**Expérience de francophones en Ontario chez leur médecin de famille :
concordance et discordance linguistique**

C. Jutras, A.P. Gauthier, P.E. Timony, D. Côté, G. Kpazaï DRHJ/RDRS 2020, 3, pp.12-33

Chloe Jutras, MA, RSW

Assistante de Recherche, cjutras@laurentian.ca

Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord– Université Laurentienne.

Alain P. Gauthier, Ph.D.

Professeur agrégé, agauthier@laurentian.ca

Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord– Université Laurentienne
École des sciences de l'activité physique, Faculté de la santé, Université Laurentienne.

Patrick E. Timony, MA

Étudiant au doctorat, pe_timony@laurentian.ca

Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord– Université Laurentienne.

Daniel Côté, Ph.D., RSW

Professeur adjoint, dcote@laurentian.ca

School of Indigenous Relations, Faculté de la santé, Université Laurentienne.

Georges Kpazaï, Ph.D.

Professeur agrégé, gkpazai@laurentienne.ca

Groupe de Recherche sur l'Évaluation et le Développement des Compétences en Activité
Physique et en Santé (GRÉDCAPS)
École des sciences de l'activité physique, Faculté de la santé, Université Laurentienne.

Résumé

Il est possible d'améliorer la santé et les soins de santé de manière efficace par l'entremise de l'amélioration de l'expérience du patient. L'objectif principal de cette étude était de saisir et comprendre l'expérience de patient(e)s francophones chez leur médecin de famille en examinant les effets de la concordance et la discordance linguistique sur cette expérience. La méthode de collecte de données fut inspirée des deux premières étapes de l'approche « Experienced-Based Design » (EBD). Six groupes de discussions ont été organisés dans des communautés fortement francophones du nord de l'Ontario où vingt-neuf participant(e)s ont partagé l'expérience d'une visite chez leur médecin de famille. L'expérience de patient(e)s francophone est caractérisée par de nombreuses émotions, dont plusieurs sont éprouvés en raison

de la concordance et la discordance linguistique avec le médecin de famille. La discordance linguistique au service de santé de première ligne suscite une expérience moins favorable en matière de confort, d'accessibilité, de sécurité et de sentiments d'aptitude personnelle. L'offre active de services en français en tenant compte de la préférence linguistique des patients au-delà les apparences du bilinguisme, tout en offrant un environnement de santé de première ligne bilingue (ex. affiches, formulaires) favoriserait une expérience de santé positive pour des Franco-Ontariens.

Mots Clés : Francophones, CLOSM, Médecins, Nord de l'Ontario, Santé, Expérience.

Abstract

Improving health and health care can be achieved efficiently by improving the patient experience. This study's main objective was to capture and understand the Francophone patient experience during a visit to their family physician's office and examining the impact of linguistic concordance or discordance on this experience. Data collection method was inspired by the first two steps of the Experience Based Design approach (EBD), six focus groups were conducted in strong French communities of Northern Ontario in which a total of twenty-nine Francophones described their experience of a visit to their family physicians' office. The Francophone patient experience is characterized by many emotions, several of which result from the presence of linguistic concordance or discordance with the physician. Linguistic discordance in a primary care setting elicits a less favorable patient experience in terms of emotions associated with comfort, accessibility, security and personal aptitude. Actively offering French language services, being mindful of patient language preferences regardless of apparent bilingualism and providing a bilingual environment in the family physician's office (e.g. signage, forms) would favor a positive patient experience for Francophones in Ontario.

Keywords: Francophones, CLOSM, Physicians, Northern Ontario, Health, Patient Experience.

Introduction

Il est possible d'améliorer la santé et les soins de santé de manière efficace par l'entremise de l'amélioration de l'expérience du patient (Bate et Robert, 2007 ; ICIS, 2019). Les impacts d'une expérience positive sont nombreux autant pour les populations que pour les organisations qui offrent des services (Carman et collab., 2014 ; Browne, et collab., 2010 ; Anhang Price et collab., 2014 ; NRC Health, 2017). Bate et Robert (2007) proposent qu'un service de santé ne soit qu'aussi efficace qu'en est positive son expérience. Une revue systématique de la littérature par Doyle et collab. (2013) démontre que l'expérience de patient(e)s est « [...] associée de manière consistante et positive avec la sécurité de patients, et l'efficacité du service clinique » [traduction libre] (Doyle et collab., 2013, p. 1).

Au Canada, l'expérience en santé passe généralement par les services de médecins de famille ; des services qui sont nécessaires à la santé de tous (CMFC, 2005 ; gouvernement du Canada, 2012) incluant les populations en situation de minorité linguistique, comme les francophones en Ontario. Bien que 90 % des Ontarien(e)s rapportent avoir accès à un médecin de

famille (Bouchard et collab. 2012, p. 15), seulement que « 52 % des francophones disent parler français avec leur médecin de famille » (p. 15). Les travaux de Timony et collab. (2013) énoncent davantage les défis de l'accès aux services de santé de première ligne concordant sur le plan linguistique, sachant que la barrière linguistique est aussi déterminante de la santé (Bouchard et Desmeules, 2013).

La recension de la littérature de Bowen (2015) documente le nombre et la portée des effets des barrières linguistiques en matière de la qualité et de la sécurité des services de santé offerts à des populations qui ne parlent pas la même langue que leur médecin de famille. Lors de situations de discordance linguistique, les effets documentés sont nombreux et adverses en matière de l'accès aux services de santé, de la satisfaction et de l'expérience de patient(e)s. Cette revue démontre des inégalités et désavantages dans les soins de santé que reçoivent des patient(e)s en situation de discordance linguistique, incluant la hausse des risques d'erreurs médicales et de mauvaises adhésions aux traitements médicaux en plus de réflexions importantes sur la confidentialité et le consentement clair et éclairé (Bowen 2015).

En 2017, la collaboration de de Moissac et Bowen a révélé les comportements d'évitement de patient(e)s francophones envers l'utilisation de services de santé en raison de barrières linguistiques. Cette même année, Drolet et collab. (2017a) ont fait paraître un recueil d'études qui consolident les connaissances en matière d'offre de services de santé et social en français au Canada hors Québec. Dans l'ouvrage, on passe nécessairement par le poids législatif, mais limité de la *Loi sur les services en français* pour l'Ontario en matière de santé et de services sociaux, laissant un « espace social » (p.144) où la navigation de services en français surtout fragmenté entraîne la gêne, l'incertitude et la mésinformation (Drolet et collab., 2017b). Un espace comprenant aussi des retards de diagnostics et la dégradation de la littératie en santé en raison des barrières linguistiques (Bouchard et Desmeules, 2017).

La question du bilinguisme dans les communautés francophones en Ontario prend aussi place dans cette revue, mais d'abord se sont Timony et collab. (2016) qui ont observé la présence d'insensibilité linguistique chez des médecins qui œuvrent dans les communautés francophones en Ontario de sorte que plusieurs d'entre eux estiment que le français dans leur service n'est pas nécessaire étant donné le haut taux de bilinguisme. Drolet et collab. (2017a) y ajoutent que même les francophones bilingues possèdent une langue de préférence en matière de santé. Le consensus des auteurs dicte la nécessité de dissiper les idées fausses sur le bilinguisme et l'indifférence en matière de la langue de choix de patient(e)s bilingues qui préfèrent recevoir des services de santé en français (Timony et collab., 2016 ; Drolet et collab., 2017a), toujours afin d'assurer la qualité des services et la sécurité des patient(e)s.

Les francophones en Ontario consistent en une population vieillissante et en moins bonne santé en matière de maladies, de surpoids et d'habitudes de vie moins saine que la population générale (Bouchard et collab., 2012 ; Kalay, 2013 ; Qualité des services de santé Ontario, 2017). Devant l'histoire documentée des disparités en matière de santé des minorités francophones, et le manque d'accès à un médecin de famille pouvant offrir son service en français, il est devenu

nécessaire de discerner les effets des barrières linguistiques dans l'expérience en santé de première ligne de Franco-Ontariens.

L'arrimage des expériences de patient(e)s aux récentes contributions du domaine d'étude pourrait alimenter les efforts des organisations et des acteurs qui défendent depuis longtemps les besoins des francophones en matière de santé, tant au niveau des politiques, de l'administration et de l'éducation des futurs professionnels de la santé. Cette étude a permis de proposer des recommandations centrées sur les besoins de patient(e)s francophones en Ontario pour l'amélioration de la santé et des soins de santé par l'entremise de l'amélioration de l'expérience lors d'une visite chez le médecin de famille.

L'objectif principal de cette étude était de mieux comprendre l'expérience de patient(e)s francophone chez leur médecin de famille en examinant les effets de la concordance et la discordance linguistique sur cette expérience.

Méthode

L'étude de l'expérience de patient(e)s évoque naturellement l'approche théorique de la phénoménologie descriptive (Meyor, 2007). Selon cette approche, qui n'a pas encore été privilégiée chez la population francophone du nord de l'Ontario, ce sont les émotions vécues qui vont rendre tangible le phénomène comme une visite chez le médecin de famille. Compte tenu de l'importance théorique des émotions, pour saisir et comprendre l'expérience des patient(e)s, nous avons privilégié le cadre méthodologique de l'« Experience Based Design » (EBD) (Bate et Robert 2007). Ce cadre souligne que l'expérience des patient(e)s relève entièrement des émotions vécues, et que c'est en associant les émotions à des moments précis lors de l'utilisation d'un service que l'on révèle l'ensemble de l'expérience du service en question.

Comment reconnaître une émotion? Précisons qu'une émotion peut se faire transmettre en mots ou groupes de mots de plusieurs natures grammaticales. On reconnaît l'émotion par un vocabulaire direct tel que « colère » ou « bonheur » ou par un vocabulaire indirect avec des mots de nature nominale comme « un frein » ou « froid ». Dans un discours, l'émotion peut aussi être exprimée par des sons expressifs, ou des interjections que l'on peut reconnaître phonétiquement, comme « ahhhhh!! ». À l'occasion, l'émotion prend aussi la forme d'un verbe comme « j'espère » ou la forme d'un groupe de mots par exemple « je ne sais pas si... ». En ce sens, tout mot ou groupe de mots qui évoque l'émotion sont les mots clés qui sont non seulement révélateurs de l'expérience de patient(e)s, mais la définissent dans tout son sens (NHS Institute, 2009).

Pour faire l'étude des émotions qui composent l'expérience, nous avons privilégié le cadre d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006) afin de laisser apparaître les thèmes émotionnels qui caractérisent l'expérience de patient(e)s selon la dimension de la concordance et de la discordance linguistique.

Approbation déontologique : Cette étude a reçu une approbation déontologique du Comité d'éthique et de recherche de l'Université Laurentienne.

Collecte des données

Six (6) groupes de discussions ont été réalisés dans des communautés du nord de l'Ontario; notamment Sudbury, Kapuskasing, Hearst et Timmins. Ces communautés ont été privilégiées en raison de leur degré de francophonie, avec plus de 25 % de la population étant francophone (Statistique Canada, 2017a,b,c et d).

Le partage d'histoires de visites chez le médecin de famille a été facilité par l'entremise de questions semi-dirigées telles que : « *Où commence la visite? Et ensuite? Que se passe-t-il?* » À tour de rôle, les participant(e)s ont décrit la trajectoire d'une visite chez leur médecin de famille. Pour faciliter l'accès au vécu émotionnel, une liste d'émotions a été fournie lors de la discussion. Dans le but de comprendre les effets qu'ont la concordance ou la discordance linguistique sur le vécu émotionnel des participant(e)s, ces derniers ont été invités à discuter si la présence ou l'absence de la concordance linguistique a influencé la trajectoire de leur visite telle que décrite.

Caractéristiques des participant(e)s : Un échantillon de francophones âgés de 35 ans ou plus ayant un médecin de famille a été recruté à l'aide d'une affiche distribuée par le Réseau du mieux-être francophone du nord de l'Ontario (RMEFNO). Les participant(e)s se sont identifiés eux-mêmes en tant que francophones auprès de la chercheuse principale. Le critère de sélection d'âges de 35 et plus a été choisi en fonction des trois constats suivants :

1. les « catégories d'âge les plus importantes chez les francophones sont les 45 à 54 ans et les 65 ans et plus » (Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2017)
2. la fréquence des visites chez le médecin de famille augmente avec l'âge d'une personne et avec le nombre d'« affections chroniques » (ICIS, 2011).
3. des taux d'affections chroniques augmentent plus rapidement chez les Canadiens de 35 à 64 ans (gouvernement du Canada, 2017).

Résultats

En tout, 29 francophones ont participé à l'étude, dont 19 ont indiqué recevoir des services de santé de première ligne en français au moment de l'étude. L'ensemble des émotions des participant(e)s a révélé que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille comprend 16 moments critiques tels que décrits dans le tableau 1. Comme on le constate dans le tableau 1, l'expérience d'une visite commence avant même l'arrivée au bureau du médecin de famille. Après le premier contact avec le médecin de famille (au moment 9), une série d'instantanés caractérisent le temps passé en présence du médecin de famille lors des moments 10 à 15, des moments interchangeables jusqu'à la fin de la visite. Par exemple, il se peut que le médecin de famille commence sa conversation en donnant un résultat (moment 12) et parle ensuite de manière générale (moment 11). La fin de la visite arrive à la suite : 1) d'un soin; 2) de l'identification d'un temps pour un prochain rendez-vous ou 3) d'une référence vers un autre service médical (par exemple, une référence vers un test de sang ou un spécialiste). Après la fin de la visite, il est très courant de devoir éventuellement revenir voir son médecin de famille, même si cela n'est que pour un prochain examen de santé annuel.

Tableau 1 : *Les moments critiques qui caractérisent la visite chez le médecin de famille*

<u>Moment critique</u>		<u>Définition du moment critique</u>
1	Décision d’aller voir le médecin	Moment(s) au cours duquel(desquels) la patiente ou le patient contemple la nécessité d’aller voir son médecin de famille jusqu’au moment il ou elle ressent une certitude quant au besoin d’aller voir son médecin de famille.
2	Préparation du rendez-vous	Moment(s) au cours duquel(desquels) la patiente ou le patient effectue des recherches sur internet, prend des notes et crée une liste de choses à aborder avec son médecin de famille.
3	Prendre le rendez-vous	Moment(s) au cours duquel(desquels) la patiente ou le patient rejoint le bureau de son médecin de famille afin de prendre un rendez-vous.
4	Temps d’attente pour le rendez-vous	Temps d’attente pour le rendez-vous, ce qui inclut aussi le temps de déplacement pour se rendre au bureau de son médecin de famille.
5	Accueil au bureau du médecin	Moment au cours duquel la patiente ou le patient arrive et entre au bureau du médecin de famille, ce qui inclut l’accueil initial et l’interaction avec le ou la secrétaire/réception, y compris donner sa carte de santé et parler de la raison de sa visite chez son médecin de famille.
6	Attente dans la salle d’attente	Temps d’attente pour voir le médecin de famille dans la salle d’attente du bureau du médecin de famille.
7	Voir l’infirmier ou l’infirmière	Moment au cours duquel l’infirmier ou l’infirmière effectue la vérification des signes vitaux et d’autres vérifications initiales avant de voir le médecin de famille.
8	Attente dans la salle d’examen	Temps d’attente pour voir le médecin de famille dans la salle d’examen du médecin de famille.
9	Premier contact avec le médecin	Moment au cours duquel le médecin entre dans la salle d’examen, ce qui inclut l’accueil et la salutation de la patiente ou du patient.

10	Expliquer la raison de la visite	Moment au cours duquel la patiente ou le patient explique la ou les raisons de la visite à son médecin de famille.
11	Discussion générale avec le médecin	Moment au cours duquel la patiente ou le patient et le médecin de famille entretiennent une conversation, ce qui inclut l'ensemble des échanges verbaux et non verbaux explicites et non explicites qui ont rapport à l'expérience de la visite chez son médecin de famille au cours de la conversation avec le médecin de famille.
12	Recevoir un résultat	Moment au cours duquel le médecin de famille révèle un résultat ou un diagnostic à son patient.
13	Poser des questions	Moment(s) au cours duquel(desquels) la patiente ou le patient pose des questions à son médecin de famille.
14	Comprendre le médecin	Moment(s) au cours duquel(desquels) la patiente ou le patient s'attarde à comprendre les informations qui lui sont données par son médecin de famille.
15	Recevoir un soin	Moment(s) au cours duquel(desquels) la patiente ou le patient reçoit un traitement ou un soin médical de son médecin de famille, ce qui inclut aussi de la conversation du choix de traitements ou du cours d'actions médicales à suivre avec son médecin de famille.
16	Référence vers un autre service	Moment au cours duquel la patiente ou le patient est dirigé vers d'autres services médicaux (tests, spécialistes) par son médecin de famille.

Plusieurs dimensions de l'expérience sont à la source des émotions des participant(e)s, dont parmi elles, on retrouve la concordance et la discordance linguistique. Bien qu'aucun des moments critiques ne soit défini uniquement à cause d'émotions vécues en raison de la concordance ou de la discordance linguistique, il est très clair que plusieurs des émotions sont ressenties explicitement en raison du fait que le service de santé soit offert ou non en français. Quatre thèmes émotionnels se font reconnaître dans les histoires des participant(e)s en raison de la concordance et de la discordance linguistique. De façon générale, la concordance linguistique évoque des émotions positives, dont les sentiments de **confort**, d'**accessibilité** (facilité d'engager

le service), de **sécurité** et de confiance envers ses **aptitudes personnelles**. À l'inverse, la discordance évoque des émotions négatives équivalentes, soit les sentiments d'**inconfort**, d'**inaccessibilité**, d'**insécurité** et de sentiments d'**inaptitudes personnelles**. Ces thèmes émotionnels sont représentés par le modèle conceptuel du « cœur » des émotions (figure 1).

Figure 1 - Représentation graphique des thèmes émotionnels de la dimension de la concordance et de la discordance linguistique.

Les effets positifs de la concordance linguistique et les effets négatifs de la discordance linguistique en matière de **confort**, d'**accessibilité**, de **sécurité** et de sentiments d'**aptitude personnelle** caractérisent l'expérience de la visite chez le médecin de famille lors de 11 moments critiques. Le modèle du cœur est inséré dans une représentation graphique des 16 moments critiques afin d'indiquer les moments et les thèmes émotionnels qui sont vécus en raison de la concordance et de la discordance linguistique (figure 2). L'effet de la concordance et de la discordance linguistique sur ces thèmes émotionnels sera discuté selon deux regroupements de moments critiques, d'abord selon les moments qui ont lieu avant d'interagir avec le médecin de famille et ensuite selon les moments qui se déroulent en présence du médecin.

Figure 2 : Représentation graphique des thèmes émotionnels de la dimension de la concordance et de la discordance linguistique lors de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille

L'expérience avant d'interagir avec le médecin de famille

Lorsque l'on se **prépare pour son rendez-vous** en étant patient d'un médecin de famille qui ne parle pas le français, l'inconfort est très apparent. On dit ressentir un stress et une peur devant l'incertitude d'être compris et de pouvoir comprendre le médecin. D'ailleurs, on s'imagine qu'avec un médecin de famille francophone, la préparation de son rendez-vous serait plus aisée et moins stressante. Toujours, on souhaite bien se préparer et on reconnaît qu'il est épuisant de toujours devoir tout traduire, surtout quand la traduction est complexe (par exemple un mal de cœur en français, s'exprime davantage comme une nausée en anglais et non un mal dans le cœur).

Toujours dans des situations de discordance linguistique, la frustration et l'impatience règnent parmi les propos des participant(e)s qui expliquent leur expérience surtout lorsqu'il faut se préparer en anglais. On dit aussi souvent dresser une liste de questions ou une liste de symptômes pour le médecin afin de ne rien oublier lors du prochain rendez-vous. De même, l'anticipation de la visite se fait ressentir dans l'incertitude et le doute que le médecin de famille arrive vraiment à comprendre le problème de santé des participant(e)s.

En arrivant au bureau du médecin de famille, les participant(e)s en situation de concordance linguistique avec leurs médecins peuvent déjà se sentir beaucoup mieux en sachant que leur médecin est francophone. Justement, dans une telle situation on dit même être très détendue et à l'aise. De plus, quand l'accueil est fait en français, on dit ressentir du confort en

terme de la communication qui est meilleure, et beaucoup plus appréciable. À l'inverse, c'est frustrant que la réceptionniste nous adresse la parole en anglais, surtout quand on sait que la personne à qui on s'adresse peu parler français. À l'occasion, on désire alors se retirer de la situation, ou on demeure prédisposé à vivre une expérience plus négative avec son médecin, même avant avoir trouvé son siège dans la salle d'attente.

Par ailleurs, **l'attente** en présence d'information en français chez son médecin de famille renforce les sentiments en matière de sécurité et de l'accessibilité. L'information en français dans les aires d'attentes rend aux participant(e)s le sentiment d'être à leur place. Des participant(e)s en situation de discordance linguistique disent être inconfortables et quasiment offensés quand toute l'information disponible dans la salle d'attente (formulaires, affiches, brochures, revues) est en anglais. Le tableau 2 offre des témoignages qui caractérisent certaines émotions ressenties avant d'interagir avec le médecin de famille.

Tableau 2 : *Témoignages qui caractérisent certaines émotions ressenties avant d'interagir avec le médecin de famille*

Moment critique et thème(s) émotionnel(s)	Témoignages
Préparation du rendez-vous	« Ça déclenche déjà un stress. Déjà là, tu es déjà dans une situation de stress parce que là tu dis : Ah! J'espère que je vais être capable de le comprendre. J'espère qui parle pas trop vite. J'espère que ... puis là j'espère que moi je vas être capable de lui expliquer qu'est-ce que je veux dire, parce que j'espère avoir les bons mots. » P2(GD3).(MNF)
Accueil au bureau du médecin	« Ben euh, j'ai eu ce médecin-là [anglophone] pendant 25 ans, mais euh il s'est retiré [...] Dieu merci. [...] Maintenant, un médecin de famille qui est francophone, donc euh, [...] j'me sens beaucoup mieux quand je rentre chez un, dans un bureau de médecin maintenant [...]» Ah je suis très [...] détendue, à l'aise. » P5(GD2).(MF) « [...] Parce qu'elle est française [la réceptionniste], tu sens que la communication est meilleure... Si c'est en anglais... bien okay, on s'en va! » P4(GD1).(MNF)
Attente dans la salle d'attente	« J'adore le fait que je peux arriver dans le bureau puis premièrement je peux prendre une revue et lire en français [...] Même si, même si on attend pour deux minutes, on peut lire

quelque chose en français. C'est important parce qu'il y a toute sorte d'informations, qui viennent dans les revues dans les salles d'attente des médecins alors, moi j'adore ça ici pour ça. Puis, tout est facile à comprendre. Je suis bien. » P5(GD2).(MF)

Voir l'infirmier ou l'infirmière

« Pis euh, c'était [...] par rapport à une p'tite chirurgie, puis là elle [l'infirmière] m'expliquait tout ça en anglais. Mon anglais est limité, alors à ce temps-là j'me sens pas conf – y'a des questions que j'voudrais demander en plus, mais.. je suis limitée avec mon anglais. Hein. Alors, dans s'temps là là, on dirait sa me ret — on dirait je suis pas dans — j'me retire de la situation là. J'demande juste, j'dis juste, juste le strict nécessaire. » P3(GD1).(MF)

Attente dans la salle d'examen

« Moi, regarde, mon médecin est anglophone nécessairement, toutes les affiches, toutes les informations s'ten anglais. Juste-juste le fait que tout est en anglais s't'un peu dire : « Où est-ce que j'ai ma place ici comme francophone? » P2(GD1).(MNF)

L'expérience lors de l'interaction avec le médecin de famille

Au départ, **expliquer la raison de la visite** à son médecin de famille est un moment qui peut soulever plusieurs émotions inconfortables tel le stress et l'anxiété en raison de la vulnérabilité émotionnelle due à la maladie ou l'incertitude médicale. En ce moment, la concordance linguistique engendre un soulagement sachant que le médecin de famille sera en mesure de comprendre plus facilement l'explication des symptômes.

Au contraire, expliquer la raison de la visite à son médecin de famille en situation de discordance, c'est inconfortable, insécurisant et cause de stress supplémentaire. On vit à l'occasion de la frustration de ne pas pouvoir nuancer l'explication de ses malaises, en plus du stress de la concentration requise et des efforts à maîtriser une langue seconde. Comme patient(e)s, il arrive alors de se fâcher contre soi-même, et grand reste le malaise de devoir traduire et peser le choix de ses mots devant son médecin.

Laissant la place à l'oubli des raisons de la visite, ou l'omission volontaire d'une information de santé, certains participant(e)s admettent que la discordance linguistique atteint leurs sentiments de sécurité et d'aptitudes personnelles. Vulnérable, certains participant(e)s vont remettre en question ou douter leurs propres connaissances ou expériences médicales. Par exemple, une participante en situation de discordance explique que même si elle connaît bien la date et la nature d'un test qu'elle vient de passer chez un spécialiste, lors de la discussion avec

son médecin qui ne parle pas le français, elle commence à se douter d'elle-même et elle ne poursuit pas la demande des résultats du test avec son médecin.

La **discussion générale** est au cœur de l'expérience des francophones chez leurs médecins de famille. C'est un moment précieux où les patient(e)s obtiennent l'occasion d'éclaircir leurs soucis avec le médecin de famille. Lors de ce moment, les participant(e)s en situation de concordance linguistique expliquent être confortables, bien à l'aise, et ressentir de la confiance en soi et en son médecin de famille. On se trouve très chanceux d'avoir un médecin de famille francophone qui va comprendre le patient, et le patient sera compris à son tour. Surtout, on ressent à ce moment que la concordance linguistique est très importante, et même essentielle à la qualité du service. C'est une priorité qui est ressentie et qui facilite beaucoup le partage des émotions. Même dans une situation de discordance linguistique, tout effort d'offre de service en français ou de sensibilité à l'importance de la langue est vécu de manière positive; chose essentielle, nous le rappelle un participant, étant donné que parler de santé demande un langage intimement lié aux émotions.

Au même moment, dans les cas contraires, on évoque des émotions de stress supplémentaire, de défi, de malaise et même une infériorité en tant qu'être humain en raison de la discordance. Pour certains participant(e)s il arrive alors d'être réticent ou hésitant, et même exprimer le désir de vouloir se retirer de la situation faute de vouloir faire face aux sentiments d'inaptitudes personnelles lors de la discussion, même si on est bilingue.

Au-delà la discussion générale, l'expérience de la visite en présence du médecin de famille tient aussi compte du moment du partage d'un diagnostic ou d'un résultat d'un test médical. Même en situation de concordance linguistique, le fait de recevoir un résultat peut être une épreuve émotionnelle, et en situation de discordance on dit encore ressentir un ensemble d'émotions tirant de l'inconfort à l'inaptitude tel que la stupidité menant à nouveau au souhait de se retirer le plus vite possible de la situation discordante, sans poser ses questions supplémentaires.

Quand arrive le temps de **poser des questions** au médecin de famille les participant(e)s en situation de concordance linguistique indiquent être moins stressés, et plus à l'aise, capables et certains de pouvoir poser leurs questions. Des participant(e)s en situation de discordance linguistique s'imaginent eux aussi pouvoir poser plus de questions naturellement si leur médecin de famille était francophone, car en anglais, on dit hésiter dans ses mots par crainte d'offusquer le médecin, de confondre de l'information, ou de poser les mauvaises questions. Ainsi, persistent pour le francophone en situation de discordance l'hésitation et la remise en question de soi au lieu de questionner le médecin ou le traitement. Dans une situation particulière, c'est en raison de la concordance linguistique qu'une participante explique s'être sentie à l'aise d'indiquer au médecin une douleur plus élevée que la normale et le médecin s'est alors rendu compte d'une erreur dans le traitement administré. Elle reconnaît que s'exprimer d'une telle manière n'aurait

pas été chose évidente dans une situation de discordance linguistique. Le tableau 3 offre des témoignages qui caractérisent certaines émotions ressenties en présence du médecin de famille.

Tableau 3 : *Témoignages qui caractérisent certaines émotions ressenties en présence du médecin de famille.*

Moment critique et thème(s) émotionnel(s)	Témoignages
Expliquer la raison de la visite	« C'est ça, parfois tu dis [au médecin] : « J'suis allé voir tel et tel spécialiste » [...] Si c'est pas nécessairement dans le dossier du patient [...] là je dois traduire, bien... est-ce que c'est moi qui me trompe? On-on se doute davantage! Au lieu de dire [au médecin] : « Aye, oui je sais, c'était à telle date » puis être beaucoup plus ferme, parce que c'est dans une autre langue, on se crée un doute davantage. Puis t'oses pas le dire [...] [Même si] toi tu sais que t'es allé à l'hôpital, puis tu sais que t'as passé tels et tels tests [...] Pi c'est ça! Parce que c'est pas dans notre langue maternelle, parfois nous allons omettre de donner un... détail. » P2(GD1).(MNF)
Discussion générale avec le médecin	« On se sent pas partie prenante [...] c-c'est pas victime, mais... pas loin [...] tu te sens pas [...] sur un pied d'égalité avec ton médecin, c'est toujours, l'infériorité je trouve. » P2(GD1).(MNF) « Ouai, l'infériorité linguistique, comme comme être humain [...] » P5(GD1).(MNF) « Bien [le français] c'est notre langue émotionnelle [...] donc notre première langue, [et] si on est chez le médecin les émotions prennent le dessus. Bien, tu vas mieux t'exprimer dans ta langue maternelle. Donc si tu n'es pas capable de t'exprimer dans cette langue-là, par rapport à tes inquiétudes ou quoi que ce soit, m'semble que [je] cherche moins mes mots puis... Ça sort plus naturellement que si on essaye de le faire [en anglais]. Même si on est parfaitement bilingue, parce que j'me considère aussi parfaitement bilingue, mais on dirait que quand ça vient au langage des émotions, hmm on cherche plus les mots quand on doit euh s'exprimer dans notre deuxième langue. » P1(GD5).(MNF)
Recevoir un	« Mais lorsque le médecin est en train de donner le résultat des tests... Est-ce que le fait de devoir s'adresser en anglais [...] on est plus timide, ou téméraire, on n'ose pas poser des questions, puis on-on prend l'information puis [on se] dit : Okay je m'en vais. » P2(GD1).(MNF)

résultat

questions

Poser des

« Dernièrement dans les dernières années, j'ai eu des problèmes de santé. Je suis bilingue, mais je dois dire que j'arrive mieux à m'exprimer, c'était quand même des problèmes de santé assez importants, alors j'étais très anxieuse... euh il y avait beaucoup d'émotions là. En tout cas c'était une question d'une tumeur cancéreuse au colon alors euh j'ai passée à travers la radiation, la chimio tout ça là... Alors c'est sûr, dans des temps comme ça je me sentais souvent anxieuse d'aller à mes rendez-vous pour arriver à bien m'exprimer qu'est-ce qui se passait puis tout ça. Je suis bilingue, j'ai quand même réussi, mais euh, je ne pense pas que [...] je ne me sentais pas aussi à l'aise euh de poser mes questions ou de parler ou d'avoir cette relation avec mon médecin [de famille] » P1(GD6).(MNF)

médecin

Comprendre le

« On concentre tellement pour notre traduction, qu'on oublie ce que le médecin est train de nous dire. » P2(GD3).(MNF)

« Ou qu'est-ce qu'on dit... » P3(GD3).(MF)

« On l'a même pas entendu! » P1(GD3).(MNF)

« On l'entend pu, on l'entend pas ce qu'il vient juste de dire [...] On se sent même des fois... c'est comme inférieur ou on se sent comme stupide des fois. » P3(GD3).(MF)

« Ouain, coincé, on se sent euh... » P3(GD3).(MF)

« Paniqué. » P1(GD3).(MNF)

« [...] On est préoccupé à traduire là c'est ça là. » P1(GD3).(MNF)

« On se sent quasiment un petit peu offensé [...] parce que t'es pris dans toé parce que, on n'est pas capable de s'expliquer dans notre langue. » P2(GD3).(MNF)

« Pis là tu viens hésitant aussi, tu veux plus dire, tu sais plus quoi dire... » P3(GD3).(MF)

« Tu viens — Tu viens fâché parce que t'es pas capable de dire ce que toé tu voudrais dire [ou] t'expliquer dans ta langue, tu te sens... tu te sens coincé. » [...] P2(GD3).(MNF)

« Embarrasser des fois y tout... on dirait t'es pas capable t'expliquer alors t'a de l'air... » P3(GD3).(MF)

« Oui. Embarrassé, parce là... » P2(GD3).(MNF)

« Tu te sens inférieur. » P1(GD3).(MNF)

« Pi là tu deviens nerveux [et] là tu vois que tu manques de temps là. »

P2(GD3).(MNF)

« C'est désagréable. » P1(GD3).(MNF)

« Parce que même euh pour le traitement [...] j'étais confortable. Mais cette fois-là quand qui m'a piqué, je lui ai j'ai que ça avait fait mal. Puis [le médecin] a dit [...] « Qu'est-ce qui est arrivé? » Puis il a regardé sa pique puis l'infirmière c'était trompé [...] il est allé voir l'infirmière toute suite change moi ça. Puis après, sa toute bien été mon affaire, mais j'veux dire, j'aurais pu dire non ça fait pas si mal que ça, tsé mais j'étais tellement confortable avec lui » P3(GD3).(MF)

« T'étais pas gêné, t'étais capable de v-vraiment démontrer tes sentiments que si t'aurais été dans une situation inconfortable [...] t'aurais pu dire no no euh a-anglophone, no no l'm fine [...] no no it's okay! »

P2(GD3).(MNF)

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de saisir et comprendre l'expérience de patient(e)s francophones lors d'une visite chez leur médecin de famille en examinant les effets de la concordance et la discordance linguistique sur cette expérience. L'expérience de la visite chez le médecin de famille doit être considérée comme faisant partie d'un continuum d'expériences nécessaires à la santé et au rétablissement. Le poids de l'expérience de la visite chez le médecin de famille dans l'ensemble du continuum est significatif étant donné que la visite chez le médecin de famille est non seulement un premier point de contact avec l'ensemble du système de santé, mais une expérience récurrente pouvant prédisposer des patient(e)s à vivre une suite d'expériences plus ou moins positives avant le retour au suivi en première ligne. Étant donné l'interdépendance des moments critiques, la visite chez le médecin de famille reste une plateforme pour l'amélioration de l'ensemble de l'expérience du rétablissement de patient(e)s dans une perspective de continuum de soins.

Bien que nous ne sommes pas les premiers à constater que l'expérience d'une visite chez le médecin comprend plusieurs moments critiques qui s'étendent sur une période qui précède et qui excède le temps passé en présence du médecin (IBHP, 2017) il est peut-être surprenant de constater que la moitié de l'expérience d'une visite est ressentie dans la préparation et l'anticipation d'être en présence de son médecin de famille.

En matière de la dimension linguistique, pour des francophones qui ont la certitude de se faire comprendre et de comprendre leur médecin en raison de la concordance linguistique, la préparation du rendez-vous est vécue avec aisance. Pour d'autres sachant se retrouver en situation de discordance, l'expérience d'un moment à un autre reste difficile, inconfortable et insécurisante.

Par contre, à tout moment où les participant(e)s ont eu la chance d'accéder de l'information en français on obtient la possibilité de vivre une expérience plus positive du service de santé de première ligne, même si le service du médecin comme tel reste discordant de nature. Toujours, l'interconnectivité des moments est notable. Un accueil en français parié avec la disponibilité d'informations en français sert à apaiser les émotions négatives, et toute démonstration de sensibilité à la langue de préférence de patient(e)s prédispose à une meilleure expérience de soins de santé de première ligne.

Considérons aussi de manière plus précise le moment de l'accueil au bureau du médecin de famille. C'est un moment qui se démarque en étant souvent le moment du premier contact physique avec la pratique, un moment clé pour l'offre active des services en français (CNFS, 2017), soit « l'action d'offrir, dès le premier contact et de façon proactive, des services dans la langue de choix des prestataires » (ACUFC, 2018). Pour l'expérience plus positive, il est important de trouver des indications en français qui expliquent de manière claire et précise les informations nécessaires à l'utilisation du service de santé de première ligne (RMEFNO, 2017). L'ensemble des expériences des participant(e)s à cette enquête renforce ce constat étant donné que la présence de divertissements et d'informations médicales en français dans les aires d'attente (et dans la salle d'examen médical) précipite une expérience plus positive.

L'expérience d'une visite chez le médecin de famille : une expérience de communication.

Autant qu'il est évident que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille dépasse le temps passé exclusivement en présence du médecin de famille, reste que le cœur de l'expérience ainsi que la raison d'être du phénomène reposent sur le rapport distinct de la communication entre le patient et le médecin (IBHP, 2017). Il fut constaté à l'amorce de cette recherche que la concordance et la discordance linguistique sont des concepts qui qualifient la qualité de la communication entre le pourvoyeur de soin et le patient. Pour des patient(e)s francophones du nord de l'Ontario lors de l'expérience d'une visite chez le médecin de famille, le but de communication primaire semble être de se faire comprendre et de comprendre le médecin de famille. Cette tâche est difficilement accomplie en présence de discordances linguistiques.

De manière intéressante, nous remarquons la manière dont les émotions des participant(e)s sont intimement liées au rapprochement ou l'éloignement du but de communication nommé ci-dessus. Plus le patient anticipe pouvoir se faire comprendre et être en mesure de comprendre le médecin (avant le rendez-vous) ET plus cette attente se matérialise pendant le rendez-vous, plus l'expérience est positive. Inversement, plus le patient anticipe ne pas pouvoir se faire comprendre et ne pas pouvoir comprendre le médecin (avant le rendez-vous) ET plus cette attente se matérialise pendant le rendez-vous, plus l'expérience est négative. Si alors, par l'approche centrée sur le patient, on stipule que plus le médecin cherche à comprendre son patient et plus le médecin tient à se faire comprendre par son patient, plus l'expérience de ce dernier serait positive.

En conservant que l'amélioration de l'expérience soit une stratégie efficace à l'amélioration de la santé et de services, la convergence des buts de communication de patient(e)s avec ceux de médecins de famille, reste alors une piste à explorer quant aux effets des barrières linguistiques. Mentionnons que ces conclusions s'alignent avec le constat que « l'élément le plus crucial pour l'expérience du patient [...] relève possiblement des sentiments du patient envers l'efficacité de la communication du médecin envers eux » [traduction libre] – Integrated Behavioral Health Partners (2017, p. 1). Somme toute, nous en déduisons que toute action envers l'amélioration de la communication entre le patient et le médecin de famille serait une action égale envers l'amélioration de l'expérience de patient(e)s francophone, en passant, bien sûr, par les principes et les outils de l'offre active de services en français.

Limites de la recherche

Les participant(e)s à l'étude ne sont pas nécessairement représentatifs de l'hétérogénéité de la population francophone en Ontario (Kalay et collab., 2013), ce qui pourrait susciter des discussions quant à la généralisation et la transférabilité des résultats. Par ailleurs, le manque de ressources pour mettre à terme le processus d'*Experience Based Design* (Bate et Robert, 2007) qui inclurait tous les acteurs impliqués dans l'offre du service de santé de première ligne empêche des recommandations plus précises quant à l'amélioration de l'expérience de francophones lors de l'utilisation de services de santé de première ligne. L'expérience de la visite chez le médecin de famille est un phénomène de communication entre plusieurs parties qui doit être reconnu dans son ensemble. Ainsi, saisir et comprendre l'expérience des médecins de famille et des employés de soutien administratif et médical est une prochaine étape à encourir avant de développer des stratégies précises pour l'amélioration d'expériences. Finalement, la concordance et la discordance linguistique n'est qu'une des dimensions qui caractérise les émotions des participant(e)s. Une analyse thématique des émotions selon l'ensemble des dimensions pourrait fournir d'autres informations pertinentes.

Recommandations

Malgré l'attente de la connaissance des expériences de tous avant le « design » d'une expérience plus positive pour des patient(e)s francophones lors d'une visite chez le médecin de famille, il est quand même possible de proposer trois recommandations pratiques pour les médecins, les décideurs, et les chercheurs. Notamment, on recommande :

1. La continuité des mesures de l'offre active de services en français afin d'améliorer l'expérience de patient(e)s francophones. Étant donné l'interconnectivité des moments critiques, l'offre active lors de chaque moment critique favoriserait l'expérience positive, même quand le médecin de famille n'est pas entièrement en mesure d'offrir son service en français.
2. La familiarisation avec la recherche détaillant les effets adverses des barrières linguistiques pour des patient(e)s et pour le système de santé. Il ne faut pas oublier que le bilinguisme apparent n'est pas indicateur de la langue de préférence surtout quand on y superpose la lourdeur émotionnelle et le stress de la maladie.

3. La sensibilisation à l'offre et à la demande de services sociaux et de santé en français dans le continuum de services. Déterminant de la santé, la variable linguistique est une pierre angulaire à l'expérience positive, non seulement chez le médecin de famille, mais possiblement dans la suite des expériences en santé nécessaires au rétablissement d'une population plus vulnérable que la majorité anglophone.

Conclusion

Dans son ensemble, la population franco-ontarienne est une population vieillissante et en moins bonne santé que la population générale de l'Ontario (Bouchard et collab., 2012; Kalay, 2013; Qualité des services de santé Ontario, 2017). Au Canada, c'est la médecine de première ligne qui est première chargée de remédier aux difficultés des populations en matière de santé. Un outil central à cette pratique est la communication avec le patient. Bien que l'expérience d'une visite chez le médecin de famille excède le temps passé devant le médecin, on remarque que pour le patient, l'anticipation de la communication et la communication avec le médecin de famille sont centrales à l'expérience; c'est-à-dire aux émotions qui caractérisent la visite.

Les résultats de notre enquête sur la dimension de la concordance et de la discordance linguistique dans l'expérience de patient(e)s francophones chez le médecin de famille épaulent les résultats d'études qui rapportent les effets préjudiciables des barrières linguistiques pour une offre de service de santé de qualité et une offre de soins de santé sécuritaires (Bowen, 2015; de Moissac et Bowen, 2017). Pour les participant(e)s, l'absence de confort ou d'accès au service de première ligne dans la langue de préférence, met à risque leur santé même par l'évitement de prendre des rendez-vous, de poser des questions, de parler de l'ensemble de leurs symptômes ou de faire des suivis avec confiance. Si ce n'est que par choix, même inconscient, le désengagement de patient(e)s encombré par des sentiments d'inconfort, d'inaccessibilité, d'insécurité et d'inaptitudes linguistiques en raison de situation de discordance linguistique risque l'atteinte à l'efficacité du service de santé de première ligne pour des francophones en situation minoritaires. Malgré l'attitude prédominante des médecins qui sous-estiment la valeur des services en français en raison du bilinguisme apparent de leurs patients (Timony et collab., 2016), une sensibilisation à la langue de préférence demeure une composante essentielle pour l'amélioration de l'expérience de patient(e)s francophone en Ontario.

Même s'il reste nécessaire de saisir et comprendre l'expérience de l'ensemble des acteurs impliqués dans l'offre du service de première ligne, à l'instant, chaque moment de l'expérience des patient(e)s dans un milieu de services de santé de première ligne se démarque en tant qu'occasion pour y travailler l'amélioration de la santé et des soins de santé d'une population. Chaque moment est teneur d'occasions pour offrir une expérience positive et réelle en matière de confort, de sécurité, d'accessibilité, et de confiance en soi et son médecin de famille ; cela, par la sensibilisation unanime à l'importance de la variable linguistique, de manière à assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité en santé pour des Franco-Ontariens en situation linguistique minoritaire.

Remerciements

Ce projet fut financé dans le cadre du Fonds de recherche sur le système de santé du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2013-2016) octroyé au Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord (Wayne Warry et collab.) Les auteurs aimeraient aussi remercier les personnes suivantes pour leur contribution au déroulement de ce projet; tous les participant(e)s à la recherche, Monique Lapalme, Monique Rocheleau, Sylvie Sylvestre, Anne Proulx-Séguin et Elsa St-Onge.

Références

- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Cleary, P. D. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 71(5), 522–554. Récupérable depuis : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25027409>
- Assemblée de la francophonie de l'Ontario. (2017). *Ontario400 : Statistiques*. Récupérable depuis : <http://ontario400.ca/statistiques/>
- Association des collèges et des universités de la francophonie canadienne (ACUFC). (2018). *Boîte à outils pour l'offre active*, réf. du 4 mars 2018 récupérable depuis : <http://www.offreactive.com/>
- Bate, P., et Robert, G. (2007). *Bringing user experience to health care improvement. The concepts, methods and practices of experience based design*. Oxford : Radcliff Publishing.
- Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Récupérable depuis : <https://psycnet.apa.org/record/2006-06991-002>
- Bouchard, L., Batal, M., Inbeault, P., Gagnon-Arpin, I., Makandi, E., et Sedign, G. (2012). *La santé des francophones de l'Ontario : Un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario. Récupérable depuis : http://www.rrasfo.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=229:la-sante-des-francophones-de-l-ontario-un-portrait-regional-tire-des-enquetes-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-escc&catid=69:publications-recentes&Itemid=308
- Bouchard, L., et Desmeules, M. (2013). Les minorités linguistiques du Canada et la santé. *Healthcare Policy*, 9(SP), 38–47. Récupérable depuis : http://www.rrasfo.ca/images/docs/dec2013/Policy_vol9_SP-BOUCHARD-2013.pdf
- Bouchard, L., et Desmeules, M. (2017). La santé des personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire au Canada : enjeux et besoins, dans Drolet, M., Bouchard, P., et Savard, J. (2017), Chapitre 5 dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, Ottawa: Les presses de l'Université d'Ottawa. Récupérable en accès libre depuis : <https://press.uottawa.ca/accessibilit%C3%A9-et-offre-active.html>

- Bouchard, L., Makvandi, E., Sedigh, G., et van Kemenade, S. (2014) Les aînés francophones en Ontario : Un portrait de santé. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO), Université d'Ottawa. Récupérable depuis : http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2014/Francophone_Seniors-ON-short_report_March_28_2014_FRENCH_VFINALE.pdf
- Bowen, S. (2015). *The impact of language barriers on patient safety and quality of care*. Société Santé en Français. Récupérable depuis : <https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-Language-Barriers-Study.pdf>
- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D., et Edgman-Levitan, S. (2010). Analysis & Commentary: Measuring Patient Experience As a Strategy for Improving Primary Care. *Health Affairs*, 29(5), 921-925. Récupérable depuis : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439881>
- Carman, KL., Dardess, P., Maurer, M. E., Workman, T., Ganachari, D., et Pathak-Sen, E. (2014). A Roadmap for Patient and Family Engagement in Healthcare Practice and Research. Prepared by the American Institutes for Research under a grant from the Gordon and Betty Moore Foundation. Récupérable depuis : <https://www.air.org/sites/default/files/Roadmap-Patient-Family-Engagement.pdf>
- Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). (2005). *Le rôle du médecin de famille en santé publique et capacité d'intervention en cas d'urgence : Document de réflexion*. Récupérable depuis : https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Role_Fam_Doc_Dec05_fr.pdf
- Consortium national de formation en santé (CNFS). (2017). *L'offre active*. Récupérable depuis : <http://cnfs.net/offre-active/>
- de Moissac, D., et Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada, *Healthcare Management Forum* 30(4) 207-212. Récupérable depuis : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28929878>
- Doyle, C., Lennox, L., et Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BJM Open* 3(e001570). Récupérable depuis : <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/1/e001570.full.pdf>
- Drolet, M., Bouchard, P., et Savard, J. (2017a). *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, Ottawa: Les presses de l'Université d'Ottawa. Récupérable en accès libre depuis : <https://press.uottawa.ca/accessibilit%C3%A9-et-offre-active.html>
- Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Lagacé, J., Arcand, I., Kubina, L-A., et Benoît, J. (2017b). L'expérience des francophones dans l'Est ontarien : importance des personnes pivots (usagers et intervenants) et influence des structures encadrant le système de santé et des services sociaux, chapitre 6 dans Drolet, M., Bouchard, P., et Savard, J. (2017). *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, Ottawa: Les presses de l'Université d'Ottawa. Récupérable en accès libre depuis : <https://press.uottawa.ca/accessibilit%C3%A9-et-offre-active.html>

- Feldman-Stewart, D., Brundage, M. D., et Tishelman, C. (2005). A conceptual framework for patient–professional communication: an application to the cancer context. *Psycho-Oncology*, 14(10). Récupérable depuis : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.950>
- Gouvernement du Canada. (2012). *À propos des soins de santé primaires*. Récupérable depuis : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-sante-primaires/propos-soins-sante-primaires.html>
- Gouvernement du Canada. (2017). *Quel est l'état de santé des Canadiens?* Analyse des tendances relatives à la santé des canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques. Récupérable depuis : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/quel-est-l-etat-sante-des-canadiens.html>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011). *Les soins de santé au Canada 2011 : Regards sur les personnes âgées et le vieillissement*. Récupérable depuis : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). *Données canadiennes sur l'expérience des patients : diffusion publique*. Récupérable depuis : <https://www.cihi.ca/fr/bulletin/donnees-canadiennes-sur-l-experience-des-patients-diffusion-publique>
- Integrated Behavioral Health Partners (IBHP). (2017). *Importance of the patient experience*. Récupérable depuis : <http://www.ibhpartners.org/get-started/client-experience-toolkit/importance-of-the-client-experience/>
- Kalay, A. L., Chomienne, M-H., Farmanova, E. (2013). Les priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario. *Revue Canadienne en Santé Publique*, 104(6), 83-87. Récupérable depuis : https://www.jstor.org/stable/canajpublheal.104.6.0s83?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Meyor, C. (2007). Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Recherches qualitatives – Hors-Série*, 4, 103-118. Récupérable depuis : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v4/meyor.pdf
- NHS Institute. (2009). *The EBD Approach. Experience based design – Using patient and staff experience to design better healthcare services: Guide and Tools*. Récupérable depuis : <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/experience-based-design-using-patient-and-staff-experience-to-design-better-healthcare-services-guide-and-tools/>
- NRC health : human understanding. (2017). *The impact of improved patient experiences*. Récupérable depuis : <https://nrchealth.com/impact-improved-patient-experiences/>
- Qualité des services de santé ontario. (2017). *Santé dans le Nord : Rapport sur la géographie et la santé de la population des deux régions du Nord de l'Ontario*, [rapport provincial] Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, pp. 49. Récupérable depuis : https://www.savoir-sante.ca/fr/content_page/item/407-sante-dans-le-nord-rapport-sur-la-geographie-et-la-sante-de-la-population-des-deux-regions-du-nord-de-l-ontario

- Réseau du mieux-être francophone du nord de l'ontario (RMEFNO). (2016). *Des services de santé en français dans le Nord de l'Ontario : tout un défi*. Récupérable depuis : <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2016/02/Panel-Des-services-de-sant%C3%A9-en-fran%C3%A7ais-dans-le-Nord-de-l%E2%80%99Ontario-tout-un-d%C3%A9fi.pdf>
- Statistique Canada. (2017a). *Grand Sudbury, CV* [Subdivision de recensement], Ontario et Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Récupérable depuis : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/Page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=3553005&Geo2=PR&Code2=3556&Data=Count&SearchText=grand%20sudbury&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All>
- Statistique Canada. (2017b). *Timmins, CY* [Subdivision de recensement], Ontario et Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Récupérable depuis : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=3556027&Geo2=CD&Code2=3556&Data=Count&SearchText=timmins&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>
- Statistique Canada. (2017c). *Kapuskasing, T* [Subdivision de recensement], Ontario et Cochrane, DIS [Division de recensement], Ontario (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Récupérable depuis : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=3556066&Geo2=CD&Code2=3556&Data=Count&SearchText=kapuskasing&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>
- Statistique Canada. (2017d). *Hearst, T* [Subdivision de recensement], Ontario et Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2016, 98, 316-X au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Récupérable depuis : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=3556076&Geo2=CD&Code2=3556&Data=Count&SearchText=hearst&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>
- Timony, P. E., Gauthier, A. P., Hogenbirk, J. C., et Wenghofer, E. F. (2013). Promising quantities, disappointing distribution. Investigating the presence of French-speaking physicians in Ontario's rural Francophone communities. *Rural and Remote Health*, 13(4), 2543. Récupérable depuis : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380635>
- Timony, P.E., Gauthier, A. P., Serresse, S., Goodale, N., et Prpic, J. (2016). Barriers to offering French language physician services in rural and northern Ontario, *Rural and Remote Health*, 16(2). Récupérable depuis : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27316568>