politique officielle d'assimilation des francophones au sein de certaines institutions pénalisent doublement les francophones, nous recommandons que :

- Les aînés soient consultés dans l'organisation d'un réseau de services de santé en français sur leur territoire.

À cet égard, les aînés et les aidants proposent plusieurs façons **d'améliorer l'accès et l'organisation des services de santé en français** :

- recruter et former davantage de personnel bilingue sur les dimensions relationnelles et culturelles d'une offre de services en contexte minoritaire;
- améliorer l'offre active à l'aide d'un affichage clair et des annonces publicitaires dans les médias sur les services offerts en français;
- sensibiliser les francophones à exiger des services dans leur langue à l'aide d'actions individuelles et collectives et politiques;
- accorder une importance à l'environnement dans lequel sont offerts les services en soignant aussi la propreté des lieux.

Dès lors, il est possible de conclure que les propositions d'améliorations du système de santé avancées par les aînés et les aidants touchent à la fois des dimensions individuelles (attitudes et actions à l'égard de la revendication de ses droits d'accès à des services en français) et des conditions systémiques de l'usage, comme la mise en place de services regroupés et organisés pour desservir une clientèle francophone) et la diffusion de l'information de manière efficace et ciblée. Une meilleure offre de service devra donc en tenir compte et jouer sur ces trois tableaux interactifs.

Pour ce faire, il faudrait en amont adresser ce que les aînés et les aidants semblent considérer comme le plus grand défi: rendre plus visible l'offre de services en français, aura pour conséquence d'augmenter la demande, alors que l'offre actuelle ne suffit déjà pas à répondre à la demande. Et cela risquera de provoquer ce qu'ils tentent d'éviter à tout prix : embaucher du personnel bilingue, mais incompetent, rendant la qualité des services en français moindre que celle offerte en anglais. Pour éviter cela, il semble opportun de se souvenir de ce qu'en ont dit les aînés et les aidants : **les obstacles, tout comme les facteurs facilitant l'accès et l'organisation des services, relèvent à la fois de contextes organisationnels, structurels, politiques et individuels, donc variés et interreliés, de sorte que les solutions ne doivent pas relever d'une seule de ces composantes.**

8. Limites de l'étude

Toute étude, aussi rigoureuse soit-elle, contient un certain nombre de limites. Soulignons celles de la nôtre qui sont inhérentes aux choix méthodologiques. Premièrement, la nature qualitative de cette étude fait que le modeste échantillon ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des trajectoires suivies par les aînés et les aidants de Saint-Boniface et de Saint-Vital. Ainsi, les discours de six aînés et de quatre aidants, bien que fort riches, ne sauraient être représentatifs de toutes les trajectoires de soins possibles. L'objectif de cette étude consistait à faire état de différentes trajectoires de soins pour mieux appréhender le phénomène de l'offre de services de santé en français du point de vue des utilisateurs dans le but d'y apporter des améliorations. Notre petit échantillon nous a néanmoins permis de faire ressortir des obstacles et des défis ainsi que des manières d'y faire face, répondant ainsi à l'objectif général de l'étude.

Une seconde limite méthodologique porte sur le concept de saturation. Cette étude embrasse un grand nombre de thèmes certes, mais ceux-ci n'arrivent pas tous à saturation, du moins avec 10 participants. Par conséquent, notre analyse rend compte de plusieurs catégories qui pourraient certainement être redéployées à l'aide d'autres entrevues.

Les problèmes de recrutement et d'échéancier, plutôt que la saturation, ont davantage guidé la décision de cesser la collecte des données, ce qui constitue une limite que nous devons soulever. Par ailleurs, il faut signaler que plusieurs éléments ont été nommés par plusieurs participants, confirmant que certaines catégories auraient atteint la saturation.

Troisièmement, le fait que le recrutement des participants soit effectué par le biais de médecins du Centre de santé amène principalement deux biais : les trajectoires de soins se ressemblent un peu plus, et les commentaires concernant le Centre de santé ont plus tendance à être positifs.

Enfin, et cela constitue sans doute la limite la plus importante, les analyses des entrevues n'ont pas permis, comme nous l'avions imaginé, d'illustrer graphiquement les différentes trajectoires possibles des aînés dans le système de santé en fonction de leur état de santé. Par exemple, nous aurions souhaité être en mesure de 1) comprendre par où entrent les aînés dans le système de santé s'ils ont des problèmes de santé chroniques, aigus, s'ils nécessitent des soins d'urgence (les différentes portes d'entrée selon les besoins), 2) suivre leur cheminement dans le système, c'est-à-dire comment ils passent d'un service à un autre, d'un professionnel à un autre, 3) connaître les portes de sortie possibles. Ce faisant, nous aurions eu accès à de réelles trajectoires. Plutôt, nous avons fait ressortir des expériences dans le système de santé, ce qui permet tout de même de répondre à notre objectif de départ. Même si nous ne comprenons pas complètement le cheminement à travers le système, le médecin de famille est souvent présenté comme agissant à titre de médiateur entre différents services (hospitaliers, médecine spécialisée et aussi les soins à domicile). Son rôle dans la coordination des soins de santé se révèle très important et aussi très significatif pour les personnes âgées.

Enfin, une dernière difficulté vient du fait que nous avons procédé à un récit rétrospectif qui fait en sorte que les événements sont réorganisés de telle manière à rendre les événements cohérents « après coup ».

Un suivi plus direct (par les dossiers cliniques ou par observation et interviews) en cours de démarches ciblées nous aurait permis de mieux circonscrire la réalité à laquelle sont confrontés les demandeurs de soins.

Annexe 1 :

Schéma d'entrevue – Aînés

Ce questionnaire est destiné aux personnes âgées de 65+ qui fréquentent les services de santé à Saint-Boniface et Saint-Vital. L'objectif principal de l'étude est de connaître les trajectoires individuelles de ces aînés de 65+ pour pouvoir les garder en santé et les mettre en lien avec les divers éléments du système de santé (tels les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les soins à domicile, les logements pour aînés avec services de support et autres éléments du continuum des services qui s'avèrent pertinents). Plus spécifiquement, il s'agit de mener une recherche sur leurs **expériences personnelles avant, pendant et après utilisation des services de santé en français et les défis à relever pour améliorer l'accès** de ces services dans les secteurs ciblés de Saint-Boniface et Saint-Vital.

Votre participation est volontaire. Vous pouvez décider d'arrêter votre participation en tout temps et demander de ne pas utiliser les informations que vous aurez fournies. Les informations seront traitées en toute confidentialité et le rapport de recherche et toute autre publication ultérieure ne permettront pas de vous identifier.

1) Trajectoire individuelle des 65+ qui fréquentent les services de premières lignes dans les organismes de santé à Saint-Boniface et Saint-Vital

État de santé et prévention

- a) Pouvez-vous nous parler de votre état général de santé? Est-ce que vous souffrez d'une quelconque maladie (énumérer), d'une perte d'autonomie ? Depuis combien de temps ?
- b) Sentez-vous le besoin d'utiliser les services de santé pour vous garder en santé ? Si oui, quels sont les services que vous utilisez actuellement ? Si non, pourquoi?
- c) Y a-t-il des services que vous avez utilisés dans le passé ? Lesquels et pour quelles raisons ?
- d) Est-ce que vous cherchez à recevoir des soins de santé en français? Si oui, comment ? Si non, pourquoi?

2) Spécificité et diversité des trajectoires individuelles de services de santé pour les aînés de 65+

Expériences et temps de séjour en milieu hospitalier et dans les soins de santé

- a) Pouvez-vous parler de vos expériences **d'accès** aux soins de santé

-Si la personne a mentionné utiliser des services : Vous avez dit plus tôt que vous utilisez les services de (nommer les services utilisés). J'aimerais maintenant savoir comment vous avez obtenu ces services la première fois ? Quelles démarches vous avez faites ? Comment cela s'est-il passé (disponibilité, temps d'attente)?

-Si la personne a mentionné ne pas utiliser des services : Vous avez dit que vous n'utilisez pas les services. J'aimerais savoir si vous avez déjà essayé de demander des services. Si oui, comment cela s'est-il passé? Et pourquoi, finalement, vous ne les utilisez pas (disponibilité, temps d'attente ?)

Pouvez-vous parler de vos expériences avec les des services de santé que vous avez nommés.

- b) Quelles ont été (ou quelles sont) vos **relations** avec le personnel qui offre les services de santé (sont-ils facile d'accès, attitude envers les aînés, particularités ?)

3) Perception des aînés de 65+ de l'organisation des services de santé en français

Satisfaction des aînés de 65+ (services actuels et manquants)

- a) Quelle est votre perception, votre opinion des services de santé reçus en français? Quel est votre niveau de satisfaction ? (accès, demande, hébergement...)
- b) Quelle est votre perception de l'organisation des services de santé en français (services actuels et manquants)
- c) Selon vous comment peut-on améliorer les services pour les aînés francophones de votre communauté ?

4) Défis d'offrir des services en français

- a) Selon vous, qu'est ce qui peut faciliter l'accès aux services de santé en français ? Comment faites-vous pour avoir accès aux services de santé en français ?
- b) Quels sont les défis associés à l'accès aux services de santé en français? (Défis de nature organisationnelle, ... etc.)
- c) Quels sont les défis associés à l'utilisation des services de santé en français?
- c) Quels moyens ou pratiques pourraient faciliter l'accès et l'utilisation des services de santé en français? Est-ce qu'il y aurait une stratégie, ou plusieurs stratégies ou approches pour les diverses réalités de travail?
- d) Percevez-vous d'autres lacunes (manques) dans les services de santé en français pour la population âgée de St-Boniface et St-Vital? Si oui, lesquelles?

Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez nous dire par rapport aux services de santé dont on n'a pas parlé au cours de cet entretien ?

Annexe 2 : **Schéma d'entrevue- Aidants**

Ce questionnaire est destiné aux aidants de personnes âgées de 65+ qui fréquentent les services de santé à Saint-Boniface et Saint-Vital. L'objectif principal de l'étude est de connaître les trajectoires individuelles des aînés de 65+ pour pouvoir les garder en santé et les mettre en lien avec les divers éléments du système de santé (tels les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les soins à domicile, les logements pour aînés avec services de support et autres éléments du continuum des services qui s'avèrent pertinents). Plus spécifiquement, il s'agit de mener une recherche sur leurs **expériences personnelles avant, pendant et après utilisation des services de santé en français et les défis à relever** pour améliorer l'accès de ces services dans les secteurs ciblés de Saint-Boniface et Saint-Vital.

Votre participation est volontaire. Vous pouvez décider d'arrêter votre participation en tout temps et demander de ne pas utiliser les informations que vous aurez fournies. Les informations seront traitées en toute confidentialité et le rapport de recherche et toute autre publication ultérieure ne permettront pas de vous identifier.

1) Trajectoire individuelle des 65+ qui fréquentent les services de premières lignes dans les organismes de santé à Saint-Boniface et Saint-Vital

État de santé et prévention

- a) Pouvez-vous nous parler de l'état général de santé de la personne âgée dont vous êtes l'aidant? Est-ce qu'elle souffre d'une quelconque maladie (énumérer), d'une perte d'autonomie ? Depuis combien de temps ?
- b) Sent-elle le besoin d'utiliser les services de santé pour se garder en santé ? Si oui, quels sont les services qu'elle utilise actuellement ? Si non, pourquoi?
- c) Y a-t-il des services qu'elle a utilisés dans le passé ? Lesquels et pour quelles raisons ?
- d) Est-ce que vous, ou la personne âgée dont vous êtes l'aidant, cherchez à recevoir des soins de santé en français? Si oui, comment ? Si non, pourquoi?

2) Spécificité et diversité des trajectoires individuelles de services de santé pour les aînés de 65+

Expériences et temps de séjour en milieu hospitalier et dans les soins de santé

- a) Pouvez-vous parler de vos expériences **d'accès** aux soins de santé

-Si la personne âgée utilise des services : Vous avez dit plus tôt que la personne âgée dont vous vous occupez utilise les services de (nommer les services utilisés). J'aimerais maintenant savoir comment elle ou vous avez obtenu ces services la première fois ? Quelles démarches vous avez faites ? Comment cela s'est-il passé (disponibilité, temps d'attente)?

-Si la personne âgée a dit ne pas utiliser des services : Vous avez dit que la personne âgée dont vous vous occupez n'utilise pas les services. J'aimerais savoir si elle ou vous avez déjà essayé de demander des services? Si oui, comment cela s'est-il passé? Et pourquoi, finalement, elle ne les utilise pas (disponibilité, temps d'attente ?)

Pouvez-vous parler de vos expériences avec les des services de santé que vous avez nommés.

- b) Quels ont été (ou quels sont) ses **relations**, et les vôtres, avec le personnel qui offre les services de santé (sont-ils facile d'accès, attitude envers les aînés, particularités ?)

3) Perception des aînés de 65+ de l'organisation des services de santé en français

Satisfaction des aînés de 65+ (services actuels et manquants)

- a) Quelle est votre perception, votre opinion des services de santé reçus en français? Quel est votre niveau de satisfaction ? (accès, demande, hébergement...)
- b) Quelle est votre perception de l'organisation des services de santé en français (services actuels et manquants)
- c) Selon vous comment peut-on améliorer les services pour les aînés francophones de votre communauté ?

4) Défis d'offrir des services en français

- a) Selon vous, qu'est ce qui peut faciliter l'accès aux services de santé en français ? Comment faites-vous pour avoir accès aux services de santé en français ?
- b) Quels sont les défis associés à l'accès aux services de santé en français? (Défis de nature organisationnelle, ... etc.)
- c) Quels sont les défis associés à l'utilisation des services de santé en français?
- c) Quels moyens ou pratiques pourraient faciliter l'accès et l'utilisation des services de santé en français? Est-ce qu'il y aurait une stratégie, ou plusieurs stratégies ou approches pour les diverses réalités de travail?
- d) Percevez-vous d'autres lacunes (manques) dans les services de santé en français pour la population âgée de St-Boniface et St-Vital? Si oui, lesquelles?

Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez nous dire par rapport aux services de santé dont on n'a pas parlé au cours de cet entretien ?

Annexe 3
Questionnaire sociodémographique - Aînés

1. Quelle est votre année de naissance? : _____

2. Quel est le lieu (ville, village, pays) de votre naissance? _____

3. Depuis quand demeurez-vous à St-Boniface ou St-Vital? _____

4. Sexe : femme homme

5. Quelle langue parlez-vous le plus souvent **à la maison**?
 Français Anglais Autre : _____

6. Quelle est votre langue maternelle?
 Français Français /anglais
 Anglais Autre : _____

7. Quelle langue parlez-vous le plus souvent avec **votre famille** (enfants, sœurs, frères, cousins)?
 Français Anglais Autre :

8. Quelle langue parlez-vous le plus souvent **avec vos amis**?
 Français Anglais Autre :

9. Quelle langue parlez-vous le plus souvent dans votre **communauté**?
 Français Anglais Autre :

10. Quel est votre statut civil?

- Célibataire Conjoint-e de fait Veuf/veuve
 Marié-e Séparé-e/divorcé-e

11. Avez-vous des enfants ?

- Non
 Oui
 o Si oui, combien ? _____
 o Combien demeurent à proximité de chez vous (moins de 20 KM) ? _____

12. Quel est votre plus haut niveau d'éducation complété?

- Primaire (1 à 6e année)
 Secondaire (7 à 12e année)
 Collégial (professionnel ou technique)
 Universitaire

13. En **comparaison avec les gens de votre groupe d'âge**, comment évaluez-vous votre état de santé?

- Excellent Bon Très mauvaise
 Très bon Mauvaise

14. Quel est votre principal problème de santé : _____

15. Quel est votre revenu annuel ?

- Moins de 20 000 \$
 Entre 20 001 \$ et 40 000 \$
 Entre 40 001 et 60 000 \$
 Plus de 60 001 \$
 Refus de répondre

Merci de votre participation à cette étude

Annexe 4
Questionnaire sociodémographique - Aidants

1. Quelle est votre année de naissance? : _____

2. Quel est le lieu (ville, village, pays) de votre naissance? _____

3. Ou demeurez-vous actuellement (ville, village) _____

4. Sexe : femme homme

5. Quelle est votre langue **maternelle**?

Français

Français/an
glais

Autre :

Anglais

6. Quelle langue parlez-vous le plus souvent **à la maison**?

Français

Autre :

Anglais

7. Quelle langue parlez-vous le plus souvent avec **votre famille** (enfants, sœurs, frères, cousins)?

Français

Anglais

Autre :

8. Quelle langue parlez-vous le plus souvent **avec vos amis**?

Français

Autre :

Anglais

9. Quelle langue parlez-vous le plus souvent dans votre **communauté**?

- Français Autre : _____
 Anglais

10. Quel est votre statut civil?

- Célibataire Conjoint-e de fait Veuf/veuve
 Marié-e Séparé-e/divorcé-e

11. Quel est le lien que vous entretenez avec la personne âgée dont vous êtes l'aidant ?

- C'est mon père/mère
 C'est mon beau-père/belle-mère
 C'est mon frère/ma sœur
 C'est mon oncle/tante
 C'est un ami
 Autre : _____

12. Quel est votre plus haut niveau d'éducation complété?

- Primaire (1 à 6e année)
 Secondaire (7 à 12e année)
 Collégial (professionnel ou technique)
 Universitaire

13. En **comparaison avec les gens de son groupe d'âge**, comment évaluez-vous l'état de santé de la personne âgée dont vous êtes l'aidant?

- Excellent Bon Très mauvaise
 Très bon Mauvaise

14. Quel est votre revenu annuel ?

- Moins de 20 000 \$
- Entre 20 001 \$ et 40 000 \$
- Entre 40 001 et 60 000 \$
- Plus de 60 001 \$
- Refus de répondre

Merci de votre participation à cette étude

Annexe 5
Formulaire de consentement
à ma participation à un projet de recherche (aînés)

Le présent formulaire de consentement, dont une copie vous sera remise pour vos dossiers, ne constitue qu'une partie du processus de consentement libre et éclairé. Vous devriez pouvoir y trouver l'objectif principal de la recherche et la nature de votre participation à ce projet. N'hésitez pas à demander de plus amples renseignements concernant ce formulaire ou sur des informations qui n'y figurent pas. Veuillez le lire attentivement et vous assurer de bien saisir la signification de toute autre information qui l'accompagne.

Titre du projet

Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français – volet trajectoires individuelles des aînés (objectif 5)

Responsables du projet

Sophie Éthier (204-237-1818 poste 729) et Halimatou Ba (204-237-1818 poste 731), professeures à l'École de service social de l'Université de Saint-Boniface, sont responsables de ce projet. Vous pouvez les joindre pour tout renseignement supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Objectif et buts du volet 5 du projet

L'objectif de ce volet du projet est de mieux connaître le vécu des personnes âgées ou des aidants naturels par rapport à l'accès aux services de santé en français à Saint-Boniface et Saint-Vital dans le but de soutenir les professionnels de la santé et les gestionnaires des établissements de santé dans l'organisation des services de santé en français.

Raison et nature de votre participation

Ma participation consiste à une entrevue d'une durée de 90 minutes environ.

Avantages pouvant découler de la participation

Ma participation à ce projet de recherche ne m'apportera aucun avantage direct. Toutefois, elle me permettra une meilleure compréhension des services de santé disponibles en français et des défis associés à leur accessibilité pour la communauté francophone de Saint-Boniface et Saint-Vital.

Inconvénients et risques pouvant découler de ma participation

Il n'y a aucun risque découlant de ma participation à cette étude.

Droit de retrait de ma participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-haut est tout à fait volontaire et que je reste à tout moment libre de mettre fin à celle-ci sans avoir ni à motiver ma décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Confidentialité des données

Les données recueillies seront conservées, sous clé, dans le bureau des chercheuses principales, pour une période n'excédant pas 5 ans. Les seules personnes ayant accès aux données seront les deux chercheuses et l'agent de recherche. Après cette période, les bandes audio seront effacées, les transcriptions d'entrevues déchiquetées. Aucun renseignement permettant de m'identifier ou d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

Résultats de la recherche et publications

Je serai informé (e) des résultats obtenus par le biais d'un court résumé des résultats qui seront envoyés aux participants qui le désirent. Je pourrai aussi assister aux communications que les chercheuses feront à l'USB dans le cadre des conférences-midis de l'ACFAS ou autre. Je sais que l'information recueillie pourra être utilisée aux fins de communication scientifique. Dans ce cas, rien ne permettra de m'identifier comme participant (e) à cette recherche.

En signant ce formulaire, vous indiquez que vous avez bien compris l'information concernant votre participation au projet de recherche et que vous acceptez d'y participer. Ce faisant, vous ne renoncez aucunement à vos droits reconnus par la loi et les chercheurs, les commanditaires et les établissements concernés ne sont pas dégagés de leurs responsabilités professionnelles et légales. Vous pouvez, sans préjudice ni conséquences, vous retirer de cette étude en tout temps ou refuser de répondre à certaines questions. Votre participation soutenue devrait être aussi éclairée que l'était votre consentement initial. N'hésitez pas à demander des précisions ou des renseignements supplémentaires en tout temps au cours de votre participation.

Cette recherche a reçu l'approbation déontologique du Comité d'éthique de la recherche de l'USB. Si vous voulez nous faire part de vos préoccupations ou de plaintes concernant ce projet, veuillez communiquer avec le responsable de la recherche de l'USB.

Monsieur Gabor Csepregi,
Vice-recteur à l'enseignement et à la recherche
(204) 233-0210 poste 316

Consentement libre et éclairé

Je, _____ déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai obtenu des réponses à mes questions qui m'ont pleinement satisfaite. J'accepte librement de participer à ce projet.

Signature du participant (e) : _____

Fait à _____, le _____ 2012

Déclaration de la responsable

Je, _____, certifie avoir expliqué au participant (e) intéressé (e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions posées à cet égard et avoir clairement indiqué à la personne qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus, et ce, sans préjudice. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature de la responsable du projet : _____

Fait à _____, le _____ 2012

à ma participation à un projet de recherche (aidants)

Le présent formulaire de consentement, dont une copie vous sera remise pour vos dossiers, ne constitue qu'une partie du processus de consentement libre et éclairé. Vous devriez pouvoir y trouver l'objectif principal de la recherche et la nature de votre participation à ce projet. N'hésitez pas à demander de plus amples renseignements concernant ce formulaire ou sur des informations qui n'y figurent pas. Veuillez le lire attentivement et vous assurer de bien saisir la signification de toute autre information qui l'accompagne.

Titre du projet

Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français – volet trajectoires individuelles des aînés (objectif 5)

Responsables du projet

Sophie Éthier (204-237-1818 poste 729) et Halimatou Ba (204-237-1818 poste 731), professeures à l'École de service social de l'Université de Saint-Boniface sont responsables de ce projet. Vous pouvez les joindre pour tout renseignement supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Objectif et buts du volet 5 du projet

L'objectif de ce volet du projet est de mieux connaître le vécu des personnes âgées ou des aidants naturels par rapport à l'accès aux services de santé en français à Saint-Boniface et Saint-Vital dans le but de soutenir les professionnels et les gestionnaires des établissements de santé dans l'organisation des services de santé en français.

Raison et nature de votre participation

Ma participation consiste à une entrevue d'une durée de 90 minutes environ.

Avantages pouvant découler de la participation

Ma participation à ce projet de recherche ne m'apportera aucun avantage direct. Toutefois, elle me permettra une meilleure compréhension des services de santé disponibles en français et des défis associés à leur accessibilité pour la communauté francophone de Saint-Boniface et Saint-Vital.

Inconvénients et risques pouvant découler de ma participation

Il n'y a aucun risque découlant de ma participation à cette étude.

Droit de retrait de ma participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-haut est tout à fait volontaire et que je reste à tout moment libre de mettre fin à celle-ci sans avoir ni à motiver ma décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Confidentialité des données

Les données recueillies seront conservées, sous clé, dans le bureau des chercheuses principales, pour une période n'excédant pas 5 ans. Les seules personnes ayant accès aux données seront les deux chercheuses et l'agent de recherche. Après cette période, les bandes audio seront effacées, les transcriptions d'entrevues déchetées. Aucun renseignement permettant de m'identifier ou d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

Résultats de la recherche et publications

Je serai informé (e) des résultats obtenus par le biais d'un court résumé des résultats qui seront envoyés aux participants qui le désirent. Je pourrai aussi assister aux communications que les chercheuses feront à l'USB dans le cadre des conférences-midis de l'ACFAS ou autre. Je sais que l'information recueillie pourra être utilisée aux fins de communication scientifique. Dans ce cas, rien ne permettra de m'identifier comme participant (e) à cette recherche.

En signant ce formulaire, vous indiquez que vous avez bien compris l'information concernant votre participation au projet de recherche et que vous acceptez d'y participer. Ce faisant, vous ne renoncez aucunement à vos droits reconnus par la loi et les chercheurs, les commanditaires et les établissements concernés ne sont pas déchargés de leurs responsabilités professionnelles et légales. Vous pouvez, sans préjudice ni conséquences, vous retirer de cette étude en tout temps ou refuser de répondre à certaines questions. Votre participation soutenue devrait être aussi éclairée que l'était votre consentement initial. N'hésitez pas à demander des précisions ou des renseignements supplémentaires en tout temps au cours de votre participation.

Cette recherche a reçu l'approbation déontologique du Comité d'éthique de la recherche de l'USB. Si vous voulez nous faire part de vos préoccupations ou de plaintes concernant ce projet, veuillez communiquer avec le responsable de la recherche de l'USB.

Monsieur Gabor Csepregi,
Vice-recteur à l'enseignement et à la recherche
(204) 233-0210 poste 316

Consentement libre et éclairé

Je, _____ déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai obtenu des réponses à mes questions qui m'ont pleinement satisfaite. J'accepte librement de participer à ce projet.

Signature du participant (e) : _____

Fait à _____, le _____ 2012

Déclaration de la responsable

Je, _____, certifie avoir expliqué au participant (e) intéressé (e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions posées à cet égard et avoir clairement indiqué à la personne qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus, et ce, sans préjudice. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature de la responsable du projet : _____

Fait à _____, le _____ 2012

Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services

Objective 5

Description of Experiences of Seniors' Individual Trajectories in
French-language Health Care

Sophie Éthier, Halimatou Ba, Louise Belzile, Maryanne Gagné and Margaux
Roch-Gagné

Université de Saint-Boniface
October 2012

This report is an initiative of the Conseil communauté en santé du Manitoba, and was made possible by a grant from the Société Santé en français through Health Canada.

This report may be reproduced in whole or in part, provided the source is acknowledged.

How to cite this report:

Éthier, S., Ba, H., Belzile, L., Gagné, M. and Roch-Gagné, M. (October 2012). Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services: Objective 5 – Description of Experiences of Seniors' Individual Trajectories in French-language Health Care. Report produced for the Conseil communauté en santé du Manitoba, submitted in October 2012, 68 pages. Université de Saint-Boniface, Winnipeg, Man.

TABLE OF CONTENTS

Acknowledgements.....	iv
List of Tables	v
1. Introduction.....	1
1.1 Background and research objective	1
1.2 Methodology	3
1.2.1 Data collection and analysis tool.....	3
1.2.2 Participant recruitment.....	4
2. Participants' sociodemographic profiles.....	5
3. Seniors' health status.....	8
3.1 Seniors' health problems.....	8
3.2 Use of services to deal with their health problems.....	11
3.3 Search for French-language services.....	14
4. Access to French-language services.....	17
4.1 Efforts to access health services.....	17
4.2 Experiences of accessing health services.....	19
4.3 Relationships with health service providers.....	24
5. Organization of French-language services.....	27
5.1 Transfer of responsibility to caregivers.....	27
5.2 Privatization of services.....	28
5.3 Unofficial Francophone assimilation policy.....	29
6. Challenges regarding the access and organization of French-language services.....	30
6.1 Factors facilitating the access and use of French-language services.....	34

6.2 Barriers to access and use of French-language services.....	39
6.3 Suggestions for improving access or use of French-language services.....	39
6.3.1 Increasing and training Francophone staff.....	40
6.3.2 Increasing active offer of French-language services.....	41
6.3.3 Making Francophones aware of their right to obtain French-language services.....	42
6.3.4 Improving the environment in care settings.....	43
7. Conclusions and recommendations.....	43
8. Limitations of the study.....	47
Appendices	
1. Interview Outline for Seniors.....	49
2. Interview Outline for Caregivers.....	51
3. Sociodemographic Questionnaire for Seniors	53
4. Sociodemographic Questionnaire for Caregivers	56
5. Consent Form for Seniors.....	59
6. Consent Form for Caregivers	62

ACKNOWLEDGMENTS

Producing this type of report requires teamwork. A team cannot excel without the concerted effort and work of many people, so it follows that each member's participation should be highlighted. First, we would like to sincerely thank the seniors and caregivers⁴ who agreed share their experiences without which this work would not have been possible. Thank you for your trust.

We would also like to thank research assistants Maryanne Gagné and Margaux Roch-Gagné who acted with respect and professionalism when conducting the interviews with seniors and caregivers. With the help of Luc Martin, they also completed the arduous task of transcribing the interviews, which we then analyzed.

Thank you to Louise Belzile, who in addition to having co-authored the report, coded and performed the initial analysis of the interviews. This work required concentration, time, discipline and experience.

Finally, we recognize the essential work performed by the health professionals who were involved in recruiting the seniors and caregivers. We will not name these professionals here in order to protect the privacy of the seniors and caregivers. However, these professionals know who they are. Thank you, because it is mainly due to the trust seniors and caregivers have in you that they agreed to participate in this research project.

⁴ Although women account for 57–60% of caregivers (Cranswick and Dosman, 2008; Frederick and Fast, 1999; Villeneuve, 2008), the masculine is used in this study. We believe that the use of the feminine only adds credence to the idea that this is a role for women and that it is important that people be able to recognize themselves in this role. In addition, the term “caregiver” is used instead of “natural caregiver,” a term which is being questioned in Quebec and replaced by “loved one’s caregiver” so as not to confuse the reader with the patient whom we sometimes call the caregiver’s “loved one.”

LIST OF TABLES

Table 1: Sociodemographic Profile of Seniors at the Time of the Interview (n=6).....	6
Table 2: Sociodemographic Profile of Caregivers at the Time of the Interview (n=4).....	6
Table 3: Linguistic Profile of Seniors at the Time of the Interview (n=6).....	7
Table 4: Linguistic Profile of Caregivers at the Time of the Interview (n=4).....	8
Table 5: Perceived Health Status of Seniors at the Time of the Interview (n=6).....	9
Table 6: Health Status of Seniors Perceived by Caregivers at the Time of the Interview (n=4).....	9

1. INTRODUCTION

1.1 Background and research objective

This report presents the fifth and final part of the study entitled *Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services*. Let's begin by recapping some of the content and objectives of each part of the study that have been completed to date.

The purpose of the first part was to provide an overview of the health of Manitoba's Francophone seniors, especially those residing in St. Boniface and St. Vital. This first part also described the availability and access to French-language health and social services in those communities in order to identify the needs of seniors in terms of health services.

The second part of the study focused on a search of public, community not-for-profit and private for-profit health services and social services available in French listed in various existing documents, i.e. the Directory of French-language services in Manitoba, Health tab (SFM, 2011), the Guide to services for people 55+ in Winnipeg (Conseil des francophones 55+, 2011), the Manitoba Seniors' Guide (Government of Manitoba, 2010–2011), the Winnipeg Regional Health Authority's Services Guide (online) and the Directory of Francophone health and social services professionals in Manitoba (online). Also a systematic site survey of the St. Boniface and St. Vital communities identified other French-language health and social services not yet listed.

In the third part of the study, best health service delivery practices for seniors in Manitoba, Canada and throughout the world were reviewed and a synthesis of practices used in the organization of services was done in order to suggest options for providing services to Francophone seniors in St. Boniface and St. Vital.

The fourth part involved identifying bilingual human resources able to serve seniors in French, primarily in the public organizations listed in the second part of the study, taking into account the entire continuum of care. As well, interviews with facility and human resource managers and those responsible for French Language Services led to a better understanding of current practices and challenges around the recruitment, hiring and retention of professionals who can provide service in French in designated bilingual or Francophone facilities, long-term care facilities and home care providers in St. Boniface and St. Vital.

The report is therefore the last part of the study. Its purpose is to describe the trajectories of Francophone seniors in the Manitoba health system. The report is based on an analysis of the data, which was analyzed from a constructivist standpoint. The data were therefore interpreted without trying to link them with the previous parts of the study. The report is complete in itself, and will eventually be put into perspective and compared with data obtained in the other parts of the study, in the overall conclusion of this study.

This report is an analysis of the data collected from a sample of six seniors and four caregivers in order to document various care trajectories of Francophone seniors who live in St. Boniface and St. Vital. The first section presents a demographic profile of the seniors and caregivers interviewed to support the care trajectory experiences which will be presented in detail later. These data come from the demographic questionnaire completed by the seniors and caregivers at the end of interview. The second section reports on the health of seniors, the services used to meet their health needs and their decision whether or not to use French-language services. The third section focuses on the views of seniors and caregivers regarding the accessibility of French-language services. Their efforts to access services, experiences in terms of access to services and relationships with staff are discussed in this section of the report. The fourth section describes the organization of services in terms of general satisfaction with services received, the perception of the organization of services and participants' suggestions for improving operations.

The fifth section discusses the challenges of providing French-language services, highlights factors that facilitate and hinder access to or use of services, and provides suggestions for improving French-language service delivery.

1.2 Methodology

1.2.1 Data collection and analysis tool

Data on care trajectories while using French-language or bilingual health services in St. Boniface and St. Vital were gathered through individual interviews with seniors and caregivers over 65 years of age. The rationale for individual interviews in this study is that face to face contact with participants fosters the trust needed to collect data for qualitative research and emphasizes “the medium of interpersonal relationships” (Daunais, 1993). Interviews provide a better understanding of the people interviewed and gives more direct access to their worldview. Interviews are not used to establish facts, but to understand the meaning and significance respondents give the situations they are experiencing (Angers, 1996). There are three levels of interviews “in a continuum where there are variations in the degree of freedom in the content covered, the level of depth in the formulation of responses and the extent to which the interviewer’s attitude is directive” (Mayer and St-Jacques, 2000: 117). We primarily conducted semi-structured interviews, the type of interview most often used, which featured open-ended questions. The interviewer adopted a semi-directive approach, limiting the interviewee’s scope of response according to the design of the questions developed by the research team. The participants were free to answer as they saw fit. The interviewer was given latitude to adapt the questions to elicit sufficiently comprehensive answers (Mayer and St-Jacques, 2000).

Under the close supervision of a research team member, research assistants conducted semi-structured individual interviews with seniors and caregivers who use health services. The interviews took about an hour and a half, sometimes a little less.

The interviews were conducted at the seniors or caregivers' homes between September and October 2012, after ethics approval was obtained from the Université de St-Boniface and the Winnipeg Regional Health Authority.

The senior and caregiver interview outlines (Appendices 1 and 2) include four parts dealing respectively with seniors' health, their views on the process for accessing French-language health services, use of these services and the challenges associated with the availability and use of French-language services. The interview outline was developed by the principal investigators taking into account the results of the first four objectives, and was approved by the working group supporting the project within the Conseil communauté en santé. The seniors and caregivers completed a sociodemographic questionnaire at the end of the interview (Appendices 3 and 4).

The interviews were recorded on audiotape and later transcribed. They underwent thorough analysis using the Miles and Huberman (2003) joint epistemological approach, which recognizes both the objectivity of the social world and the role of meanings constructed by the players. The analysts, a team researcher and a research assistant, were not the same as those who conducted and transcribed the interviews. As a result, they viewed the trajectory of care from a new perspective. The interview transcripts were coded using an analytical framework based on the interview outline. The codes were then categorized in order to group and study them from a broader perspective. Microsoft Word thematic tables and summary tables were used to reduce the data to illustrate each senior's individual trajectory.

1.2.2 Participant recruitment

Participants were either seniors 65 years and over with access to health care in St. Boniface and St. Vital, or family members identified as caregivers or who saw themselves fulfilling this type of role. To facilitate the identification of potential respondents, the research team worked with resource persons within target programs, organizations and facilities such as the Centre de santé Saint-Boniface. Other seniors and caregivers in the community interested in participating contacted the research team directly.

They were notified by the Fédération des aînés francophones du Manitoba (FAFM), the Société franco-manitobaine (SFM) through an advertisement in *La Liberté*, by posters or word-of-mouth.

Participants were recruited and selected to reflect the maximum number of services within the health care and services continuum. A wide range of health problems was another criterion. For obvious ethical reason, only people with cognitive disorders were excluded from the study. In these cases, we interviewed caregivers who were able to tell us about their experiences. Once the resource persons had identified the seniors or caregivers, the research team contacted them by telephone. The initial call with potential participants included an explanation of the research purpose and interview duration, and the process for obtaining their consent was discussed. After having received their verbal consent, we briefly summarized the key points to be discussed, which allowed them to prepare for the interview. An appointment was then made for the interview. When the interviews were held, the seniors and caregivers read and signed a study participation consent form (Appendix 5 and 6).

2 Participants' sociodemographic profiles

The six seniors interviewed in this part of the study on care trajectories were between 65 and 78 years of age, with an average age of 71. Four of them were women. In terms of marital status, half of them were still married, two were separated or divorced and one was a widower. All had children (between 1 and 5 children), most of whom lived near or within 20 km of their parent. Seniors in this sample had a higher level of education than Francophone seniors in Manitoba⁵ since half had a high school diploma, two graduated from college and one had a university degree.

Four seniors estimated that their annual income (personal or couple) was between \$20,001 and \$40,000 while the other two chose not to answer this question. Some data presented here in Table 1 provide a better understanding of the seniors who participated in this study.

⁵Fédération des aînées et aînés francophones du Canada (2010).
<http://www.faafc.ca/sites/default/files/Profil%20statistique%20-%202006%20-%20Version%20finale.pdf>

Table 1
Sociodemographic Profile of Seniors at the Time of the Interview (n=6)

Seniors	Sex	Age	Education Completed	Annual Income (\$)	Marital Status	Number Children	No. Children-20km
025	F	65	Colleg / Prof	___	Widow	1	1
026	M	73	Secondary	20001-40000	Married	2	1
027	M	64	Secondary	20001-40000	Married	3	3
028	F	78	Colleg / Prof	20001-40000	Sep/Div	5	4
029	F	75	Univ. Grad.	20001-40000	Married	2	___
030	F	72	Secondary	___	Sep/Div	3	___

Legend: Colleg/Prof: College graduate / Professional ___: No response Sep/Div: Separated or Divorced

Four caregivers participated in the study. The seniors for whom they were responsible had either died (n = 1) or were suffering from significant cognitive (n = 2) or speech deficits (n = 1). Although these caregivers were themselves older than 65 years old, they mainly discussed their senior loved one's situation rather than their own. Two caregivers told us about their husbands and two told us about their parent (mother or father). Table 2 below illustrates these data.

Table 2
Sociodemographic Profile of Caregivers at the Time of the Interview (n=4)

Caregivers	Sex	Age	Education Completed	Annual Income (\$)	Marital Status	Relationship with the Senior
001	M	65	Univ. Grad.	___	Married	Son
002	F	68	Univ. Grad.	Over \$60,001	Married	Daughter
003	F	___	Secondary	___	Widow	Spouse
004	F	67	Secondary	___	Married	Spouse

Legend: No response

Data were also collected to better understand the participants' linguistic profile. First, place of residence. Most of the seniors and caregivers were not born in St. Boniface or St. Vital.

They were born in St. Pierre, St. Norbert, Morris, Notre Dame de Lourdes or St. Labres, St. Agathe or Mariapolis. However, five of the six seniors had lived in the St. Boniface and St. Vital between 42 and 66 years, essentially most of their lives.

In terms of language, a senior and a caregiver indicated English and French as their mother tongues, while the others indicated only French. French was also the language used most often at home by four of the six seniors and three out of four caregivers. However, half of the seniors and three quarters of the caregivers said they communicated with family or friends in English. Two seniors and two caregivers used French in all facets of their family and social life, including in their community. The others used both languages depending on the circumstances and the people they were dealing with. The linguistic data for seniors and caregivers are summarized below in Tables 3 and 4 respectively.

Table 3
Linguistic Profile of Seniors at the Time of the Interview (n=6)

Senior	Place of Birth	No. of years in St. Vital or St. Boniface	Mother Tongue	Language At Home	Family Language	Friends' Language	Language in Community*
025	NDL	42	F	F	F	F-E	F-E
026	St. Norbert	1	F	F-E	F-E	E	E
027	Morris	46	F	F	F-E	F	F
028	St. Boniface	78	F-E	F-E	F	F	F
029	St. Pierre	47	F	F	F	F	F
030	St. Labres	68	F	F	F	F	F

Legend: F: French E: English

* Language spoken in the community, outside the family and with friends (businesses, services and other)

Table 4
Linguistic Profile of Caregivers at the Time of the Interview (n=4)

Caregiver	Place of Birth	Current Place of Residence	Maternal Tongue	Maternal Language At Home	Family Language	Friends' Language	Language in Community*
001	Mariapolis	St. Vital	F	F	F	F-E	F
002	St. Boniface	St. Boniface	F	F	F	F	F
003	St. Agathe	St. Boniface	F	F-E	F-E	F-E	F-E
004	St. Boniface	St. Boniface	F-E	F	F	F-E	F-E

Legend: F: French E: English

* Language spoken in the community, outside the family and with friends (businesses, services and other)

3 Seniors' health status

3.1 Seniors' health problems

The health status of seniors in this study was investigated by asking them questions about how they perceived their health. However, these data were not supported by the analysis of medical records. The sociodemographic questionnaire therefore included two questions on this topic. The first question was worded as follows, depending on whether it was addressed directly to the senior (or the caregiver): *Compared to people in your age group (or the senior's age group), how would you rate your health (or the health of the senior you are caring for)?* Seniors or caregivers were asked to respond using a 5-point Likert scale ranging from "excellent" to "very poor." Two seniors said that they were in "very good" health. Two seniors said that they were "healthy." Two caregivers also said the seniors they were caring were "healthy," excluding the problem of dementia (because they were healthy in all other respects). In short, 60% of seniors seemed to think that they were in good or very good health. However, a senior and a caregiver said that they were in "poor" health and a senior and a caregiver said that they were in "very poor" health. Thus, 40% of seniors felt that they were (or were considered by their caregiver to be) in poor or very poor health.

The second question, which was asked only to seniors, was designed to identify the main health problem. Diabetes was mentioned three times. Two seniors said that they had joint problems (knee and hip). One mentioned heart problems and the final participant admitted to having problems with fecal incontinence. Table 5 presents the data on health status as perceived by seniors at the time of interview.

Table 5
Perceived Health Status of Seniors at the Time of the Interview (n=6)

Seniors	Perceived Health Status	Main Health Problem
025	Very good	Hip problem
026	Very poor	Diabetes
027	Good	Sore knees
028	Poor	Heart and diabetes
029	Very good	Diabetes
030	Good	Fecal incontinence

Table 6
Health Status of Seniors Perceived by Caregivers at the Time of the Interview (n=4)

Seniors	Perceived Health Status
001	Good
002	Poor
003	Good
004	Very poor

Seniors and caregivers discussed health problems in greater detail during the interview. The first part of the interview involved identifying health problems, the services used to deal with them and whether or not French-language services were sought.

Some seniors in our sample appeared healthy although they were suffering from a chronic disease, which corroborated the World Health Organization’s definition of health: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (WHO, 1946).

Here are some responses that showed how the participants viewed their health:

Frankly, things are going quite well. Except that I have type 2 diabetes and see my doctor every three months. So that's it. Otherwise I feel pretty good. I'm starting to get a little arthritis, early osteoporosis in my hip and possibly in my right shoulder. (Senior 029)

Physically, my mother is in very, very good health. Mentally, she's lost. (Caregiver 001)

Well, I think that I'm in good health, but I have hip problems and I've had them for a long time. (Senior 025)

Nevertheless, it seemed that seniors were suffering from several complex chronic health problems: diabetes, pulmonary and circulatory problems, kidney problems that required dialysis, atrial fibrillation, hypertension, chronic widespread pain, nosocomial infections, a triple bypass, vascular disease of the leg, tumour, hereditary disease causing spasticity, anxiety, Crohn's disease, celiac disease, osteoporosis, etc. Every senior had several concomitant problems, as outlined below:

It's my heart. It pumps too fast (...). So now I'm on medication to thin my blood and I'm having a lot of trouble with this drug. It's rat poison (...). I have two artificial knees, an artificial hip and half a shoulder. A knee and a shoulder, it's [because] of the infection. The other one was an accident. (Senior 027).

My health is not good (...). There's a valve in my heart that leaks. I have a history of heart failure. I don't know how to say heart failure in French. I'm having trouble with my circulation, which is caused by diabetes. I have diabetes (...). I was put on insulin and I have trouble controlling my sugar (...). And I'm very often short of breath. (Senior 028)

I found out that I have a kidney tumour [...] So I'm having what is called surgery without an incision in November. (Senior 030)

Seniors' health problems affect their mobility, which has an impact on their quality of life and self-esteem. Some find it difficult to adjust to their loss of autonomy.

I can't, I still can't walk a long distance without my cane (Senior 025)

Because the thing is that not being able to walk, not being able to do what I did before is really hard. It's really hard. Because I had always... it's true that I was doing work around the house, repairs. If something broke, well I fixed it. Always had to look after my car, hers. And then all of a sudden I fell. I can't do those things anymore. It's hard. (Senior 026).

The caregivers in our sample were interviewed in cases where the seniors were unable or found it difficult to answer questions either because the senior had died at the time of interview or the senior had speech problems or dementia.

She has a lot of dementia, which has progressed to the point that now she can't even sign her name. She seems to recognize us, but often, most of the time when we ask her "What's my name?" she doesn't know. (Caregiver 001)

I noticed a couple of years later that something was not quite right, but he had been suffering from Alzheimer's all along. And then he broke his hip. (Caregiver 003)

In short, seniors suffer from numerous and varied health problems. These affect their mobility and quality of life. However, it should be noted that some seniors consider themselves healthy and some feel they need to manage their own health and take action to maintain it.

You still have to manage your own health. You have to take charge. You have to be responsible. It's good when you're aware of what's happening. (Senior 025)

I'm able [to] walk and he says not to stop, keep active. Keep active and *you keep going*. (Senior 027).

3.2 Use of services to deal with their health problems

Because seniors have many complex health problems, which vary from one person to another, various services are used. These will only be outlined here. The way they are accessed and organized will be discussed later. The three services most used by seniors in our sample seemed to be hospitals, often St. Boniface Hospital, but also English hospitals (for inpatient needs), laboratory and diagnostic services as well as family doctors, but also specialists.

Of course we have doctors. We have a neurologist, a doctor for spasticity. We have one... He has to take tests often enough to see, because a person who is always sitting is more likely to have skin problems and bladder and kidney problems. So we have to go for tests quite often. (Caregiver 004)

And when I provide blood samples at the St. Boniface laboratory (...), well they don't speak French there either. (Senior 029)

At one point, my mother fell down. She broke her wrist and fractured her pelvis and ended up at [hospital name]. [Name of the hospital], that's another story. Anyway, I don't want to get into it now. Because she was at the hospital, we dealt with *social workers*. (Caregiver 001)

Nutrition services, physical therapy, social workers, massage therapy, rehabilitation, diabetes monitoring and accommodation in care homes are services also used by seniors, as described by them below.

After my heart operation, they sent me to [name of recovery centre] on Taylor. It was really good but it wasn't in French. (Senior 028)

I saw a dietitian. I saw a pharmacist and a nurse. Then I saw physiotherapist. (Senior 025)

Some also used home care services for nursing care, or help with home life such as housekeeping services.

We also have health care aides who come in the morning and the evening, to get him up in the morning and wash him. (Caregiver 004)

Most of these services are offered in English, however, even at St. Boniface Hospital:

[What is your perception, your opinion of health services received in French?] Well, I haven't received any. (Senior 028)

St. Boniface Hospital, well, first of all, when you go to St. Boniface Hospital, if you speak French they always say 'I don't speak French. Do you want someone that speaks French?' 'Yes, go get me someone. What is it that you didn't understand the first time?' (...) It's the same with me if I go there. I can't get services in French, you know (...). And in the emergency department, there was nobody there who spoke French. (Caregiver 002)

When you go to give a blood sample, well, they don't speak, they don't speak French. (Senior 029)

I don't know any French doctors, I don't know any (...). I think that he would've liked, well, it would've been easier in French. (Caregiver 003)

However, some seniors have access to French-language services. First, they have a family doctor at the Centre de santé Saint-Boniface with whom they “always speak French. No one talks about it. It never comes up. It’s just understood that French will be spoken (Senior 026).” French-language services are available elsewhere, at the Day Centre, or from a social worker and a physiotherapist. Seniors and caregivers emphasize the importance of obtaining services in their native language.

But it’s important to me because it’s my mother tongue, it’s my first language and I’d be really comfortable. (Senior 030)

But I think it’s still very important to have a Centre de santé and that we can be served in French (...). Yes because it’s my first language and it’s easier. (Senior 025)

However, they also recognize that they sometimes have to insist to get access and French-language services are never taken for granted.

They had sent him to [name of an English hospital] where there are no French-language services. And then when I tried to insist that they keep her at St. Boniface, they threatened me by saying that I was going to pay \$2,000 a day to keep her there. So, I had to talk to more senior authorities...the St. Boniface Hospital authority, to people I knew at St. Boniface Hospital, and that’s how they managed to keep her at St. Boniface. (Caregiver 002)

Well, we always hope to get them, but the specialists are not French. His regular doctor is French. He speaks to us in French (...). But most of the time, you can’t get French without, we found a doctor there who was French, but for the family, her regular doctor, but other than that, it’s hard to find doctors who speak French. (Caregiver 004)

Cultural and leisure services provided by community organizations are also used. They are not identified as curative health services, but they play a preventive role in that they help to break the isolation, which is associated with poorer health. The seniors provided a few examples:

We participate in the FAFM, and then, well, I participated in, you know, there are shows at the Cercle Molière (...). It’s like bocce ball (...). There’s a social club that organizes parties or dinners, you know, everyone comes (...). And it starts in the fall (...) every second, every second Monday there’s a movie (...). Wednesday nights we play cribbage. And every two weeks, there’s mass. Sometimes there’s coffee after mass (...). The Federation also used to organize the seniors’ theatre every year (...). Many seniors are lonely. Especially those who are alone, you know.

Like here, sometimes you hear people say, “Oh, why don’t you come to visit me? I’m lonely. I’m sitting here looking at these four walls.” Many of them are lonely (...). We don’t realize it, but that’s the way it is. You know, even here! So as soon as you have an activity... You know. (Senior 029).

When you get older, the things that are really important are exercises, being in a group, games. I really enjoy playing cards, dominoes, like basement days, and games, I mean, walking um.... Things like that. (Senior 026).

In short, many types of health services are used to minimize the impact of health problems experienced by seniors: hospital services, housing, rehabilitation, home care, etc. As a result, we were unable to cover the entire continuum of care. Prevention services that promote well-being, such as social activities, dance classes or yoga provided by community organizations, and mental health services in particular are not, or are seldom on the list of services used by our participants.

3.3 Search for French-language services

When we asked the seniors or caregivers if they had specifically sought French-language services to meet their health needs, and how they proceeded, we found that some had better experiences than others. Some participants did in fact seek French-language services.

I called the services... I don’t know who I called, but I wanted a social worker who spoke French. They assigned one to me. She came here to my mother’s place. The nurse who came to see my mother also spoke French (...). So how did I get services? You look in the French-language service directories and you find what you’re looking for, that’s how you do it... (Caregiver 002)

Others simply did not think about it because of the shock following their diagnosis. Or they were resigned to the fact that there were not enough human resources to provide services in French.

Then I asked if he would provide his services [treatment provided by the surgeon] at St. Boniface Hospital and [they said] no. He is at [name of the clinic] and that’s where I went to see him.

Maybe I could have found out if there was someone else who could give me the same service here in St. Boniface, I don't know. Maybe I could have asked. But I didn't ask (...). And it's like a shock, so you don't ask... Like we always say 'What questions should I ask?' Because you've already got a lot on your mind... (Caregiver 030)

Let's say half of Francophones (...) are so used to it, to the fact that it's in English. You mean, we have more and more access, like you know, all the pamphlets are bilingual (...). Now things are much more bilingual than before. And now we've become so used to English that, for the majority you know (...). We're starting to get used to it. I know it's not possible to have French everywhere. Because we don't have the human resources, we don't have the Francophone specialists to go to all these places. (Caregiver 029)

Some did not find it necessary to try to obtain French-language services. They did not believe that the language in which the service was provided was the priority in these circumstances. Without denying the fact that French-language services are a good thing, "it's true that sometimes we should be more patient, and wait and then be served in French, but..." (Caregiver 029), some seniors consider the language of service secondary to other criteria. For some, service in French is not essential. It is important to access a service regardless of the language in which they are served.

You see, there are people who would say, if you don't speak French, I'm not coming here. [*But doesn't that bother you?*] No. (Senior 028)

Basically, we want to be served. We need to be served to deal with the health problem, whether it's in French or English. [laughter] (Senior 029)

But on the other hand, if I need to see a doctor who only speaks English, it's not a problem either. (Senior 025)

One of the main criteria in terms of language seems to be the quality of service received.

I have never really looked for or requested [French-language services]. (...). Whether it's in French or English. Who cares? [Laughter]. We just want good health care services. That's it. (Senior 027).

The quality of a health service often depends on the quality of relationships with the health care professional who provides it. We will return to this point later in the section on staff relations.

[Do you want to receive health care in French?] Not necessarily (...). English or French, it makes no difference to me. As long as I have a doctor that I can trust (...). Why go from one doctor to another? They don't know you. (Senior 028)

I'd like a Francophone doctor, but if you have a doctor who doesn't do much for you, well, you've really got to change. And sometimes, you have to take someone who doesn't speak French. (Caregiver 004)

But I'm very happy with the one I have. Sure, he doesn't speak French... (Senior 028).

As I say, when you've been with the same doctor for 20 years, you don't like to change (...) You know, when you've always got English doctors, that's why I've never really had services in French except, about 50 years ago. (Caregiver 003)

For others, although the services they received were provided in French, the thing that led them to use them was mainly the proximity of the service and not the language.

I asked him when he told me that I needed physiotherapy, if I could stay in St. Boniface then go to [name of a physiotherapy clinic] because it is just on the other side of the street. For me, it always has to be convenient. And as you grow older, you really want it to be close, especially if you don't have a car. (Senior 030)

I had a doctor, and she was close to my place. And it was really ... I liked her and everything. She decided to move downtown and, oh my god! Anyway. That's when I decided to go there [Centre de santé]. But the Centre de santé hadn't been open very long. (Senior 029)

Where would you like him to go if he can't go back home? Well I said "number one is Taché, because it's nearby" (Caregiver 003).

For one caregiver in particular, French does not only refer to language, but culture and ethnicity. Being understood is not limited to the use of language.

Well we're starting to have a lot of black people who think that they speak French, but they don't speak it the way we do (...). You know, it's difficult to understand them. You know they have a bit of an accent. (Caregiver 003)

The interviews seem to indicate that, theoretically, seniors generally agree with the fact that service in French is preferable to service in English. Some have requested or demanded to be served in their mother tongue. But in reality, few of them use French-language services or were satisfied with them. Sometimes French-language services are simply not available, as is the case with specialists. Or stakeholders' different cultures complicate communication, although both may speak French. But surprisingly, many caregivers did not think of asking for services in French, or did not consider language a priority in their requirement with regard to services. In fact, for many of the seniors interviewed, all of whom were able to speak both French and English, having timely access to quality services, close to home, provided by a qualified professional that they trust is much more important than the language in which the service is provided. But some admit they could at least have tried to ask for services in French.

4 Access to services

After having listed their health problems and the services received, we began documenting access to services. We asked the participants about the steps taken to access services, their experiences with the services requested or received as well as their relationship with the staff. These are some of the elements that are indicative of accessibility of services.

4.1 Efforts to access health services

It is difficult to provide a fair description of the steps taken by seniors or caregivers to obtain French-language services. As we have pointed out, some did not request them. Also, because of the retrospective nature of data collection, some seniors provided vague answers regarding the steps they actually took. Telling their story through their health problems and the efforts they made to find solutions was relatively easy for seniors. But when they were asked to also describe their search for French-language services, the story became more complex. The first part of the story took precedence over the second. However, it was possible to highlight specific steps taken by seniors who wanted to be treated in their mother tongue. The first step was to ask for or even demand specific services in French when they were not routinely offered them. Here is what a few seniors had to say.

I was lucky enough, also because I had a lot of my, what's that called? tests, etc. in St. Boniface. So then I often did ask for them, instead of sending me out, say downtown to Winnipeg, if I could stay here in St. Boniface, I preferred that. (Senior 030)

They will often send you to another hospital. Many people who get in the ambulance think they are going there. But, like my friend there, one day I said, 'Are you going to St. B?' He said 'Oh, we haven't checked yet.' He telephone St. Boniface to see if they could. (Senior 028)

However, although in some cases this request can be taken into account and French-language services are offered to them, often after a longer waiting period than if they had accepted the service in English, in other situations, seniors have to resign themselves to using services in English despite their preference and their right to services in their native language.

Well, I said well "Is anybody speaking French here?" She said "Well, on a juste une, une, une." And she said "Well she's not available, ok?" (Senior 029)

Well, first I ask them "Est-ce que tu parles français?" And if they say yes, well I talked to them in French. And if they say no (...) or a little bit, well I have no other choice but to speak English. (Caregiver 004)

Using services in English while waiting to be served in French appears to be another strategy used by seniors.

So, I decided to go to the walk-in clinic for now, until I could have a permanent doctor [Francophone] who might be, might come to the St. Boniface clinic on Taché in October. (Senior 030)

Using personal contacts is another way to access a Francophone doctor.

I went, I was working at the Taché Centre, and he was a doctor on one of the floors, you know. And when my doctor left, he went to Texas, I asked him if he would take me. (Senior 028)

The steps that seniors and caregivers take to obtain French-language services can be summarized as follows. They request or demand French-language services when dealing with health professionals, use English services while waiting for French-language services, or use their personal contacts to obtain services from Francophone professionals. We will see later that others also use the French-language services directory to find out what kind of services are available.

4.2 Experiences of accessing health services

Seniors and caregivers had a wide range of experiences with health services. Some were very satisfied with the services they received, while others had several grievances. Note that it was very difficult to distinguish French-language services from English-language services in most of the interviews as well as experiences regarding access to services within an organization. Other than the specific and additional problem of accessing French-language services because they were scarce, the issues raised with regard to access to services seemed the same, regardless of the language in which they were offered. Whether they were available in French or English, the services were part of the same health care system and were provided by the same players in the same economic environment. Of course, the delivery of French-language services involves specific political issues. When analyzing French-language service delivery, it is essential to consider the overall context of the availability of services in which these services are included. In this regard, there was general dissatisfaction with a health care system that was not primarily focused on the needs and preferences of patients, but organized according to its own interests as an institution providing care and health services: the quality of services for seniors was secondary to the working conditions of employees in the system.

But sometimes he didn't want to take his bath. And especially when it was a woman. And once at the beginning, I said: "Give him a male. For sure he won't take a bath with you." (Caregiver 003)

The Authority [RHA], they're not always there to help you. They're actually there to ensure the workers' well-being: they mustn't hurt themselves, they mustn't do this, they mustn't do that. And yet, you don't always have the care. You constantly need you to fight for your care. I have a lot of headaches with Home Care. You constantly need to fight with them to get good care. (Caregiver 004)

Or, clients had to stand up for the right to receive services from providers who did not bother to answer the phone or return calls. These problems were not specific to French-language service delivery, but affect the health system in general.

I feel sorry for seniors who don't have someone younger in the family to advocate, to speak for them, because we continually have to push and push because people don't answer the phone. They don't return your calls. You always have to advocate for them and be their representative (...) You know, sometimes you almost have to beg. Like now, I'm working with the woman who is responsible for my mother's case at the WRHA. When I talk to her, frankly, I feel like I'm begging her for help. (Caregiver 001)

However, with regard more specifically to French-language services, comments with respect to access to the Centre de santé Saint-Boniface were particularly positive. Clients appreciated how easy it was to consult their doctor or nurse (once they became clients of the Centre de santé, because it was almost impossible for new clients to gain access), and the staff's attitude and hospitality.

I feel good because I'm more comfortable with them. And the person who works at the front. They feel me coming down the hallway. They know it's me (...). They have a big smile for me and then say, "Take a seat and we'll tell the doctor that you're here." If [his spouse] telephones to take me there, if something comes up, if I have a cold, she talks to them, she tells him, "Don't hesitate." They don't say, "Well... We'll make an appointment for such and such a day..." They don't wait. That's what's good about it. That's what I like about them. That's how they treat me as soon as I get there. (Senior 026)

After a while, they know me. The dietitian too, you know. No, no, no, no. I have absolutely no complaints about the Centre de santé. (Caregiver 029)

Well, because I'm a patient at the Centre de Santé, because the doctors who are there speak French, it's convenient and it's practical (...). If you have a bad cold, you have a very sore throat, you think that there's something wrong with your health, you don't need to go to a walk-in clinic. You can call them and then they will make sure that you see one of their doctors who is free that day. (...). They have a good system in that you can call and if you want to see a doctor quite quickly, they will accommodate you. (Senior 025)

Seniors who had used it were also very satisfied with access to InfoHealth in French.

No, no, no. You don't wait. No. Well, I didn't wait. I didn't wait. No, no. It was really good. That impressed me too. (Senior 029)

Accessibility of services was compromised by a lack of staff who spoke French. It also came under a great deal of criticism during interviews. The seniors and caregivers particularly condemned the delays caused by the shortage of staff.

It's because they don't want to. They say they don't have the staff and they have this problem and that problem. And the staff that show up are not necessarily Francophones. Still, you know, you get what they have. (Caregiver 001)

I don't have any problems with the Centre de santé, but I feel sorry for those who are trying to get in there, for example (...). Well, whenever I call there, you know, they have a recorded message. "If you want to see a new doctor or nurse, try again later because we really have no more room." But every time I call, there's no room. And I call often! (Senior 029)

I called about 2 or 3 months ago, for service in French [a family doctor], and, they told me that it was, the waiting list was too long. (Senior 030)

The Authority [RHA] talks to us in French, but with respect to care in French (...), they don't ask us because... And I don't think that, because they're already telling us all the time. "We have limited resources." Well, since they have limited resources, we have all kinds of people. (Caregiver 004)

This delay caused adverse effects: seniors experienced stress and anxiety.

It may be because you don't feel well at this point [but] you want to get it done. And aside from that, you're, it's not that you're anxious to get some answers, to find out what you've got, but it's, you're anxious to get an answer. You're worried because you don't know. (Senior 030)

So, sometimes, you say, well, just because we're French, we won't have to wait for long to get services. [But] we can die waiting. (Caregiver 004)

Access to French-language health care services involves more than easy access to services. It actually involves many other dimensions. Seniors and caregivers discussed various concerns such as the ability to talk to their doctor or professionals (being able to get in touch with them when needed), the ability to develop a meaningful relationship with them, access to clear, easy-to-understand information about their health, affordable services and access to services in terms of architectural design (for disabled persons). These various dimensions of accessibility are discussed below.

The dimension of accessibility to health services discussed most often in the interviews was the participants' ability to get an appointment quickly or talk to their health care professionals in a **timely manner**.

You telephone people. Well, they don't answer. You have to leave messages. They don't return your calls. You have to leave messages. They don't return your calls. Most people never return your calls...or finally you reach someone. You talk to them. You explain your needs, "Ah, We'll check and I'll call you back." You wait 2 to 3 days. They don't call you back. (Caregiver 001)

Of course, talking to someone is the first step in accessing a health service. But the seniors and caregivers told us that this was not enough. It was essential that this contact be significant rather than impersonal. This is why access to services also has to provide them with an **opportunity to interact**, rather than simply contact professional service providers.

Well, this attitude towards people, "They're going to die anyway so what's your problem? What's your problem? No one else is complaining?" Well, no, no one else is complaining because you don't listen to them (...). That's the problem. I find that there should be a lot more empathy. (Caregiver 002)

With respect to **access to information on their situation or existing services**, caregivers in particular deplore the lack of information given to them, or contradictions in the information which only complicate and unnecessarily increase the amount of work they have to do for the senior for whom they are responsible.

It's already been four months since April (...) April, May, June, July. Yeah, four months since she's been on the [waiting] list. At that time, they told us probably within 6 months. It's already been 4 months.

When we talk to them [name of the care facility they are waiting to get into], the person responsible, she still says 2 to 6 months. And when we talk to whoever is responsible for her case she says “It shouldn’t be as long as that.” So you don’t know. They can’t tell you anything at all. You don’t know anything. (Caregiver 001)

Because I know that Home Care, apparently, they have beds. I didn’t know that. I had already bought her bed. (Caregiver 004)

Also, accessibility includes the concept of **affordability**. A caregiver gave us a clear example. His loved one had already received physiotherapy, but she no longer met the eligibility criteria “because she didn’t make enough progress.” So she had no choice but to pay for these services, but she couldn’t afford them because of the other expenses she had to pay for (drugs, posture chair, etc.).

We’d have to pay to go somewhere else, but with the drugs, and then there’s the chairs, it gets to be expensive (...) Really expensive, yes. Especially the chairs. The chairs, yes. The chairs, the bed. Because I know that Home Care, apparently, they have beds. I didn’t know that. I had bought her before bed. (Caregiver 004)

Access to services also includes the ability to **physically access service delivery locations**, particularly for disabled persons or people in wheelchairs. Seniors told us about shortcomings in this area:

I find that there are two big problems in terms of lack of service. When you’re trying enter buildings in St. Boniface, St. Vital, Winnipeg, many of the places for doctors, dentists and that, you have to struggle with the doors. The doors. You have to hold the wheelchair. You’re trying to hold the door. You try to. Or you’re caught in small corners, that, you’ve got to... That’s a big problem. (Caregiver 004)

And not having to climb the stairs to get there [laughter]. At least when you enter the Centre... at the side entrance, there are ramps for wheelchairs to get up there. By the time I [get there] I’m dead. (...) It’s faster to take the stairs (...). Then I sit down to catch my breath to get ready to come in. (Senior 026)

In short, several dimensions must be considered when assessing the experience of access to health services. The seniors and caregivers actually told us how easy it was to contact services or professionals, but they also talked about the possibility of developing meaningful relationships with them. Accessibility also involves access to clear, easy-to-understand information about their health, affordable services and access to services in terms of architectural design (for people with reduced mobility).

4.3 Relationships with health service providers

We asked the seniors and caregivers about the quality of their relationships with staff that provided care and health services. Here, too, a wide range of experiences were identified. Many caregivers said they received good services from doctors, nurses and physiotherapists: these professionals were considered competent and they were concerned about their situation.

Oh, he is very, very good because, yes, he is very, very good, that doctor. Yes, the neurologist, he is very good to seniors. It's not like others that we've met. (Caregiver 004)

But in terms of professionals, we didn't have any problems. They're not easy to access, but when we spoke to them we had good conversations.(Caregiver 001).

My relationships [with hospital staff] were alright. But you know, I can't complain that they weren't pleasant. (Senior 028).

Then she [nurse responsible for monitoring diabetes] is really good. One day, she even called me. She surprised me. I wasn't expecting it. She called me, asking if, how things are going and all that. So she is really, really good. It's really good service. (Senior 028).

And some are excellent and you can deal with a nurse who is excellent (...). I mean, she called us as soon there was something wrong with my mother as soon as there was, she called me right away. I could be anywhere in North America, she called me (...). She had a lot of empathy, she was ... You know, I saw her dealing with clients and she was excellent. (Caregiver 002)

Well, I have my physiotherapist who is French and um, the service I received was excellent. (Senior 030)

However, others reported many problems, the most important of which was competence. Health care aides, in particular, seemed to do their job quickly, without much interest in the patients, and they lacked training.

Then there are people who come who are very nice, very good, friendly. But there are others. It's a second job for them and that's all it is. You know, they do it as fast as they can and then they only wash half of him and I don't like the way they wash him, often it's half done. (Caregiver 004)

The attitude is always do as little as possible. So you get a little closer. You keep talking and if you get mad, they don't want to talk to anymore. You constantly have to walk on eggshells. (Caregiver 001)

It's not always the best either, so that's a shortcoming in this area. I think that it's the fact that they don't provide, provide people with enough training. (Caregiver 002)

Competency issues also involved professionals, including physicians.

She [family doctor] made me take all kinds of drugs. She made me spend all kinds of money for nothing (...). And she didn't even know that I had psoriasis, so... [It wasn't a good experience?] No. It wasn't a good experience (...). Finally, she says, "Well, I'll send you to a dermatologist, but they won't tell you anything different." Well, he told me a completely different story. So I don't think she's a good doctor. (Caregiver 004)

Competence, but also attitudes and behaviours appeared problematic to the caregivers. These included tardiness, aggressiveness and rudeness.

There was one in home care who arrived late the first time she visited my parents. She had to get them dressed and take them to breakfast. By the time she got there, she was late. Breakfast was nearly over. So she started yelling at the care facility staff. They finally got a few things to eat anyway. Then she started yelling at my parents, "I need to go. I have to go to such and such a place. Hurry up. Hurry up." Finally the manager of the care facility found out about everything that was going on. Her staff complained. She said *"I don't want to see this woman in my building ever again"* and the employees complained. Then she and I called the woman's managers. They said, "OK. We won't send her anymore." (Caregiver 001)

At one point we had written down the care that my parents needed, especially my mother and we emailed it to the manager and then he got angry and said, "You can't tell me how to do my job." And then he became so angry that he said, "Maybe I should never talk to you again." But I answered: "That's not the way it works. I've worked in business all my life. In business, we help one another.

You're responsible for helping me and I'm responsible for helping you make it come together. This is what it's all about. I'm not telling you how to do your job." That's how they take it. They don't have a supportive attitude. Their attitude is, "I'm the boss. I'm the one who makes the decisions. You have nothing to say to me." Wow. It's really difficult! We're dealing with people who are 25 to 30 years old. They don't know what old age is. They haven't had any experience with their own parents or things like that, you know. They don't know what they've gotten themselves into. They're also there for the pay. They get paid well. Frankly, I think this is what these people are most interested in. Not all of them, but some of them are mostly interested in how much money they're going to make every month. (Caregiver 001)

They really lack... It's the attitude. It's the attitude towards seniors that I don't like (...). But some of them, you know, there are others, like caregivers, those caregivers or aides, two of them got into a fight in front of two clients, my mother and her friend. What's that all about? I mean, you don't do that in front of seniors. It scares them. (Caregiver 002)

In some cases, it appeared that some staff even had ageist attitudes. At least, they did not want to work with seniors in wheelchairs or with Alzheimer's.

But we saw an ophthalmologist, for example. We weren't too thrilled with him. [You weren't? What happened?]. Well, we got there and she said, "Well, you should have told me he was in a wheelchair because I wouldn't have taken him." (Caregiver 004)

Some of them, I think they don't care, they don't care. [...] Especially with... Nobody wants to work, nobody wants to work with Alzheimer's. They have a hard time finding someone to work there. (Caregiver 003)

Caregivers also criticized the lack of adaptability and flexibility of home care health aides, gaps in service coordination, or lack of accountability.

Home Care sends me someone to do tests on my husband's legs. The guy is late and I understand that, but the other guy came to change my husband and he was early. So he says, "Well I don't have time to wait." And he leaves, and he hasn't changed my husband. I wasn't too thrilled with that. Things like that shouldn't happen. He could've waited (...). The guy who was doing the test said, "*It'll just take me five minutes.*" He only had 5 or 10 minutes left to go. The guy who came could've waited, but he didn't. (Caregiver 004)

We caregivers are always having to take steps [to solve problems]. They aren't responsible. In general, there are exceptions, but people aren't responsible. It's a job. (Caregiver 001)

Caregivers concede that professionals are also victims of a health system in which their bargaining power or ability to intervene is very limited.

So she [social worker] understands the situation, but she's caught in a system where she can't do much because there's no room (...). And she doesn't have the final say either so she has to be very careful. She's very nice. We get along very well. We meet her, but she can't commit herself because there are no spaces. (Caregiver 001)

To summarize what caregivers had to say about relationships with the staff who provide health services, some were very satisfied, especially with the services received in French from professionals. However, there were many complaints about the lack of competence, professionalism and training. Also, participants complained about the attitudes of some staff who seemed to provide fast service, without regard to the person receiving the service and without any accountability. They also reported that some clientele seemed less valued by staff: seniors in wheelchairs or those with Alzheimer's.

5 Service organization

The concept of service organization was discussed indirectly in the previous section, because it is related to the concept of accessibility. It will also be discussed in the next section, which deals with the challenges of service access and use, because it is part of it. Consequently, here we will focus more on the philosophy behind service organization rather than its more material organization. We will deal with the responsibility that the health system delegates to caregivers, privatization of services and the unofficial Francophone assimilation policy in some facilities.

5.1 Transfer of responsibility to caregivers

Caregivers specifically told us about the problems they encountered with a health care system that seems rely to more and more on the role of caregivers to reduce services.

For example, a caregiver reported that the more caregivers were involved in caring for their loved ones, the fewer health services they received.

That's too bad. It seems the more we want to help, we want to give support, the more careful you have to be because they'll cut you off. They'll throw up roadblocks. (Caregiver 001)

Self-management is another example of government disengagement through work done by families. Caregivers are put in charge of managing the money offered by the health system to find and hire people to help them care for their frail senior.

You're the one who looks after paying for the services of those who come to help you. They give you X amount of money, and then you're the one who does all the work involved in hiring people. Well, where are you going to find these people? And if the money runs out, well that's too bad. And it's a lot of work. So if you tell them you don't want to, they lean on you and give you a hard time with your care. So it's what they call, well, excuse me if I say this in English, but they call it self-management. And then they make your life miserable until you say, "OK. Well, I'll take self-management." And if you say no, "I don't want self-management." well then they make, they try to make you... They constantly change your people. Lately there have been over 50 people who have come. (Caregiver 004)

Therefore, it is up to caregivers to manage the organization and stress that come with this heavy responsibility, in addition to those they already have.

5.2 Privatization of services

The *Canada Health Act* is based on five fundamental principles: universality, public administration, accessibility, portability and comprehensiveness⁶. We have shown in the previous section that Francophones in minority communities have difficulty accessing health services, even medically necessary services, in one of the two official languages. But it turns out that the principle of public administration of health services is also affected, which undoubtedly impacts the quality of home care services.

It's a private organization that has at least 7 or 8 of these facilities in Winnipeg. We've already dealt with them for home care.

⁶ The Canadian health care policy: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/page-2.html>

They provided us with the worst services in the world. They sent people who had no training, who didn't know how or what the situations were. Frankly, they hadn't been informed that she had dementia. They called us and said, "I can't deal with it." but I said, "You're the professionals. You should be able to deal with these things." (Caregiver 001)

Privatization of services also affects housing services.

I'm worried because now there's already a big gap and it's getting bigger and bigger every year. It's getting worse and worse. Not only for Francophones, but for everyone. They don't agree that there's a problem or they don't see it. They agree to have private companies take over, but they'll take over, sure, to make money, not for their seniors. Shareholders want a return on their dollars. This is normal for them, but it isn't good for seniors. It's not only Francophones, but people in general (...). Their plan is to give it to private companies, but private companies aren't interested in language, culture and religion, things like that. It costs them money and they're not interested. They don't hire Francophones, you know. They're not making any effort at all. (Caregiver 001)

As this caregiver said, although privatization of housing services affects not only Francophones, they are nevertheless victimized in two ways. First, because there is a greater shortage of housing units for Francophones, they have to rely more often on private resources to meet their needs. Second, for-profit private resources are not interested in trying to accommodate Francophones by offering them a service in their own language and culture because it is too expensive and not profitable based on the number of persons likely to use them.

5.3 Unofficial Francophone assimilation policy

Some caregivers told us that they thought that professionals and the health care system had an assimilationist attitude toward Francophones. That is to say, rather than hiring bilingual staff and offering French courses for those who speak only English, they prefer to try to force Francophones already weakened by health problems to speak English in their designated bilingual facilities. A caregiver who worked as a nurse in the health care system maintained that the staff's philosophy was to deal with the Francophone issue by teaching them English.

Most of these people don't recognize the fact that as Francophones here, we need services that are a little different or certainly in our language and culture. It looks like they don't want to admit it. They want to immerse us in the Winnipeg system. (Caregiver 001)

And the attitude, as I said earlier, at St. Boniface Hospital the attitude is, “Teach them all how to speak English and we’ll be fine.” (Caregiver 002)

In short, based on our interpretation of the experiences expressed mainly by the caregivers, it appears that health services are not organized according to their needs or the constraints and realities they face as Francophones. First, the health system burdens caregivers with a heavy responsibility, asking them to manage the services they receive. However, finding competent Francophone staff on their own is difficult. Second, privatization of services penalizes Francophones who are not prioritized by for-profit organizations that provide services no longer offered by the Manitoba government. Finally, the unofficial Francophone assimilation policy in some facilities creates discomfort which does not encourage Francophones to request services in their mother tongue.

6 Challenges of providing French-language services

Seniors and caregivers find that there are numerous challenges in French-language health service delivery. These will be discussed later when we deal with the barriers to access and the gaps in the organization of services, because it is sometimes difficult to distinguish challenges from gaps and obstacles, which are all interconnected. Some are repeated in many of these categories, where we have sometimes chosen to address one dimension such as obstacles rather than gaps, or vice versa.

First, it seems appropriate to take a broader look at the general challenges. In fact, two key challenges emerged from the interviews: a challenge involving seniors and caregivers’ identity as it pertains to their relationship with the French language, and the second, related to the first, which we call the paradox of supply and demand.

Because spoken language influences people's thinking and behaviour, including their health behaviour, it is clear that cultural dimensions play an important role in the way seniors and caregivers view health service delivery. In the context of our study, language (its preservation and use) was the cultural element identified by the participants as the first challenge involved in offering French-language health services. On the one hand, a language is difficult to maintain in an environment where French is spoken at home, but English is spoken in all professional and social situations.

I haven't been speaking French for a long time now because my environment is rather English, so [They don't try?] No. They don't try or maybe they've forgotten their French.
(Caregiver 004)

On the other hand, since Francophones are a minority, they are sometimes more comfortable in English because they are not familiar with French health terminology.

When I'm doing business at the bank, they ask me, "Do you want to do this in French or English?" And I usually say English, because I don't understand French business terms. [Is it like that for health too?] Yes. My nursing course wasn't in French. It was all in English.
(Senior 028)

Or they believe that they do not have a good enough command of the French language. Here, the senior compared rural French to city French and found that it was a disadvantage to have grown up in the city. Therefore, she felt embarrassed about the quality of her French and worried about what rural Francophones would think of it. One caregiver believed that her French was not as good as that of her sister-in-law, a French professor.

But here, I think that there are too many, there are too many people from the country. They're all nice people, you know. It's not that I don't like these people. I like them. But when I speak, it makes me, it bothers me because my French is not as good as theirs. You know what I mean [...] Sometimes I use English words and I say to myself, "Well, what they will think?" you know. But it's not my fault. It's how I am. (Seniors 028)

And when I hear my sister-in-law. She always talks to me and sometimes I don't understand her because of the way she speaks. Because she talks about medical things in French and I ask myself and, you know, I tell myself, I tell myself, you know. Well, she's always been a French teacher, so it's different for her. (Caregiver 003)

However, it seemed that for some, their identity in terms of language arose during old age or rather when they retired from the English-speaking business world.

I always spoke French when I was young. And then I probably worked in English all the time for so many years. But after I retired, my French came back because I watch more French television. And it seems to be coming back. And now, when I go to the Centre, I can express myself better in French than in English (...). Now, I think we're returning more to our roots. And now we're insisting on having French-language services. (Senior 026)

There is an ambiguous relationship with our language: we struggled to preserve it; we like it, but we think that we do not speak well or often enough. We would like French-language services without knowing which ones are available or without always requesting them. We also do not realize that if this occurs on a daily basis, it contributes to reducing the supply of French-language services.

We had to fight to keep our French (...). It's hard because I was raised in French at home, English outside the home (...). Everyone in my generation spoke French, but if we needed care, we spoke English and didn't request French-language services. (Senior 026)

We perceive a deeply rooted identity. However, failure to assert this identity had serious consequences on the offer of services. The question asked by this caregiver was very revealing in this respect.

I saw that the University did something [a campus offering French-language nursing courses] for nurses. But why? [St. Boniface] hospital will not be French. That hospital will never change. (Senior 028)

This caregiver asked why we should bother training Francophone nurses in St. Boniface, which suggested a sort of defeatism with respect to improving French-language health services.

The second challenge concerning French-language service delivery is related to this issue.

It is the paradox of supply and demand, because seniors and caregivers recognized two conflicting situations occurring simultaneously. On the one hand, the services were not well-known and Francophone professionals were not visible, so the offer of French-language health care services was not active enough, let alone brought to the attention of the public.

Do you see a lot of things in French here? (...) It's because you need to watch French TV to know about it. It's not on English TV. (Senior 027)

[When you go into an organization, I don't know, well Centre de santé Saint-Boniface, will the people be wearing tags that say 'bonjour / hello?'] In some, oh yes! In some places! You know, like sometimes they'll put a label on the desk there. Ici on parle français. [...] Well, you don't see that too often, but, I guess there's someone available who speaks French. Well, they put a... (Senior 029)

On the other hand there are not enough Francophone services or staff to meet the demand and consequently we need to increase the supply, expand the continuum of care from prevention to palliative care and offer more services nearby.

Well, the challenges are that there is not enough staff to begin with. And it's understandable. Bilingual staff, not everyone's bilingual. Not everyone has the skills needed to work in the health system (...). So it's a challenge because there aren't enough, there aren't enough people to provide French-language services. (Caregiver 002)

Well, yes, there's a real lack of French-language services for seniors (...). There should be more places because a health centre can't serve all the people who want French-language services. (Caregiver 004)

Have more Francophone doctors. That way, we don't need to fight (...). Like physio and therapy, physical therapy. I've never seen any place that provides that in French. (Senior 026)

I understand that as you get older (...) Seniors sometimes need palliative care (...) so you know, me, I don't know how easy it is to get that service in French. (Senior 025)

The biggest challenge seems to involve dealing with this paradox: making the supply of French-language services more visible, which will also increase demand. However, the current offer already fails to meet the demand.

6.1 Factors facilitating the access and use of French-language services

To meet the key challenges in the supply of French-language health care services, seniors and caregivers identified factors facilitating access and use of services. We have grouped them according to whether they involve structural or organizational factors (related to the system), personal or individual factors (related to how we use the system) or informational factors (which enable use but do not guarantee it).

According to the seniors and caregivers, organizational structure can promote better access to French-language services. The Centre de santé Saint-Boniface is a prime example. Having a large group of professionals operate in one location makes the offer of services visible and provides access to a team of Francophone professionals. This produces an organized group response to individual problems.

Well the Centre de Santé is really a good place for us Francophones. We go to the same place for [all] our medical services. We are fortunate to have that. (Caregiver 001)

But you see, because they have a system where it's really, in my own experience, they don't make you wait long. I can't say. I can't complain about that. And because I always find that the reception is very nice, very forthcoming, very polite. No, I mean, I can't really complain about the Centre de Santé (...). They do have a good, effective system to the extent possible. None of the other systems are as effective. (Senior 025)

Beyond the structure, some seniors and caregivers believe it is also for individuals themselves to take action and measures to access services or ensure their quality: ask, insist, advocate, persist, be patient, start over and be present. Thus, a second factor facilitating access to or use of French-language services lies in the individual skills of seniors or caregivers.

You have to ask to receive. And really ask then insist. (Senior 026).

You always have to persist. You have to be patient because if you persist to obtain service in French sometimes you have to wait (...). It took 4 or 5 months. I left my name. I called back every 3 or 4 weeks. It took months before they called me back. (Caregiver 001)

We have to advocate for our parents. We have to be there for them. Families have to be very involved. Otherwise, seniors, if nobody takes care of them (...), They're sitting there and there's nobody... Seniors are lucky if they get fed. (Caregiver 002)

The various communications channels or information distribution systems are another factor that facilitates access to health services used by the seniors and caregivers in our sample. The information acts as a mediator between the existing organizational structure and individual ability to get services. Participants need to know this information, which has to come from organizational structures.

Sometimes we receive some. Is it Santé en français or health care? Sometimes you get a card and it says "If you want to call: this number, this number, that number." We've already received that. You know. A laminated card. I think I have it next to my phone. So, we'd need to know who to call, you know (...). Either in *La Liberté* or it's sent to the house or however it gets there. I don't know. Anyhow, advertising, educating people, we have to let them know in any case (...). And me, because when I want service in French, well, you know, I know where to call. I take my French-language services directory, the Allô line... (Caregiver 002)

So it appeared that there was no single factor facilitating access and use of French-language services. First, we found that personal skills were critical in accessing services. Through their attitudes and behaviours, some seniors and caregivers easily received services, while others did not receive any. In this sense, the system relies on proactive individuals. However, this requires services to be organized upstream, and having services and professionals available in a single location is a good way to provide French-language services. Finally, the dissemination of information also contributes to the use of French-language services and enables organizational structures to connect with individual capacities.

Therefore, we can conclude that the suggested improvements in the health system put forward by the seniors and caregivers affect both individual dimensions (attitudes and actions with regard to claiming one's rights to access French-language services) and systemic conditions of use, such as the establishment of services grouped and organized to serve Francophone clients, and the dissemination of information in an efficient and targeted manner. A better service offering will take this into account and take action in the three interactive areas.

6.2 Barriers to access and use of French-language services

Although many factors facilitate access to services, it seems that there are also many barriers. Seniors and caregivers discussed the shortage of staff, lack of resources, lack of political will to serve Francophones in their own language, the lack of awareness of some Francophones who do not ask for French-language services, distances to be travelled to access French-language services or the lack of information on French-language services.

The first barrier, mentioned by almost all participants, was unquestionably the shortage of staff who could speak French. Participants listed doctors as well as specialists, pharmacists and others.

Lack of French-language health services for people... Well, yes, there's a real lack of French-language services for seniors. (Caregiver 004)

Although the challenges are that there is not enough staff, first of all. And it's understandable. Bilingual staff, not everyone's bilingual. Not everyone has the skills needed to work in the health system (...). So it's a challenge because there aren't enough, there aren't people to provide French-language services. (Caregiver 002)

Because you need to, when you take a new drug, and he provides instructions. If someone can explain it to us in French (...) The pharmacist (...). Even if you just want a remedy for a cough or something. I mean... You can read the instruction in French on the box, but sometimes you have some questions. And there are not many pharmacists who speak French or who say they provide service in French. (Senior 026).

Caregivers also highlighted the lack of Francophone housing resources as a significant barrier to access to French-language services. This requires them to agree to temporary accommodation or hospitalization in an English environment while waiting for a place in a care facility where the staff can speak French.

Meanwhile, these people have to be placed somewhere. She can't stay at the hospital. She can't go back [home]. She can't come here [to the care facility selected] because there's no room for her. So what do you do with these people? You place them somewhere for the short-term, when you've been told that a place downtown has been suggested. We said, "No, there'd been a murder the night before in the park. I don't want her to go there." [Another] place located far way. We said, "Well, we're staying at [caregivers' residence], we don't want her to go there." And then they said [name of the current temporary shelter].

OK. We're going to put her there." But you don't have, you know, but when it's a little urgent, we have to discharge her from hospital, it's necessary, they're pushing us. (Caregiver 001)

Of course because my mother was a Francophone and she was more fluent in French (...). The social worker at Taché Centre spoke French. They spoke French to her when she went for respite care. But when she went to St. Boniface Hospital, when she went there before placing her at Taché Centre, no services were available. She was assigned to [name of English hospital] where there are no French-language services. (Caregiver 002)

However, access to French-language services can never be taken for granted, even in a Francophone care facility when seniors are suffering from cognitive impairment, which makes it difficult for them to understand English.

And while we're at it, they don't call bingo in French. It's all in English (...). In the afternoon, sometimes they have someone who plays music. And other days there is a social activities girl, but those who are like [my husband], well they were left out because they don't understand enough [because of cognitive deficits]. They sit around a table and play with pictures and maps, but it's in English. (Caregiver 003)

This lack of housing reflects an inconsistency: there are several shelters or apartments with health services for independent or slightly frail seniors. However, when seniors' health deteriorates and they can no longer live in their home, there is no longer enough room to house them in a Francophone long-term care facility.

In terms of assisted living facilities such as Cathedrale Manor, there are a lot of those including Villa Aulneau and Place Despins. So I think that there is an adequate number of assisted living facilities for the time being. However, personal care homes are another matter. There are not enough spaces in personal care facilities like Valade. Because all these people in manors etc., at some point they will need, either they will die or they will need personalized care at Valade or Taché and I find that there aren't enough of these kinds of services in place for this level of personalized care. (Caregiver 001)

Although the offer of French-language services in minority communities is a constitutional right, it is still subject to the political will to enforce the laws and policies that govern their delivery. This is another barrier for seniors. They rightly suspect a lack of political will in this regard either directly from elected officials or through service administrators.

Or if it was during an election. There are ways. Like, you really have to insist. Otherwise, the government doesn't give us anything. Even the government, if they can get out of giving us something in French. They'll do it. Because we don't have a majority (...).

Well, if we don't have access [to French-language services], what will happen to our French? Is this something else that we're going to lose? (Senior 026).

We worked, we worked hard to keep French in our department when I worked there. I worked there 17 and a half years. And we insisted on children who came from the farm, who came from the country. They [the staff] had to learn French. They had to have French, but they [the children] didn't know how to speak English, and they were sent to the Children's Hospital. So we tried. We did our best to take anything that came our way. But they all... They let everyone go to St. Boniface. We fought for that. We fought to get intensive care for children. We wanted to have the intensive care in French. We didn't get it. The Health Sciences Centre offers all these services. And I heard. I don't know exactly who that told me that, but it's our Hospital Board of Governors of the Hospital that's giving the WRHA a hard time. So that why we don't have anything. (Senior 028)

Because most French-language health services are in St. Vital and St. Boniface, seniors and caregivers also said travel distances were another barrier to accessing and using French-language services.

[And why would you like to come back to St. Boniface?] To be close to French-language services (...). It's not that it's far, but the thing is that, as long as she can drive we can travel. (Senior 026)

The main barriers reported by the seniors and caregivers, i.e. the shortage of staff, lack of resources (housing units), the lack of political will and the geographical distance, probably contributed to the fact that the seniors and caregivers gave up and did not request more French-language services. This was another barrier identified by the seniors and caregivers to the extent that, by their silence, they themselves helped provide a rationale as to why it was not necessary to provide French-language services.

It may be [because] of people like me, that it doesn't bother them. (LAUGHTER). It doesn't help, does it? I'm not going to cause trouble because people don't understand me in French, you know. (Senior 028)

The people should inform themselves (...) It's even easier. We mustn't be too ignorant. You have to look after yourself. (Senior 027).

According to a caregiver, the problem was that there was no active offer, and that some were reluctant to request French-language services.

So services are not actively offered. As we know, some Francophones will, they will take what is offered without insisting because it's intimidating to have someone, I mean it's sort of scary to be threatened. (Caregiver 002)

At any rate, it seems that the barriers, like the factors that facilitate access to services, are related to organizational, structural, political and individual contexts, which are varied and interrelated, so that solutions must not address only one of these components.

6.3 Suggestions for improving access to or use of French-language health services

Seniors and caregivers have proposed many ways to improve access to or use of French-language health services, which can be grouped into four sectors. First, the main feedback on improvements involved the recruitment and training of care delivery staff. Also, according to the seniors and caregivers, the sources of communication and information about the services offered should be reviewed. Suggestions for improvement primarily concern individuals, i.e. the seniors themselves. And finally, structural changes to change service delivery infrastructure should be considered.

6.3.1 Increasing and training Francophone staff

Most of the seniors and caregivers believed training staff was the best way to improve the offer of French-language services. On the one hand, we are talking about increasing the number of Francophone professionals.

There must also be more people who want to work in French. There should be more doctors who learn French, doctors and employees who learn French and offer those services. (Caregiver 004)

What I would like is to see more individuals to help these people, help the nurses, to improve the situation. You know [seniors] are more or less left on their own and some of them are lonely because there aren't enough activities (...). I don't want to say that you're not good nurses but there's not enough of you here. And I think this may be why they were afraid. I don't know why they called me two or three times to ask me questions. And I always told him the same thing, "Not enough help, not enough help [...] during the night nobody on this floor." (Caregiver 003)

There is a practical way to do this. Focus on recruiting young people in high schools. Facilitate their access to university education and retention in order to have a larger pool of Francophone professionals available to the Franco-Manitoban community.

But what happens to all the doctors who come to complete their studies? What happens to these doctors after they leave the Centre de santé? Don't they have anywhere to go to go? Residents, resident doctors, they take there... I don't know how to say it in French, their internship, their ... practicums, at the Centre de santé. Where do they go once they graduate? [We need to] facilitate employment for these doctors. So they stay in the community. (Senior 026).

But I'm sure that we have young Francophones who are able to be Francophone doctors, but maybe we need to facilitate their access to University, I do not know (...). Recruit high school students, you know. We need nurses. We need people who work in health care. You know, they offered, Marcel Desautels, at the University for health care, and for social workers, obviously there's a great need. (Caregiver 002)

On the other hand, the content or nature of staff training was also under review. In this regard, the seniors and caregivers suggested that training allow nursing staff to be more empathetic with the seniors they care for, better understand the specific needs of Francophones and understand the particularities of the French language rather than simply understanding the words.

How can we improve French-language services for seniors? It will take training sessions on how to show a lot of empathy. I mean, if you don't like working with seniors, don't go there. Go work somewhere else (...). You know, if you don't like your job, don't stay there. (Caregiver 002)

We should provide language training on colloquial expressions used by our seniors because that's what we grew up with (...). Like when my mother used to say "I want to," it's because she wanted to go to toilet, but if you tell someone from another country "I want to," he doesn't know what that means (...). It doesn't mean I want you, okay. It doesn't mean the same thing. It means I want to pee. (Caregiver 002)

6.3.2 Increasing active offer of French-language services

To access French-language services, it is important that seniors first learn about the services to which they are entitled. However, we were told that this was not always the case. Many seniors suggested making information on the services offered more accessible through clear signage in health care settings, which is a form of active offer for people already in need of services.

It can be at the reception, where people who need to use these services can be given a leaflet or referred to the right Francophone resource. (...) Well, I don't know. Maybe another way is that employees have a small "Je suis bilingue" tag (...). If the patient wants to speak French and she sees "Je suis bilingue" at least she can choose to speak French. (Senior 025)

A while ago, we talked about writing hello, bonjour. That's a strategy. (Senior 026).

Concerning information. I don't know. Like the secretaries can wear a bonjour/hello tag if they're bilingual (...) It would make it easier to speak to them. (Caregiver 003)

However, the dissemination of information can also target a wider audience and be designed for all Francophones through the media (television and newspapers).

But are there other strategies that can really help? Well, we could even use the TV to make announcements that say we provide French-language services. The La Liberté service, even the Free Press because now there's a Francophone section. (Senior 026).

6.3.3 Making Francophones aware of their right to obtain French-language services

As discussed several times in this report, the seniors and caregivers said they had to take steps to access French-language services, including requesting them and even demanding them. They also said their individual actions could help improve service delivery. To do so, they proposed answering in French when they were spoken to in English and insisting on receiving French-language services.

We assert ourselves. If people answer us in English, we answer them in French. That type of thing. I've already done this on purpose. By saying that I don't want to speak English, even if I'm able to speak English, I want my service in French. Eventually the person will say "I'll have to find someone who speaks French" (...). My strategy is to force people to speak in French. It's the only strategy I know of. I don't have the power to make changes. We have organizations in our community that work for French-language services: the Société franco-manitobaine, the Centre Culturel. (Caregiver 001)

At the same time, this caregiver admitted that there were limitations to individual interventions insofar as this was a collective problem. Working together to achieve a better balance of power may be a better solution. We could start a petition or a lobby group to apply pressure and thereby make it a more collective demand.

We are very individualistic. Maybe with a study like that, if we could bring people together who have the same attitude as we do, then maybe we could become a force. Because words are wind, but a group has more power (...). But with a survey like this, if you can gather 20 or 40 people interested in pursuing the case, then you've something. You can organize a lobby group and say, "OK. Listen. We need that. We have the right to that too." (Caregiver 001)

6.3.4 Improving the environment in care settings

In terms of infrastructure improvements, the seniors and caregivers reported that it would be relatively inexpensive to renovate and beautify seniors' living areas with a little paint or beautiful curtains.

Force them to make some improvements so that it's not so institutional: paint the walls; change the curtains; make it attractive for people; cleanliness. Do it so that the people feel more awake. When you go there now, they're all zombies. Sorry. You know, it's pathetic. (Caregiver 001)

The seniors and caregivers suggested several ways to improve the organization and access to French-language health services: recruit and train more bilingual staff starting in high school. Also improve active offer with clear signage and advertising in the media about services offered in French. And encourage Francophones to demand services in their language: this outreach can be done at individual and group levels. Finally, they suggested focusing on the environment in which services are provided by also keeping the areas clean. Thus, some suggested improvements focused on individuals, i.e. the seniors themselves, while others involved structural changes aimed at changing service delivery infrastructure.

7 Conclusion, discussion and recommendations

This report produced several findings on the organization and access to health services for seniors living in St. Boniface and St. Vital. This section includes a review and recommendations on these findings. First, this report highlighted the fact that seniors suffer from a wide range of **health problems** although many believe they are in good health. We found that seniors **used many health services** to reduce the impact of their health problems.

However, we were unable to cover the entire continuum of care. Because the seniors said they were responsible for maintaining their own health and because prevention services that promote well-being, such as social activities, dance classes or yoga provided by community agencies and mental health services, played little, if any, part in the list of services used by our participants, we recommend the following.

- The offer of French-language health services for seniors should explicitly include (be integrated and considered in the continuum of care for seniors) preventive and health promotion services. These services, which are less expensive and available in to many seniors in French, would provide early health care for seniors.

As we have seen, the services used are most often English-language services. The seniors generally agreed that French-language services were better than English-language services. As a result, some of them requested and even demanded to be served in their mother tongue. However, French-language services were simply not available in some cases. Because many caregivers did not think of asking for French-language services or did not consider language a priority when requesting services and gave other considerations priority, we recommend that:

- The offer of French-language services reflect the priorities of seniors and caregivers, not only the language in which the service is provided: quick access to quality services that are close to home and provided by a qualified professional they trust.

Access to French-language services was a particularly striking issue in terms of the gaps in the current provision of services in St. Boniface and St. Vital. The seniors and caregivers actually told us about how easy it was to contact services or professionals and develop meaningful relationships with them. Accessibility also involves access to clear, easy-to-understand information about their health, affordable services and access to services in terms of architectural design (for people with reduced mobility).

Because the experience of access to health services includes several dimensions, we recommend that:

- Access to French-language services take into account the relational, informational, financial and architectural dimensions. Thus, rather than focusing only on language, efforts should be made in all areas to improve access to French-language services.

With respect to **relationships with staff**, many positive and negative experiences were reported. The aspects that require action involve the competence, professionalism and training of health care aides who provide care at home and in facilities. There were complaints about the attitudes of some staff who seemed to provide fast service, without regard to the person receiving the service and without any accountability. Participants also reported that people with severe disabilities or Alzheimer's seemed less valued by this staff. Given that health care aides are also stakeholders who provide essential services and work closely with seniors, we recommend that:

- Admission and training requirements for health care aides be enhanced to recruit more qualified staff. Training should take particular note of the challenges of providing services in Francophone minority communities, the linguistic and cultural characteristics of Franco-Manitoban seniors and the complexity of health problems faced by seniors.

Based on the seniors' experience, **the organization of services** did not take into account their needs or the constraints and realities they face as Francophones. In view of the responsibility delegated to the caregivers to manage the services they receive, the privatization of services (at home and in facilities) and the informal Francophone assimilation policy in some facilities, which penalizes Francophones in two ways, we recommend that:

- Seniors be consulted on the organization of a network of French-language health care services in their area.

In this regard, the seniors and caregivers suggested several ways **to improve the organization and access to French-language health services**:

- Recruit and train more bilingual staff on relational and cultural dimensions of offering services in minority communities;
- Improve the active offer with clear signage and advertisements in the media about the services offered in French;
- Outreach to Francophones on requesting services in their own language through individual and group actions and policies;
- Focus on the environment in which services are provided by also keeping the areas clean.

Therefore, we can conclude that the improvements in the health system suggested by the seniors and caregivers affect both individual dimensions (attitudes and actions with regard to claiming one's rights to access French-language services) and systemic conditions of use, such as the establishment of services grouped and organized to serve Francophone clients) and the dissemination of information in an efficient and targeted manner. A better service offering will take this into account and take action in the three interactive areas.

To do this, we first need to address what seniors and caregivers seem to consider the biggest challenge: making the supply of French-language services more visible, which will also increase demand. However, the current offer already fails to meet the demand. This could result in what they are trying to avoid at all costs: hiring bilingual but incompetent staff, which would reduce the quality of French-language services below that of English-language services. To avoid this, it seems appropriate to remember what the seniors and caregivers said: **barriers, like the factors that facilitate the organization of and access to services, are related to organizational, structural, political and individual contexts, which are varied and interrelated, so that solutions must not address only one of these components.**

8 Limitations of the study

No matter how rigorous they are, all studies have a number of limitations. The following limitations of our study are inherent to the methodological choices. First, the qualitative nature of this study and the small sample size mean that we cannot extrapolate the results to all trajectories of the St. Boniface and St. Vital seniors and caregivers. As a result, the comments provided by the six seniors and four caregivers, although very valuable, cannot be representative of all potential care trajectories. The objective of this study was to report different care trajectories so as to better understand the phenomenon of the offer of French-language health care services from the users' standpoint in order to make improvements. However, our small sample highlighted some barriers and challenges as well as ways to address them and met the study's overall objective.

A second methodological limitation involved the concept of saturation. This study encompassed a wide range of issues of course, but they did not all achieve saturation, at least with 10 participants. Thus, our analysis provided results for several categories that could definitely be reassessed with other interviews. Recruitment and scheduling problems, rather than saturation, led to the decision to stop collecting data, which was a limitation that must be noted. It should also be reported that several participants listed several elements, confirming that some categories had reached saturation.

Third, the fact that physicians at the Centre de santé recruited the participants caused two major biases: the care trajectories resembled one another a little more and comments on the Centre de santé were more likely to be positive.

Finally, and contrary to our hopes, the most important limitation was undoubtedly the fact that the interview analyses did not allow us to graphically illustrate the various potential trajectories of seniors in the health system based on their health status.

For example, we would have liked to 1) understand where seniors enter the health care system if they have acute, chronic health problems, if they require emergency care (different gateways based on needs), 2) track their progress through the system, i.e. how they move from one service to another, from one professional to another, 3) determine the potential discharge pathways. Had we been able to do this, we would have had access to real trajectories. Rather, we highlighted experiences in the health system, which still allowed us to meet our original goal. Even if we do not fully understand the path through the system, family physicians were often described as acting as mediators between different services (hospital care, specialized medical care as well as home care). Their role in coordinating health care was shown to be very important and also very meaningful for seniors.

A final difficulty arose when we conducted a retrospective narrative which ensured that events were rearranged so as to make the events coherent “after the fact.” More direct monitoring (through clinical records or observation and interviews) during targeted approaches would have allowed us to better define the reality faced by those seeking treatment.

Appendix 1: **Interview Outline – Seniors**

This questionnaire is designed for people aged 65+ who use health services in St. Boniface and St. Vital. The main objective of the study is to determine the individual trajectories of seniors 65+ in order to keep them healthy and to put them in touch with the various components of the health system (such as hospitals, long-term care facilities, home care, supportive housing for seniors and other relevant components of the continuum of services). More specifically, the purpose of the interviews is to conduct research on their **personal experiences before, during and after using French-language health services and the challenges involved in** improving access to these services in the target areas, St. Boniface and St. Vital.

Your participation is voluntary. You can decide to stop participating at any time and ask that the information you provide not be used. The information will be kept fully confidential and the research report and any subsequent publication cannot be used to identify you.

1) Individual trajectory of participants 65+ who use front-line services at health care facilities in St. Boniface and St. Vital

Health status and prevention

- a) Can you tell us about your general state of health? Are you suffering from any illnesses (list), a loss of independence? Since when?
- b) Do you feel that you need to use health services to stay healthy? If so, what services are you currently using? If not, why?
- c) What services have you used in the past? Which ones and why?
- d) Are you looking for French-language health services? If so, how? If not, why?

2) Specificity and diversity of individual health service trajectories for seniors 65+

Experiences and length of stay in hospitals and health care

- c) Can you tell us about your experiences with **accessing** health care?

-If the person reports having used services: You said earlier that you used (name the services used). Now I would like to know how you obtained these services the first time. What steps did you take? What happened (availability, waiting time)?

-If the person reported not having used services: You said that you did not use any services. I'd like to know if you've ever tried to request services. If so, how did it go? And finally, why do you not use any services (availability, waiting time)?

Can you tell us about your experiences with the health services that you named?

- d) How were (are how are) your **relationships** with the staff that provides health services (are they easy to access, attitude toward seniors, characteristics)?

3) How seniors 65+ view the organization of French-language services

Satisfaction of seniors 65+ (existing services and services that are missing)

- a) What is your perception, your opinion of health services received in French? What is your level of satisfaction? (access, request, accommodation, etc.)
- b) What is your perception of the organization of French-language health services (existing services and those that are missing)?
- c) In your opinion, how can we improve services for Francophone seniors in your community?

4) Challenges in offering French-language services

- a) In your opinion, what can facilitate access to French-language health services? How do you get access to French-language services?
- b) What are the challenges associated with access to French-language health services? (Organizational challenges, etc.)
- c) What are the challenges associated with the use of French-language health services?
- c) What methods or practices could facilitate access and use of French-language health services? Is there a strategy or several strategies or approaches for the various situations in the workplace?
- d) Do you see other gaps (shortcomings) in the French-language health services for people in St. Boniface and St. Vital? If so, what are they?

Are there other things you would like to tell us about health services that we didn't talk about in this interview?

Appendix 2: **Interview Outline – Caregivers**

This questionnaire is designed for caregivers aged 65+ who use health services in St. Boniface and St. Vital. The main objective of the study is to determine the individual trajectories of seniors 65+ in order to keep them healthy and to put them in touch with the various components of the health system (such as hospitals, long-term care facilities, home care, supportive housing for seniors and other relevant components of the continuum of services). More specifically, the purpose of the interviews is to conduct research on their **personal experiences before, during and after using French-language health services and the challenges involved in** improving access to these services in the target areas, St. Boniface and St. Vital.

Your participation is voluntary. You can decide to stop participating at any time and ask that the information you provide not be used. The information will be kept fully confidential and the research report and any subsequent publication cannot be used to identify you.

1) Individual trajectory of participants 65+ who use front-line services at health care facilities in St. Boniface and St. Vital

Health status and prevention

- a) Can you tell us about the general health of the senior you are caring for? Is the senior suffering from any illnesses (list), a loss of independence? Since when?
- b) Does the senior feel a need to use health services to stay healthy? If so, what services is the senior currently using? If not, why?
- c) Has the senior used any services in the past? Which ones and why?
- d) Are you, or the senior you are caring for, looking for French language health care? If so, how? If not, why?

2) Specificity and diversity of individual health service trajectories for seniors 65+

Experiences and length of stay in hospitals and health care

- c) Can you tell us about your experiences with **accessing** health care?

-If the senior is using services: You said earlier that the senior you are caring for was using (name the services used). Now I would like to know how the senior or you obtained these services the first time. What steps did you take? What happened (availability, waiting time)?

-If the senior reported not having used services: You said that the senior that you care for does not use any services. I would like to know if the senior or you have already tried to request services. If so, how did it go? And finally, why does the senior not use any services (availability, waiting time)?

Can you tell us about your experiences with the health services that you named?

- d) How were (are how are) the senior's **relationships** and your **relationships** with the staff that provides health services (are they easy to access, attitude toward seniors, characteristics)?

3) How seniors 65+ view the organization of French-language services

Satisfaction of seniors 65+ (existing services and services that are missing)

- a) What is your perception, your opinion of health services received in French? What is your level of satisfaction? (access, request, accommodation, etc.)
- b) What is your perception of the organization of French-language health services (existing services and those that are missing)?
- c) In your opinion, how can we improve services for Francophone seniors in your community?

4) Challenges in offering French-language services

- a) In your opinion, what can facilitate access to French-language health services? How do you get access to French-language services?
- b) What are the challenges associated with access to French-language health services? (Organizational challenges, etc.)
- c) What are the challenges associated with the use of French-language health services?
- c) What methods or practices could facilitate access and use of French-language health services? Is there a strategy or several strategies or approaches for the various situations in the workplace?
- d) Do you see other gaps (shortcomings) in the French-language health services for people in St. Boniface and St. Vital? If so, what are they?

Are there other things you would like to tell us about health services that we didn't talk about in this interview?

Appendix 3
Sociodemographic Questionnaire -- Seniors

15. What year were you born? _____

16. What was your place (city, village, country) of birth? _____

17. Since when have you been living in St. Boniface or St. Vital? _____

18. Sex: Woman Man

19. What language do you speak most often **at home**?

French English Other: _____

20. What is your mother tongue?

French French/English
 English Other: _____

21. What language do you speak most often with **your family** (children, sisters, brothers, cousins)?

French English Other: _____

22. What language do you speak most often **with your friends**?

French English Other: _____

23. What language do you speak most often **in your community**?

French English Other: _____

24. What is your marital status?

- Single Common-law Widower/widow
- Married Separated/divorced

25. Do you have children?

- No
- Yes
- If so, how many? _____
 - How many live near you (within 20 KM)? _____

26. What is the highest level of education you have completed?

- Primary (Grades 1 to 6)
- High school (Grades 7 to 12)
- College (Professional or technical)
- Univ. Grad.

27. **Compared to people in your age group**, how would you rate your health?

- Excellent Good Very poor
- Very good Poor

28. What is your main health problem? _____

29. What is your annual income?

Less than \$20,000

Between \$20,001 and \$40,000

Between \$45,001 and 60,000

More than \$60,001

Refused to answer

Thank you for participating in this study

Appendix 4
Sociodemographic Questionnaire – Caregivers

30. What year were you born? _____

31. What was your place (city, village, country) of birth? _____

32. Where are you living now (city, village)? _____

33. Sex: Woman Man

34. What is your **mother** tongue?

French

French/English

English

Other: _____

35. What language do you speak most often **at home**?

French

English

Other: _____

36. What language do you speak most often with **your family** (children, sisters, brothers, cousins)?

French

Other: _____

English

37. What language do you speak most often **with your friends**?

French

English

Other: _____

38. What language do you speak most often **in your community**?

French

English

Other: _____

39. What is your marital status?

Single

Common-law

Married

Separated/divorced

Widower/widow

40. What is your relationship with the senior you are caring for?

He/she is my father/mother.

He/she is my father-in-law/mother-in-law.

He/she is my brother/sister.

He/she is my uncle/aunt.

He/she is a friend.

Other: _____

41. What is the highest level of education you have completed?

Primary (Grades 1 to 6)

High school (Grades 7 to 12)

College (Professional or technical)

Univ. Grad.

Compared to other people in the senior's age group, how would you rate the health of the senior you are caring for? Excellent

Very good

Good

Poor

Very poor

42. What is your annual income?

Less than \$20,000

Between \$20,001 and \$40,000

Between \$45,001 and 60,000

More than \$60,001

Refused to answer

Thank you for participating in this study

Appendix 5

Consent Form

Regarding My Participation in a Research Project (Seniors)

This consent form is simply part of the process of free and informed consent. You will be given a copy of this consent form for your records. You should be able to find the main objective of the research and the nature of your participation in this project. Do not hesitate to ask for more information about this form or information that is not included. Please read it carefully and make sure that you understand the meaning of any other accompanying information.

Project title

Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services – Seniors' Individual Trajectories component

Project Managers

Sophie Éthier (204-237-1818 Extension 729) and Halimatou Ba (204-237-1818 Extension 731), professors at the Université de Saint-Boniface's École de service social are responsible for this project. You can contact them for any additional information or problems related to the research project.

Purpose and objectives of part 5 of the project

The objective of this part of the project is to better understand the experiences of seniors or caregivers with accessing French-language health services in St. Boniface and St. Vital in order to support health professionals and managers of health facilities in organizing French-language health services.

Reason for and nature of your participation

My participation involves an interview that lasts approximately 90 minutes.

Potential benefits of participation

I will not derive any direct benefits by participating in the study project. However, it will give me a better understanding of the health services available in French and the challenges that members of the St. Boniface and St. Vital Francophone community face when accessing these services.

Potential disadvantages and risks of my participation

My participation in the study does not involve any risk.

Right to withdraw from the study

It is understood that my participation in the research project described above is entirely voluntary and that I am free at all times to terminate it without having to justify my decision, nor suffer prejudice of any kind whatsoever.

Privacy

The data collected will be kept under lock and key in the principal investigators' office for a period not exceeding five years. The only people with access to the data will be the two researchers and the research officer. After this period, the audiotapes will be erased and the interview transcripts shredded. No information to identify me or identify people who participated in the study will appear in any documentation.

Research results and publications

I will be informed of the results through a short summary of the results that will be sent to participants who wish to receive them. I will also be able to attend the presentations that the researchers will deliver at the Université de Saint-Boniface (USB) at noon-hour conferences organized by the Association francophone pour le savoir (ACFAS) or other venues. I know that the information collected can be used for scientific presentations. In this case, nothing will identify me as a participant in this research.

By signing this form, you indicate that you understand the information about your participation in the research project and agree to participate. In doing so, you do not waive any of your rights recognized by law and the researchers, sponsors and institutions concerned are not released from their professional and legal liabilities. You may, without prejudice or consequences, withdraw from the study at any time or refuse to answer certain questions. Your continued participation should be as informed as your initial consent. Do not hesitate to ask for clarification or additional information at any time during your participation.

This research has received ethical approval from the USB Research Ethics Committee. If you want to share your concerns or complaints about this project, please contact the Head of Research at USB.

Gabor Csepregi,
Vice-President (Academic and Research)
(204) 233-0210 extension 316

Free and Informed Consent

I, _____ have read this form. I understand the nature and reason for my participation in the project. I have had the opportunity to ask questions and am fully satisfied with the answers that I received. I freely agree to participate in this project.

Signature of Participant: _____

Dated at _____, on _____ 2012

Declaration of responsibility

I, _____, certify that I have explained the terms of this form to the participant, answered the questions in this regard and clearly indicated to the person he/she is free to terminate his/her participation in the research project described above at any time and without prejudice. I am committed to ensuring compliance with the objectives of the study and confidentiality.

Signature of Project Manager: _____

Dated at _____, on _____ 2012

Appendix 6

Consent Form

Regarding My Participation in a Research Project (Caregivers)

This consent form is simply part of the process of free and informed consent. You will be given a copy of this consent form for your records. You should be able to find the main objective of the research and the nature of your participation in this project. Do not hesitate to ask for more information about this form or information that is not included. Please read it carefully and make sure that you understand the meaning of any other accompanying information.

Project title

Improving St. Boniface and St. Vital Seniors' Access to French-language Health Services – Seniors' Individual Trajectories component

Project Managers

Sophie Éthier (204-237-1818 Extension 729) and Halimatou Ba (204-237-1818 Extension 731), professors at the Université de Saint-Boniface's École de service social are responsible for this project. You can contact them for any additional information or problems related to the research project.

Purpose and objectives of part 5 of the project

The objective of this part of the project is to better understand the experiences of seniors or caregivers with accessing French-language health services in St. Boniface and St. Vital in order to support professionals and managers of health facilities in organizing French-language health services.

Reason for and nature of your participation

My participation involves an interview that lasts approximately 90 minutes.

Potential benefits of participation

I will not derive any direct benefits by participating in the study project. However, it will give me a better understanding of the health services available in French and the challenges that members of the St. Boniface and St. Vital Francophone community face when accessing these services.

Potential disadvantages and risks of my participation

My participation in the study does not involve any risk.

Right to withdraw from the study

It is understood that my participation in the research project described above is entirely voluntary and that I am free at all times to terminate it without having to justify my decision, nor suffer prejudice of any kind whatsoever.

Privacy

The data collected will be kept under lock and key in the principal investigators' office for a period not exceeding five years. The only people with access to the data will be the two researchers and the research officer. After this period, the audiotapes will be erased and the interview transcripts shredded. No information to identify me or identify people who participated in the study will appear in any documentation.

Research results and publications

I will be informed of the results through a short summary of the results that will be sent to participants who wish to receive them. I will also be able to attend the presentations that the researchers will deliver at the Université de Saint-Boniface (USB) at noon-hour conferences organized by the Association francophone pour le savoir (ACFAS) or other venues. I know that the information collected can be used for scientific presentations. In this case, nothing will identify me as a participant in this research.

By signing this form, you indicate that you understand the information about your participation in the research project and agree to participate. In doing so, you do not waive any of your rights recognized by law and the researchers, sponsors and institutions concerned are not released from their professional and legal liabilities. You may, without prejudice or consequences, withdraw from the study at any time or refuse to answer certain questions. Your continued participation should be as informed as your initial consent. Do not hesitate to ask for clarification or additional information at any time during your participation.

This research has received ethical approval from the USB Research Ethics Committee. If you want to share your concerns or complaints about this project, please contact the Head of Research at USB.

Gabor Csepregi,
Vice-President (Academic and Research)
(204) 233-0210 extension 316

Free and Informed Consent

I, _____ have read this form. I understand the nature and reason for my participation in the project. I have had the opportunity to ask questions and am fully satisfied with the answers that I received. I freely agree to participate in this project.

Signature of Participant: _____

Dated at _____, on _____ 2012

Declaration of responsibility

I, _____, certify that I have explained the terms of this form to the participant, answered the questions in this regard and clearly indicated to the person he/she is free to terminate his/her participation in the research project described above at any time and without prejudice. I am committed to ensuring compliance with the objectives of the study and confidentiality.

Signature of Project Manager: _____

Dated at _____, on _____ 2012