

Comprendre l'expérience des femmes âgées en matière de l'accessibilité aux services sociaux et
de santé en contexte francophone minoritaire

Par Vanessa Dubuc

Mémoire déposé à l'École de service social
en vue de l'obtention de la Maîtrise en service social

Sous la direction de la professeure

Marjorie Silverman, PhD

Université d'Ottawa

Juin 2019

REMERCIEMENTS

C'est avec beaucoup de gratitude et de fierté que je dépose ce mémoire qui marque la fin de ma maîtrise en service social. L'obtention de ce grade a été possible grâce à l'appui de plusieurs personnes.

Je désire souligner la contribution exceptionnelle de ma directrice de mémoire, Marjorie. Je tiens à te remercier pour tout l'appui que tu m'as donné du début à la fin. Merci pour ton encadrement, ta disponibilité, ta rigueur, ta rétroaction, ta confiance et j'en passe. Je suis tellement reconnaissante de tout ce que tu m'as offert.

J'adresse également mes plus sincères remerciements à toutes celles qui ont participé à ce projet de recherche. Sans vous, cette recherche n'aurait pu se produire. Vos expériences et votre parcours de vie m'ont grandement touché. Merci pour votre générosité et le temps que vous m'avez accordé.

Merci mille fois à mes parents pour leur amour inconditionnel. Merci d'avoir toujours été présent, de me soutenir et de m'encourager. C'est grâce à vous que j'ai pu accomplir mon cheminement académique. Je vous aime à l'infini. Je désire aussi remercier ma famille, dont mes frères, et mes amies. Merci pour votre compréhension, votre support moral et votre patience lors de mon parcours académique. Nicolas, mon amoureux, merci de m'avoir accompagné pendant les hauts et les bas. Merci de croire en moi. Tu as toujours su trouver les bons mots pour m'encourager et pour me faire rire.

Enfin, je tiens à remercier le consortium national de formation en santé (CNFS) - Volet Université d'Ottawa d'avoir financé ce projet de recherche par le biais de la bourse de recherche maîtrise avec mémoire.

RÉSUMÉ

Au Canada, les francophones en contexte minoritaire demeurent contraints au niveau de l'accès aux services sociaux et de santé en français en raison de barrières linguistiques. De plus, les femmes âgées en contexte francophone minoritaire sont sujettes aux inégalités vécues par les femmes âgées de façon générale, mais subissent également de la discrimination liée à leur statut de minorité. La présente recherche s'intéresse à l'expérience des femmes âgées en contexte francophone minoritaire en matière d'accessibilité aux services sociaux et de santé. De manière plus précise, cette recherche a pour but : 1) d'identifier les facilitateurs et les défis rencontrés par ces femmes ; 2) de comprendre la manière dont ces facilitateurs et ces défis ont des effets sur les différentes sphères de leur vie ; 3) examiner l'effet des structures institutionnelles et organisationnelles quant à l'accessibilité aux services sociaux et de santé de celles-ci. Afin de recueillir nos données, des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès de quatre participantes. L'analyse thématique des données, suivant un cadre théorique féministe intersectionnel, permet de mettre en évidence les éléments suivants selon les expériences des participantes : 1) l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire ; 2) la question du genre ; et 3) les réalités structurelles. Concrètement, les résultats indiquent que les participantes ont de la difficulté à accéder à des services sociaux et de santé dans leur langue, mais que le fait de s'identifier comme une femme ne semble pas jouer un rôle déterminant dans leur accès aux services en français. À la lumière des résultats, des recommandations sont proposées afin de mieux répondre aux besoins des groupes en situation linguistique minoritaire.

Mots clés : francophone minoritaire, femme âgée, accès aux services sociaux et de santé, féminisme intersectionnel

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
RÉSUMÉ	ii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	5
1. Mise en contexte de la francophonie minoritaire en Ontario.....	5
2. Recension des écrits	7
2.1 L'accès aux services sociaux et de santé des francophones en contexte minoritaire	7
2.2 Vieillesse de la population et féminisation de la vieillesse	13
2.3 Structures et accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire.....	18
3. Objectifs et question de recherche	20
CHAPITRE 2 : LE CADRE THÉORIQUE	21
1. Le paradigme féministe de l'intersectionnalité.....	21
1.1 L'émergence de l'intersectionnalité.....	21
1.2 Le féminisme intersectionnel.....	23
1.3 Quelques critiques et les limites de l'intersectionnalité.....	26
1.4 Pertinence du cadre théorique.....	28
1.5 Application de l'intersectionnalité au sujet de ce mémoire	28
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE	30
1. L'approche narrative.....	30
2. Stratégie de recrutement	31
3. Caractéristiques de l'échantillon.....	32
4. Méthode de collecte de données : l'entrevue semi-structurée	32
5. Procédure de l'analyse des données.....	33
6. Considérations éthiques	35
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	36
1. Les caractéristiques des participantes	36
2. Introduction des thèmes	38
2.1 L'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire	40
2.2 La question du genre.....	55

2.3 Les réalités structurelles.....	57
3. Pistes d’actions proposées par les participantes.....	61
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	65
1. L’accès à des services sociaux et de santé en français contexte linguistique minoritaire	65
1.1 Indisponibilité et manque de ressources	65
1.2 L’offre active de services en français	67
1.3 En tant que femmes âgées.....	68
2. Le rapport majoritaire — minoritaire	70
2.1 L’anglonormativité	70
2.2 Assimilation linguistique	71
3. Recommandations et pistes de réflexion pour la recherche	74
4. Limites de l’étude	77
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE.....	80
ANNEXE A — LETTRE D’INVITATION.....	92
ANNEXE B – GRILLE D’ENTREVUE.....	93
ANNEXE C — FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	94
ANNEXE D — CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE	97

Liste des tableaux

Tableau 1 : Aperçu des thèmes émergents page 39

INTRODUCTION

Afin d'introduire le sujet de ce projet de recherche, il est important d'illustrer mon positionnement face à la question. Mon intérêt pour l'accès aux services en français des groupes en situation minoritaire au Canada n'est pas nouveau. D'une part, ma famille paternelle est franco-ontarienne, celle-ci venant plus précisément de Crystal Falls dans le nord de l'Ontario. D'ailleurs, ma grand-mère paternelle fait partie de ceux et celles qui n'ont pas toujours eu accès à des services de santé en français, notamment lors de sa lutte contre le cancer. Ainsi, mon identité canadienne-française et cette expérience motivent mon désir d'effectuer un mémoire exploratoire sur ce sujet. D'autre part, mon premier stage d'intervention lors de ma maîtrise à l'Hôpital Montfort, institut francophone à Ottawa, m'a éclairé à propos de divers défis que vivent ces groupes en situation minoritaire.

Cela dit, au cours des dernières années, de nombreuses recherches ont été effectuées au sujet des groupes en situation francophone minoritaire au Canada. De manière plus précise, plusieurs auteurs font état de la difficulté que vivent les francophones en situation minoritaire pour accéder de façon équitable à des services dans leur langue (Bernier, 2009 ; Drolet et al., 2015 ; Gagnon-Arpin, Bouchard, Leis, & Bélanger, 2014 ; Savard et al., 2013). Plus encore, au même rythme que la population vieillit, elle se féminise (Charpentier & Billette, 2010). Bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, celles-ci sont en moins bonne santé, vivent souvent dans une plus grande pauvreté et dans un isolement social (van Kemenade, Bouchard, & Bergeron, 2015). Même si au cours des dernières années nous entendons de plus en plus parler des enjeux liés au contexte francophone minoritaire et au vieillissement, peu d'entre nous comprennent réellement les réalités auxquelles ces femmes doivent faire face dans l'accès aux soins de santé et de services sociaux.

Ainsi, la présente étude vise à explorer la question suivante : « *Quelle est l'expérience des femmes âgées en termes de l'accessibilité aux services sociaux et de santé?* » Afin de répondre à cette question de recherche, notre étude s'articule en trois objectifs principaux :

1. Identifier les facilitateurs et les défis rencontrés par les femmes âgées en contexte francophone minoritaire en matière d'accessibilité aux services sociaux et de santé.
2. Comprendre la manière dont ces facilitateurs et ces défis ont des effets sur les différentes sphères de leur vie.
3. Examiner l'effet des structures institutionnelles et organisationnelles quant à l'accessibilité aux services sociaux et de santé des femmes âgées en contexte francophone minoritaire.

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Dans le premier chapitre, une exploration approfondie de plusieurs éléments qui composent la problématique sera effectuée à l'aide d'une mise en contexte du sujet et d'une recension de la littérature. D'abord, nous nous intéressons à l'accès aux services sociaux et de santé des francophones en contexte minoritaire, dont le concept de minorité et d'accessibilité, la prévalence, les obstacles et l'importance de la langue dans l'offre des services. Par la suite, nous développons à propos de la féminisation de la vieillesse, des inégalités sociales vécues par les femmes âgées, et plus précisément, des effets de la minorisation linguistique envers les femmes âgées. Enfin, nous terminons ce premier chapitre en explorant l'effet des structures institutionnelles et organisationnelles sur l'offre des services en français en contexte minoritaire.

Le deuxième chapitre se penchera sur la présentation du cadre théorique qui sera utilisé en tant qu'outil analytique pour étudier les données recueillies lors des entrevues avec les participantes. Le paradigme féministe de l'intersectionnalité, dont les éléments suivants :

l'émergence, une définition, des critiques et des limites, la pertinence et l'application de l'intersectionnalité au sujet de ce mémoire seront notamment élaborées.

Le troisième chapitre consistera à l'explication de la méthodologie de recherche employée dans ce projet de recherche. D'abord, la méthodologie qualitative et l'approche narrative seront décrites. Ensuite, nous expliquerons notre stratégie de recrutement des participantes ainsi que les caractéristiques de notre échantillon. L'entrevue semi-structurée, qui consistera en notre méthode de collecte de données, et la procédure de l'analyse de ces données seront ensuite décrites. Ce chapitre se terminera par les considérations éthiques soulevées par ce projet de recherche.

Dans le quatrième chapitre, nous présenterons les résultats de cette recherche. D'abord, une courte description des caractéristiques sociodémographiques et de la trajectoire de vie des participantes sera effectuée. Ensuite, les thèmes principaux qui ont émergé de l'analyse des données seront exposés. En premier lieu, nous aborderons la question de l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire. Nous verrons plus précisément comment le fait de vivre en contexte linguistique minoritaire influence l'accès aux ressources en français. En deuxième lieu, le fait de s'identifier comme une femme et l'accès aux services sociaux et de santé en français sera élaboré. En dernier lieu, les réalités structurelles des groupes en situation minoritaire seront mises de l'avant.

Le cinquième chapitre présentera la discussion des résultats de ce projet de recherche selon une perspective analytique basée sur le paradigme féministe de l'intersectionnalité. Nous exposerons les convergences et les divergences entre les expériences des participantes et la littérature existante sur ce sujet. Nous présenterons également des recommandations et des pistes

de réflexion pour de recherches futures. Nous terminerons ce chapitre en présentant les limites de ce projet de recherche.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Le premier chapitre de ce mémoire proposera un aperçu de l'accès aux services sociaux et de santé des femmes âgées en contexte francophone minoritaire en Ontario. D'abord, le contexte historique, juridique, politique et social de la francophonie en Ontario en lien avec les services sociaux et de santé sera illustré. Ensuite, la recension des écrits portera sur l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire et en rapport avec la féminisation de la vieillesse, de même que les structures institutionnelles.

1. Mise en contexte de la francophonie minoritaire en Ontario

Au fil des années, les soins de santé en Ontario, dont ceux en français, ont connu de nombreux changements. Comme nous le verrons dans cette mise en contexte, plusieurs éléments ont façonné l'accès aux services sociaux et de santé des francophones en Ontario. Ainsi, observons un portrait plus précis de la sphère législative quant aux services sociaux et de santé en français en Ontario. D'abord, la Charte canadienne des droits et libertés de 1982 reconnaît les droits et la présence de minorités linguistiques canadiennes, tant en français qu'en anglais (Ministère de la Justice, 2018). En 1988, la Charte est révisée et l'appui du gouvernement fédéral concernant le développement des minorités de langue officielle ainsi que la promotion de la pleine reconnaissance et l'usage du français dans la société canadienne sont ajoutés (Bouchard & Leis, 2008; Gouvernement du Canada, 1998). De surcroît, la Loi sur les services en français de l'Ontario de 1986 garantit des services de santé et sociaux dans la langue de la minorité francophone, dans 25 régions de la province (Bernier, 2009; Drolet et al., 2015; Gauthier, Timony, & Wenghofer, 2012; Michaud, Forgues, & Guignard Noël, 2015), où environ 85 % des Franco-Ontariens vivent (Drolet et al., 2015; Drolet et al., 2014). À ce jour, il y a 26 régions désignées en Ontario (Gouvernement du Canada, 2016).

Malgré ces lois qui semblent assurer la protection des droits pour les francophones en Ontario, ces engagements ne sont pas toujours respectés. Par ailleurs, les organismes paragouvernementaux financés en partie par les fonds publics, comme les hôpitaux et les centres de soins de longue durée, ne sont pas automatiquement assujettis à la Loi sur les services en français (De Moissac & Drolet, 2017). Compte tenu de ce qui précède, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, sous le gouvernement conservateur de Mike Harris en 1995, annonça, notamment, la fermeture définitive de l'Hôpital Montfort (Bouchard & Leis, 2008). En réduisant ces services, il s'agirait d'une atteinte sans précédent à la qualité des services de santé en français en Ontario (Gilbert, Kérisit, Dallaire, & Coderre, 2005). D'emblée, une mobilisation collective de la population francophone minoritaire en Ontario s'est mise en place afin de sauver l'hôpital, qui constitue une institution vitale à la survie des francophones de l'Ontario (Savoie, 2007). Après cinq années de lutte et grâce à la mobilisation très médiatisée des Franco-Ontariens, la Cour d'appel de l'Ontario accepta de reconnaître l'importance d'une institution francophone (Bernier, 2009).

Par la suite, en 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a fait l'annonce d'une réforme majeure du système de santé en Ontario avec le projet de loi 36 (Bernier, 2009; Savoie, 2007). En conséquence, les prises de décisions touchant les services sociaux et de santé furent désormais effectuées par la communauté, au sein de nouveaux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (Savoie, 2007). En 2005, la loi 36 a été déposée et c'est la première fois que le gouvernement ontarien propose l'adoption d'une loi dont le préambule indiquait que le système de santé de l'Ontario devrait respecter les dispositions de la Loi sur les services en français et agir dans « l'intérêt public » (Savoie, 2007).

Malgré ces avancements législatifs et l'obligation morale et légale du gouvernement canadien envers les minorités francophones afin de leur octroyer des services sociaux et de santé en français, les droits des francophones en contexte linguistique minoritaire constituent un sujet nécessaire à cerner. En effet, les difficultés d'accéder aux services sociaux et de santé pour les francophones en situation minoritaire en Ontario demeurent, à ce jour, une problématique importante et persistante.

2. Recension des écrits

2.1 L'accès aux services sociaux et de santé des francophones en contexte minoritaire

2.1.1 Définir le concept de minorité

Tout d'abord, cette section porte sur le concept de « minorité linguistique », et plus précisément de « francophone en contexte minoritaire ». Peu d'auteurs dans la littérature scientifique définissent le concept de « minorité linguistique ». Dans ce projet de recherche, nous privilégions l'usage de l'expression « groupes en situation minoritaire » au lieu de « minorités » afin de mettre en lumière le fait que ceux-ci font l'objet d'une minorisation et donc, un processus où ils peuvent se voir défavorisés sur le plan de l'accès aux ressources (Bouchard, Beaulieu, & Desmeules, 2012). Cette expression ne place plus le groupe en position d'infériorité en lien avec les autres groupes et stipule ainsi que c'est la situation qui crée problème et non le groupe lui-même (Bouchard, Beaulieu, et al., 2012). D'ailleurs, Deschênes (1986) ajoute que ces groupes en situation minoritaire ont un désir collectif de survie et cherchent à atteindre un statut d'égalité avec la majorité.

Plus encore, il est aussi important de définir ce que signifie « francophone en contexte minoritaire ». Dans la littérature scientifique, il n'existe pas de définition exacte. Du fait que cette recherche porte sur les groupes francophones en situation minoritaire au Canada, et plus précisément, en Ontario, la définition du gouvernement canadien est employée. Deux critères sont appliqués par le gouvernement canadien pour définir les francophones. D'une part, il s'agit de la langue maternelle, soit la première langue apprise pendant l'enfance à la maison et celle-ci doit encore être comprise (Statistique Canada, 2015). D'autre part, il est question de la première langue officielle parlée, c'est-à-dire, que l'on considère la personne migrante comme étant francophone ou anglophone selon la première langue officielle apprise après son arrivée au Canada (Statistique Canada, 2015). La personne ne doit pas parler une des langues officielles du pays avant son arrivée. Nous stipulons également que les groupes francophones en situation minoritaire au Canada vivent hors de la province du Québec.

2.1.2 La prévalence de l'accessibilité aux services sociaux et de santé des francophones en contexte minoritaire

Au Canada, la population francophone vivant en contexte linguistique minoritaire et déclarant le français comme langue maternelle se situe à près d'un million de personnes (952 765) (Statistique Canada, 2011). Par ailleurs, l'Ontario compte le plus grand nombre de francophones, à l'extérieur du Québec, ce qui représente 5,2 % de la population ontarienne totale en 2011 (Bernier, 2009; Bouchard et al., 2015; Picard & Charland, 1999). Malgré le fait que le Canada ait un système de soins de santé universelle gratuit et que tous les frais pour les services médicaux et hospitaliers sont assumés par le gouvernement provincial, les francophones en contexte minoritaire éprouvent quand même de la difficulté à recevoir des services sociaux et de santé dans leur langue.

L'accès à des services en français est complexe, variable, déficitaire et insatisfaisant (Drolet, Savard, & Laforge, 2017). En effet, 40 % des francophones en Ontario indiquent avoir de la difficulté à obtenir des services en langue minoritaire, même si 75 % d'entre eux considèrent qu'il est important d'y avoir accès (Bouchard & Desmeules, 2011; Gagnon-Arpin et al., 2014). L'accessibilité aux soins de santé est trois à sept fois plus élevée pour les anglophones que pour les francophones, même dans les régions désignées pour fournir des services en français (Bouchard, Gilbert, Landry, & Deveau, 2006).

Plus encore, la santé des francophones en situation minoritaire est moins bonne que celle de l'ensemble de la population ontarienne (Bernier, 2009; Gauthier et al., 2012). Les patients de langue minoritaire sont moins enclins à avoir un suivi régulier et de bénéficier de traitements préventifs (Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert, & Dubois, 2009; Gagnon-Arpin et al., 2014; Jacobs, Chen, Karliner, Agger-Gupta, & Mutha, 2006). Le fait de vivre dans un contexte minoritaire occasionne des inégalités sociales de santé, principalement en raison des barrières d'accès aux services en français (Benoit, Bouchard, Leis, & Garceau, 2012). Ces données illustrent qu'il existe un problème quant à l'accès aux services sociaux et de santé des groupes en contexte francophone minoritaire.

2.1.3 Accessibilité et obstacles des aînés en contexte francophone minoritaire

De nombreuses définitions concernant le concept d'accessibilité aux soins de santé sont soulevées dans la littérature scientifique. En effet, ce concept est polysémique. La plupart des recherches concernant l'accessibilité aux soins de santé au Canada s'appuient sur l'absence d'obstacles financiers, tels que les coûts d'utilisation des services (Bowen, 2001). Cependant, le concept d'accessibilité devrait inclure plusieurs autres aspects, tels que psychologiques, sociaux

et économiques. Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (1978, p. 58) propose une définition plus exhaustive :

Accessibility implies the continuing and organized supply of care that is geographically, financially, culturally, and functionally within easy reach of the whole community. The care has to be appropriate and adequate in content and in amount to satisfy the needs of people and it has to be provided by methods acceptable to them.

Quoi qu'il en soit, les nombreuses définitions existantes illustrent la diversité des facteurs qui influent l'accès aux soins de santé, et que ceux-ci s'articulent autour des caractéristiques des systèmes de soins de santé de même que celles des individus et des groupes (Gagnon-Arpin, 2011; Pascal, Abbey-Huguenin, & Lombrail, 2006).

Dans le cadre de ce projet de recherche, le facteur de la langue est plus particulièrement étudié, car la présence de barrières linguistiques peut restreindre l'accès aux services sociaux et de santé (Gagnon-Arpin et al., 2014). En effet, il s'agit d'une problématique importante pour les francophones en contexte minoritaire en Ontario. Plus précisément, Bowen (2001) indique que les barrières linguistiques nuisent à l'accès aux soins de santé, à la qualité des soins, aux droits, à la satisfaction des patients et aux résultats des traitements.

Plus encore, puisque les groupes en situation francophone minoritaire de l'Ontario vivent dans un contexte dominé par les anglophones, elles sont à risque d'être confronté à de nombreuses difficultés pour obtenir des services sociaux et de santé dans leur langue. En effet, les obstacles nuisant à l'accès aux services sociaux et de santé en français sont nombreux. Un enjeu soulevé est le fait que les temps d'attente pour obtenir un service en français gratuitement dans le secteur public sont souvent trop longs (Drolet et al., 2015). Sur le plan organisationnel, le manque de services d'interprètes, de matériel traduit en français, de ressources adaptées culturellement du point de vue linguistique, de traitement spécialisé en français et de longs délais d'attente sont des

obstacles importants pour les groupes en situation minoritaire (Betancourt, Green, Carrillo, & Ananek-Firmpong, 2003). De plus, le manque de professionnels qui sont en mesure d'offrir des services complets et spécialisés en français constitue une barrière importante dans l'accès aux services sociaux et de santé en contexte linguistique minoritaire (Drolet et al., 2015). En Ontario, seulement 27,8 % des francophones âgés de 65 ans et plus parlent français avec leur médecin de famille (Gagnon-Arpin et al., 2014). De même, les aînés en situation francophone minoritaire sont moins informés de l'existence des services de santé offerts à la population vieillissante et ceux-ci utilisent moins ces services (Levesque, 2005). Ces obstacles illustrent plusieurs difficultés d'accès aux services sociaux et de santé vécue par les groupes en situation francophone minoritaire.

2.1.4 L'importance de la langue dans l'offre des services

Lorsque les services sociaux et de santé sont offerts dans la langue du patient, un sentiment de confort et une relation de confiance entre le professionnel de la santé et celui-ci en résultent (Drolet et al., 2015). En effet, ceci contribue à répondre aux besoins et la prise en main de la situation des patients de même qu'à la vitalité et au développement de ces groupes en contexte minoritaire (Drolet, Savard, & Laforge, 2017; Michaud et al., 2015).

Par contre, en plus des obstacles soulevés précédemment, les services en français ne sont pas toujours disponibles. Ainsi, l'importance de la langue dans l'offre des services sera mise en lumière ci-dessous. D'abord, la communication est considérée comme l'un des facteurs de sécurité les plus influents en termes de santé (Gagnon-Arpin, 2011). De manière générale, les personnes désirent obtenir des services sociaux et de santé dans la langue dont elles se sentent le plus à l'aise. Notamment, il n'est pas possible de tenir pour acquis qu'une personne bilingue peut s'exprimer au même niveau que dans sa langue maternelle (Drolet et al., 2015). En effet, il peut être très difficile

pour une personne de s'exprimer lorsqu'elle est en détresse et exprime ses émotions (Drolet et al., 2014). Les mots de langue maternelle sont chargés d'une valeur affective plus large, complexe et spontanée (Drolet, Savard, & Laforge, 2017). Particulièrement, la compétence dans la seconde langue des aînés se détériore souvent en raison de conditions physiques (Drolet et al., 2015). Il est donc important de tenir compte de ces barrières langagières quant aux services sociaux et de santé.

Par ailleurs, les personnes âgées sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes de communication en raison de divers facteurs psychologiques ou sociaux tels que le niveau spécialisé du langage médical, la crainte de ne pas pouvoir comprendre le langage médical, le sentiment d'être pressé pendant le peu de temps alloué avec le médecin, le défi de comprendre et de s'exprimer en anglais et le défi d'exprimer ses émotions et sa douleur en anglais (Bouchard et al., 2012). À ces facteurs s'ajoute l'effet de l'assimilation. Dans le passé, pour obtenir des services en contexte linguistique minoritaire, utiliser l'anglais était une nécessité. Certaines personnes âgées déclarent seulement connaître les termes anglais associés à leur maladie (Bouchard, et al., 2012). De ce fait, ces derniers peuvent être contraints à parler en anglais.

Dans le même ordre d'idées, la mauvaise communication peut engendrer des répercussions négatives importantes pour les patients et sur l'ensemble de la qualité des soins offerts (Bouchard et al., 2015). Il peut être angoissant pour les groupes en situation minoritaire de devoir s'exprimer dans une langue seconde. Le patient peut perdre confiance envers le professionnel de la santé et ressentir un niveau de satisfaction faible des services offerts en raison des barrières linguistiques (Drolet et al., 2014). Les patients peuvent donc subir des conséquences importantes et obtenir une qualité de services moindres. À titre d'exemple, ceux-ci peuvent être mal diagnostiqués et donc, avoir des répercussions négatives sur leur état de santé (Drolet et al., 2014). De plus, la

compréhension par les patients de leurs problèmes de santé, la prise accrue et la mauvaise gestion des médicaments et l'utilisation faible ou tardive des services peuvent en découler (Bouchard et al., 2015). Ceux-ci risquent davantage d'être admis à l'hôpital et ils ont tendance à y rester plus longtemps (Jacobs et al., 2006). Somme toute, il est essentiel d'offrir les services sociaux et de soins de santé en français pour les personnes âgées en contexte francophone minoritaire pour optimiser leur santé et pour leur assurer une sécurité.

2.2 Vieillesse de la population et féminisation de la vieillesse

Dans le monde actuel, la population vieillit et la proportion de la population âgée de 65 ans et plus augmente (Bouchard et al., 2015). Ce phénomène démographique s'accélère depuis (Milan & Hudon, 2016). Par ailleurs, au Canada, la population francophone en contexte minoritaire vieillit proportionnellement plus rapidement que l'ensemble de la population canadienne (van Kemenade et al., 2015). De surcroît, la majorité des personnes âgées sont des femmes. En effet, la population âgée se féminise (Charpentier & Billette, 2010; Charpentier, Quéniart, Guberman, & Blanchard, 2004; Milan & Hudon, 2016). Au Canada, en 2015, parmi les 5,8 millions de Canadiens âgés de 65 ans et plus, 3,2 millions étaient des femmes, ce qui représente 54,7 % des personnes de ce groupe d'âge et 17,5 % de la population féminine totale (Milan & Hudon, 2016). Plus précisément, les femmes en contexte francophone minoritaire en Ontario forment 52,7 % de la population franco-ontarienne (Cardinal, Plante, & Sauvé, 2006). Toutefois, celles âgées de plus de 65 ans constituent 57,4 % de la population francophone minoritaire en Ontario ; 62,5 % des 75 ans et plus ; 67,3 % des 80 ans et plus et 70,0 % des 85 ans et plus (Cardinal et al., 2006). Malgré la place accrue des femmes au sein du vieillissement, le sujet du vieillissement féminin (Attias-Donfut, 2001), de l'expérience des femmes âgées (Calasanti, 2008) dont les rapports sociaux de sexe

(Quéniart & Charpentier, 2013), le travail et l'expérience des femmes âgées (Calasanti, 2008) et les inégalités de santé (Rostad, Deeg, & Schei, 2009) demeurent peu abordés dans la littérature scientifique.

Notamment, quelques facteurs peuvent expliquer la longévité de la population. D'abord, la cohorte des baby-boomers passe maintenant d'un groupe d'âge à un autre, c'est-à-dire, celui des personnes âgées de 65 ans et plus (Milan & Hudon, 2016). De plus, le taux de fécondité s'inscrit au déca du seuil de renouvellement des générations, de sorte qu'il n'y a pas assez de bébés naissants pour remplacer leurs parents, et donc, la population vieillit (Davidson, DiGiacomo, & McGrath, 2011; Milan & Hudon, 2016). Dans le même ordre d'idées, la baisse du taux de mortalité des différents groupes d'âge et l'accroissement de l'espérance de vie sont des facteurs importants. En effet, tant chez les femmes que chez les hommes, ceux-ci vivent fréquemment jusqu'à l'âge de 65 ans, mais particulièrement après cet âge (Milan & Hudon, 2016). Par conséquent, l'espérance de vie des femmes demeure plus élevée. Ceci s'explique par un avantage biologique qui s'inscrit dans le code génétique (Charpentier & Billette, 2010; Organisation mondiale de la Santé, 2007). Elles ont également tendance à avoir des comportements plus favorables à la santé, de même qu'un rapport davantage facile à la médecine comparativement aux hommes (Charpentier & Billette, 2010). Enfin, les femmes ont également une meilleure adaptation au stress et elles ont de meilleures capacités de résilience face aux épreuves, ce qui expliquerait leur plus grande longévité (Charpentier & Billette, 2010). Compte tenu de ce qui précède, même si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles vieillissent dans des conditions plus difficiles et elles passent plus d'années en moins bonne santé (Attias-Donfut, 2001; van Kemenade et al., 2015). C'est ce que nous explorerons dans la prochaine section.

2.2.1 Inégalités vécues par les femmes âgées

Cette section portera sur les inégalités vécues par les femmes âgées de manière générale. Les femmes âgées subissent, entre autres, une double discrimination du fait qu'elles sont des femmes et qu'elles sont âgées (Stuckelberger & Höpflinger, 1996). Plus encore, puisque les femmes ont une longévité plus grande que les hommes, celles-ci doivent souvent composer avec le veuvage, l'isolement et la pauvreté économique (Charpentier & Billette, 2010).

La précarité économique constitue une inégalité sociale importante pour les femmes âgées. En effet, les femmes âgées font face à une plus grande insécurité financière que les hommes (Calasanti, 2010). Il est à préciser que le statut socio-économique est le principal déterminant de la qualité de vie et de la santé (Bouchard et al., 2015). Par ailleurs, il existe des inégalités sociales, économiques, politiques et culturelles profondément enracinées dans la société qui ont un impact particulier sur les femmes âgées (Davidson et al., 2011). Dans la société actuelle, le simple fait d'être une femme augmente les risques de vivre dans des conditions socio-économiques précaires tout au long de la vie, mais particulièrement au moment de la retraite (Charpentier & Billette, 2010). Sur le plan de l'emploi et du salaire, les femmes subissent souvent de la discrimination. Leur salaire est en moyenne moins élevé que celui des hommes (Charpentier & Billette, 2010; Rose, 2009). Dans le même ordre d'idées, l'accès aux postes mieux rémunérés est difficile, de sorte qu'elles travaillent souvent dans des domaines moins bien rémunérés, souvent en lien avec des caractéristiques supposément inhérentes à la socialisation des genres (Calasanti, 2010; Charpentier & Billette, 2010; Davidson et al., 2011). D'ailleurs, si le moment de la retraite engendre une baisse de revenu pour tous, les femmes le vivent plus difficilement (Charpentier & Billette, 2010). De ce fait, la proportion des femmes qui travaillent après l'âge normatif de la retraite est plus élevée, comparativement aux hommes (Lips, 2013).

Plus encore, les régimes de retraite constituent un élément problématique pour de nombreuses femmes âgées. Les types d'emplois que les femmes ont tendance à occuper, tels que des emplois dans le secteur des services et les emplois non syndiqués, comptent parmi les plus faibles taux de couverture des retraites (Calasanti & Slevin, 2001; Lips, 2013). En comparaison avec les hommes, celles-ci comptent davantage sur les régimes de retraite et ont moins de pensions de régimes privés et d'épargnes (Rose, 2009). Plus encore, les régimes de retraite publics sont insuffisants et discriminatoires envers les femmes, car celles-ci ont souvent eu moins de temps pour accumuler les cotisations, et elles ne prennent pas en considération le travail non rémunéré et les impacts sur la vie des travailleuses (Charpentier & Billette, 2010; Lips, 2013).

D'ailleurs, le rôle que les femmes occupent limite souvent leur participation au marché du travail. Les responsabilités familiales non rémunérées ont un impact important et obligent souvent les femmes à réduire leurs heures de travail rémunérées, à prendre de longs congés, à ne pas accepter de promotions, ou encore, elles doivent prendre une retraite anticipée (Charpentier & Billette, 2010; Davidson et al., 2011). En ce sens, elles ont aussi des emplois moins bien rémunérés et dévalués, ce qui peut leur permettre plus de flexibilité (McMullin & Berger, 2006). Il a été démontré dans la littérature que le rôle de soins des femmes contribue à une moins bonne santé chez les personnes âgées (Davidson et al., 2011). En fait, même si les femmes ont une longévité accrue, cela ne signifie pas à une espérance de vie en bonne santé (Davidson et al., 2011).

De plus, sachant que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, celles-ci deviennent souvent veuves. De ce fait, cette situation diminue habituellement le revenu des femmes et les pousse au seuil de la pauvreté (Lips, 2013). Celles-ci vivent souvent seules et risquent ainsi de vivre de l'isolement social, de la solitude et un manque de soutien social (Davidson et al., 2011;

van Kemenade et al., 2015). Ces enjeux reliés au fait d'être une femme vieillissante montrent l'importance de réfléchir à la façon dont les services sociaux et de santé sont offerts, mais aussi à enrayer les inégalités vécues par celles-ci.

2.2.2 Femmes âgées et minorisation linguistique

Plus particulièrement, les femmes âgées en contexte francophone minoritaire au Canada sont sujettes aux inégalités vécues par les femmes âgées de façon générale, mais subissent également de la discrimination liée à leur statut de minorité. En concordance avec la littérature qui porte sur les femmes âgées, les femmes francophones en contexte minoritaire sont également plus vulnérables d'un point de vue socio-économique. (Bouchard et al., 2015). En effet, en ce qui a trait aux femmes âgées en situation francophone minoritaire au Canada, 46 % de celles-ci ont un faible revenu, ce qui représente près d'une femme sur deux (Bouchard et al., 2015). En comparaison, 28 % des hommes en situation francophone minoritaire et 37 % des femmes anglophones au Canada ont un faible revenu (Bouchard et al., 2015). Ainsi peut-on affirmer que ces résultats semblent indiquer que la situation linguistique minoritaire peut être un déterminant de la pauvreté économique et y contribue de manière spécifique. Plus encore, celles-ci ont des niveaux d'études plus faibles que les hommes francophones et sont plus nombreuses à vivre seules (Bouchard et al., 2015; van Kemenade et al., 2015). Les femmes âgées en situation francophone minoritaire soutiennent davantage que les hommes âgés en situation francophone minoritaire des limitations pour effectuer les activités quotidiennes (van Kemenade et al., 2015). En plus des difficultés vécues en tant que femmes âgées, les aînées en contexte francophone minoritaire sont confrontées à des enjeux supplémentaires liés à leur minorisation, qui affectent leur quotidien.

Notamment, la minorisation dont la population francophone a été sujette est la source de désavantage et d'une inégalité sociale qui a encore des effets à ce jour. En raison de l'anglonormativité, soit un système de structures, d'institutions et de croyances qui définit l'anglais comme la norme (Baril, 2017), les conditions de vie des minorités francophones au Canada ont été marquées par des rapports de pouvoir, l'absence d'institutions de langue française et une profonde incertitude identitaire (Bouchard et al., 2015). Plus encore, l'appartenance à un groupe linguistique minoritaire est reconnue, à ce jour, comme déterminant dans le domaine des services sociaux et de santé (Bouchard & Desmeules, 2013). La langue constitue donc une inégalité sur les plans sociaux, politiques et économiques pour les femmes âgées en contexte minoritaire.

2.3 Structures et accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire

En plus des barrières linguistiques qui posent problème dans l'accès aux services sociaux et de santé, les structures institutionnelles et organisationnelles peuvent également contribuer à l'offre des services en français en contexte minoritaire. Les services sociaux et de santé peuvent être considérés comme un système organisé d'actions, situé dans un contexte géographique et temporel, dont sa structure est constituée par l'interaction d'une structure physique particulière, d'une structure organisationnelle définie par les lois provinciales et fédérales, les règlements en vigueur et d'une structure symbolique spécifique qui fait référence aux valeurs, aux représentations de la santé, etc. (Drolet et al., 2017). Ceci permet d'illustrer que ces diverses structures influencent les services et leurs accès et d'autant plus l'expérience des usagers qui naviguent dans le système des services sociaux et de santé, dont ceux qui vivent en contexte francophone minoritaire (Drolet

et al., 2017). Il est particulièrement important de s'y intéresser, car les expériences individuelles sont reliées étroitement aux structures politiques, sociales et économiques.

D'abord, comme montré précédemment, les lois fédérales et provinciales de l'Ontario mises en place ne protègent pas les droits des francophones en contexte linguistique minoritaire et ne favorisent pas nécessairement l'accès aux services sociaux et de santé dans leur langue. Il semble donc y avoir une dévalorisation du français au sein de la société canadienne, particulièrement en contexte minoritaire. Par ailleurs, Vézina (2017, p. 256) montre que « le système de santé, les règles et les procédures qui encadrent le fonctionnement des organisations doivent accompagner, voire soutenir et encadrer [les personnes qui œuvrent au sein des établissements de santé] ». Les structures sociales, telles que le gouvernement, les organisations, les hôpitaux, doivent mettre en place des ressources pour fournir adéquatement des services sociaux et de santé dans les deux langues officielles. Cependant, ce n'est pas toujours le cas, notamment pour l'offre active des services en français. En effet, il doit y avoir une collaboration effective de tous les acteurs (politiciens, gestionnaires, professionnels de la santé, ceux responsables des lois et politiques sociales, etc.) pour réaliser l'offre active et pour influencer la dynamique du système dans le but de mieux répondre aux intérêts individuels et collectifs en lien avec la langue (Vézina & Savard, 2017). L'offre active se doit d'être inscrite dans les valeurs fondamentales du système de santé (Vézina, 2017).

Les contraintes organisationnelles, politiques, économiques et normatives constituent toutefois un enjeu important dans l'offre des services sociaux et de santé en français. À titre d'exemple, le système public des services sociaux et de santé manque de ressources pour répondre aux besoins de la population, peu importe la langue des services (Drolet et al., 2017). Cela illustre

les contraintes budgétaires qui contribuent au manque de services pour les groupes en contexte francophone minoritaire. Dans le même ordre d'idées, la structure même des points de services a de la difficulté à répondre aux besoins des francophones en situation minoritaire, malgré les lois mises en place. Repérer des professionnels bilingues et des ressources disponibles dans la communauté constitue un enjeu important, ce qui augmente la pénurie de services en français (De Moissac & Drolet, 2017). De ce fait, il est important de cibler les lacunes à un niveau structurel et ajuster l'organisation des services en conséquence dans le but de répondre aux droits des francophones minoritaires au Canada.

3. Objectifs et question de recherche

À la lumière de ce qui précède, il a été démontré que les femmes âgées en contexte francophone minoritaire vivent des inégalités qui affectent particulièrement leur accès aux services sociaux et de santé. Considérant cette réalité, ce projet de recherche cherche à répondre à cette question : « *Quelle est l'expérience des femmes âgées en termes de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire ?* ». Les objectifs principaux de ce mémoire sont de : 1) identifier les facilitateurs et les défis rencontrés par les femmes âgées en contexte francophone minoritaire en matière d'accessibilité aux services sociaux et de santé; 2) comprendre la manière dont ces facilitateurs et ces défis ont des effets sur les différentes sphères de leur vie; 3) examiner l'effet des structures institutionnelles et organisationnelles quant à l'accessibilité aux services sociaux et de santé des femmes âgées en contexte francophone minoritaire.

CHAPITRE 2 : LE CADRE THÉORIQUE

Ce deuxième chapitre proposera une présentation du cadre théorique utilisé dans ce projet de recherche. Il s'agit du paradigme féministe de l'intersectionnalité. Dans un premier temps, l'émergence de l'intersectionnalité et une définition de l'intersectionnalité en tant que cadre d'analyse seront illustrées. Dans un deuxième temps, quelques critiques et limites de l'intersectionnalité seront explicitées. En guise de conclusion, la pertinence de ce cadre théorique sera décrite en lien avec ce mémoire.

1. Le paradigme féministe de l'intersectionnalité

1.1 L'émergence de l'intersectionnalité

Tout comme la pensée féministe, la notion d'intersectionnalité a évolué au fil du temps (Harper, 2012). Cela dit, l'intersectionnalité a émergé de la théorisation du *black feminism* et de la mise en évidence des relations entre le sexisme, le racisme et d'autres rapports sociaux d'oppression et de domination dans la vie des femmes marginalisées aux États-Unis (Lamboley, Jimenez, Cousineau, & Pontel, 2015). En effet, ses origines prennent naissance vers le 20^e siècle dans les travaux de femmes intellectuelles et américaines d'origine africaine (Harper, 2012). Plus précisément, Cooper (1892) et Du Bois (1903), reconnues comme pionnières de l'analyse intersectionnelle, ont abordé la race en tant qu'axe d'oppression dans leurs écrits. D'une part, Cooper (1892) critique des discours au sein du mouvement des suffragettes qui excluent les intérêts et les caractéristiques des femmes afro-américaines. D'autre part, Du Bois (1903) approfondit certaines idées définies par Cooper (1892), et affirme que la race, la classe et la nation sont des hiérarchies sociales qui déterminent la position sociale des Afro-Américains, en plus de limiter l'accès de ces derniers au pouvoir et aux ressources. Ces deux intellectuelles ont donc été les

premières à s'intéresser à la complexité des systèmes d'oppression et aux dynamiques entre identité et structure sociale (Harper, 2012).

L'évolution de l'intersectionnalité s'est ensuite enrichie et développée avec des féministes noires américaines pendant les années 1970 jusqu'au milieu des années 1990. Crenshaw (1991), hooks (1984; 1981, 1990), Davis (1981) et Collins (1993) remettent en doute le féminisme américain de la deuxième vague qui réduit l'importance de la racisation des femmes afro-américaines en ignorant les conséquences de l'esclavage et du colonialisme (Corbeil & Marchand, 2006; Harper, 2012). Par conséquent, ces féministes soutiennent que le discours du mouvement des femmes de l'époque s'est consolidé à partir du vécu des femmes blanches et que celles-ci ne servent que leurs propres intérêts (Harper, 2012). Plus encore, le féminisme de l'époque est remis en question par des féministes afro-américaines, hispano-américaines et indiennes dans sa capacité d'élaborer une analyse de l'oppression des femmes qui reconnaît les effets conjugués de plusieurs axes d'oppression, tels que le sexisme, le racisme, le classisme et l'homophobie (Corbeil & Marchand, 2006). Notamment, le Combahee River Collective, une organisation féministe lesbienne radicale de l'époque soulève effectivement le racisme vécu par les femmes noires :

L'ampleur des effets de la politique raciale – en réalité, du racisme – dans nos vies empêchait et empêche toujours de nombreuses femmes Noires de développer une conscience partagée et croissante de notre propre expérience, qui nous permette de construire une politique qui change nos vies et mette réellement fin à notre oppression (Combahee River Collective, 2006, p. 3).

Toutefois, c'est en 1989 que la juriste afro-américaine Kimberlé Crenshaw a théorisé le concept d'intersectionnalité tel que nous le connaissons à ce jour (Bilge, 2009; Corbeil & Marchand, 2006; Davis, 2008; Harper, 2012). Celle-ci a utilisé ce concept dans le but d'explorer les dimensions raciales et genrées de la violence contre les femmes de couleur puisque les discours féministes et antiracistes contemporains de l'époque n'ont pas pris en compte les influences du

racisme et du patriarcat sur les expériences de ces femmes (Crenshaw, 2005). Dans cette vision de l'intersectionnalité, qui s'articule selon une perspective structuraliste, plusieurs concepts ont été introduits. En effet, le « cycle de la violence » (hooks, 1984), la « chaîne de violence » (Crenshaw, 1991, 2005) et la « matrice des oppressions » de même que ses quatre domaines de pouvoir (Collins, 1993, 2000) sont développés par ces féministes dans le but d'articuler les expériences d'oppression vécues dans la sphère publique aux violences faites aux femmes dans la sphère privée (Harper, 2012). Tout compte fait, la pensée intersectionnelle que l'on connaît à ce jour trouve ses racines dans les critiques de féministes noires américaines à l'égard du féministe blanc (Harper, 2012).

Néanmoins, au début du 21^e siècle, plusieurs féministes européennes (Anthias, 2002, 2005; Knudsen, 2006; Prins, 2006; Yuval-Davis, 2006) ont développé une nouvelle formulation du concept de l'intersectionnalité, suivant plutôt une perspective socioconstructiviste. Conséquemment, ces féministes européennes soutiennent que les individus ne sont pas seulement victimes d'oppression par les structures sociales (Harper, 2012). Celles-ci examinent plutôt les processus de production et de reproduction des catégories d'identité telles que la race, la classe, le genre de même que les relations de pouvoir et d'inégalités qui se manifestent dans les expériences subjectives des femmes (Anthias, 2005; Harper, 2012). Ainsi, cette perspective du concept de l'intersectionnalité étudie également la complexité des rapports sociaux et le pouvoir d'agir des individus. Somme toute, l'intersectionnalité comporte quelques visions distinctes.

1.2 Le féminisme intersectionnel

Maintenant, selon McCall (2005), l'intersectionnalité est la contribution théorique la plus importante à ce jour dans les études féministes. De manière générale, l'intersectionnalité est une

façon de comprendre et d'analyser la complexité du monde et des expériences humaines (Collins & Bilge, 2016). L'intersectionnalité réfute le postulat selon lequel le genre constitue une oppression égale pour toutes les femmes, mais qu'il existe plutôt de multiples axes de discrimination qui façonnent les expériences des femmes. La vie des femmes est donc influencée par de multiples systèmes d'oppression qui se croisent (Carastathis, 2014).

Plus encore, il y a un intérêt académique important de la part de chercheuses féministes de différentes disciplines et de différentes perspectives théoriques. Ces dernières utilisent grandement cette approche pour comprendre comment le genre interagit avec la race, l'ethnicité, la classe et autres axes identitaires pour façonner les expériences des femmes face aux inégalités et à la violence (Davis, 2008; Harper, 2012). Pour Crenshaw (2000, p. 8, tirée de Harper, 2012), le concept d'intersectionnalité se définit ainsi :

[...] a conceptualization [...] that attempts to capture both the structural and dynamic consequences of the interaction between two or more axis of subordination. It specifically addresses the manner in which racism, patriarchy, class, oppression and other discriminatory systems create background inequalities that structure the relative positions of women, ethnicities, classes and the like. Moreover, it addresses the way that specific acts and policies create burdens that flow along these axes constituting the dynamic or active aspects of disempowerment.

Cela dit, selon Bilge (2015), il n'existe pas de définition ni d'application universaliste de l'intersectionnalité : il s'agit d'un savoir situé. Pour Corbeil et Marchand (2006, p. 46), « le concept d'intersectionnalité apparaît comme un outil d'analyse pertinent, d'une part, pour comprendre et répondre aux multiples façons dont les rapports de sexe entrent en interrelation avec d'autres aspects de l'identité sociale et, d'autre part, pour voir comment ces intersections mettent en place des expériences particulières d'oppression et de privilège ». Comme mentionné par Chbat, Damant et Flynn (2014, p. 100), « cette analyse permet donc d'aller au-delà de la multiplicité des systèmes d'oppression en se concentrant également sur la façon dont l'interaction entre ces

derniers (re)produit des inégalités sociales ». En effet, l'intersectionnalité ne désigne pas une position fixe où les oppressions et les inégalités vécues s'accumulent et s'enchainent (Bilge, 2009, 2010; Corbeil & Marchand, 2007; Hankivsky & Christoffersen, 2008). Il s'agit plutôt d'une position sociale en mouvance selon lequel les effets interactifs des systèmes discriminants, tels que la race, le genre, la classe sociale, l'orientation et l'identité sexuelle, le handicap et l'âge, façonnent et influencent l'expérience des individus simultanément (Collins & Bilge, 2016; Corbeil & Marchand, 2007). L'intersectionnalité considère donc l'entrecroisement et l'interaction des identités des personnes et insiste sur l'importance de ne pas les hiérarchiser. Ainsi, sous un axe donné, une position sociale peut mener à de différentes réalités. Il est à préciser que l'intersectionnalité en tant que théorie n'exclut aucun axe identitaire (Crenshaw, 2005; Davis, 2008; Yuval-Davis, 2006).

De plus, Bilge (2009) affirme que pour plusieurs auteurs, l'intersectionnalité se doit de comprendre des questions macrosociologiques de même que microsociologiques. Au niveau microsocial, l'intersectionnalité « permet de cerner les effets des structures d'inégalités sur les vies individuelles et les manières dont ces croisements produisent des configurations uniques » (Bilge, 2009, p. 73). Quant au niveau macrosocial, elle se questionne sur les manières dont les systèmes de pouvoir sont impliqués dans la production, l'organisation et le maintien des inégalités (Bilge, 2009).

Enfin, considérant le fait que l'intersectionnalité a émergé, entre autres, de mouvements sociaux de radicalisation, cette perspective comporte une dimension engagée. En effet, un des objectifs de l'intersectionnalité consiste à identifier et agir pour éliminer les inégalités sociales, en visant la justice sociale et le changement social (Rogers & Kelly, 2011). D'ailleurs, les travaux

contemporains suivant la perspective intersectionnelle visent à transformer les politiques de justice sociale et les dispositifs de luttres des discriminations (Bilge, 2009). La défense des droits humains et la lutte pour une plus grande justice sociale basée sur des valeurs d'égalité et de respect sont donc au cœur de cette perspective (Corbeil & Marchand, 2007).

Somme toute, force est de constater que de multiples axes identitaires peuvent complexifier et influencer les oppressions et les inégalités sociales que vivent les femmes. L'intersectionnalité en tant que cadre théorique de ce projet de recherche permet donc de mettre en lumière les expériences des femmes âgées vivant en contexte francophone minoritaire.

1.3 Quelques critiques et les limites de l'intersectionnalité

Malgré le succès académique du féminisme intersectionnel, il existe toutefois quelques critiques et limites à son égard. De prime abord, le blanchiment et la dépolitisation de l'intersectionnalité constituent une critique importante. En effet, même si ce sont grâce aux luttes d'intellectuelles et de militantes féministes noires et leurs critiques à l'endroit du féminisme blanc et du mouvement antiraciste que l'intersectionnalité a émergé, les discours et pratiques académiques évacuent la pensée critique raciale au sein de ce concept (Bilge, 2015). Ainsi, il y a lieu de se questionner à savoir si l'intersectionnalité serait maintenant une version de la pensée féministe noire qui s'épanouit dans le milieu académique, sans une participation significative des femmes racialisées, ce qui participe à leur marginalisation et leur effacement (Bilge, 2015). Les efforts visant à universaliser l'intersectionnalité dans le milieu académique participe donc à ce qu'il soit déconnecté des expériences vécues par les femmes noires et néglige à reconnaître leur contribution historique (Alexander-Floyd, 2012). Ainsi peut-on dire qu'il y a un danger de mobiliser l'intersectionnalité, sans mobiliser des questions à propos de la race, ce qui minimise les

apports des féministes noires qui ont théorisé ce concept. Les discours et pratiques académiques sont donc majoritairement sans localité ni corporalité, ignorant les questions raciales (Bilge, 2015).

Dans un autre ordre d'idées, Ludvig (2006) critique le fait que l'intersectionnalité ne pourrait jamais rendre compte des différences infinies qui constituent les axes identitaires. Elle stipule que le monde est insurmontablement complexe. D'ailleurs, les axes identitaires sont sans fin (Carastathis, 2016). Ainsi, Ludvig (2006) prétend que l'infinité des différences semble être un point faible de la théorie intersectionnelle.

Plus encore, plusieurs axes identitaires sont souvent oubliés dans les analyses intersectionnelles. En effet, la langue constitue une dimension négligée. Crenshaw (1991) a nommé la langue en tant qu'axe identitaire dans ses premiers écrits sur la notion d'intersectionnalité afin de dénoncer ce qu'elle appelle le monolinguisme. Crenshaw (2005) présente l'histoire d'une femme hispanophone aux États-Unis qui s'est fait refuser des services dans une maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale en raison de ses compétences linguistiques réduites en anglais et du manque de personnel bilingue de cette maison, et ce, malgré sa situation critique. En dépit de la contribution de Crenshaw sur la question de la langue au sein de l'intersectionnalité, les questions de relations de pouvoir linguistique restent presque entièrement absentes des analyses intersectionnelles féministes anglophones (Baril, 2017). La langue est donc trop souvent ignorée des axes identitaires promus par le concept d'intersectionnalité. Lutz, Herrera Vivar et Supik (2011, p. 6) appuie cette idée :

The multitude and divisions of languages and experiences in Europe are at present giving rise to a number of marginalising effects; therefore, we consider language an intersectionality dimension which needs thorough investigation. English seems to drown out all other languages, multilingualism is unequally distributed social capital, and the various languages contain very unequal symbolic currencies. There are clear hierarchies among the (academic) languages.

De ce fait, Baril (2017) propose une perspective intersectionnelle féministe non réductrice afin de reconnaître l'irréductibilité de l'oppression linguistique et ses relations imbriquées avec d'autres formes d'oppression. Il est donc important de reconnaître la langue comme dimension identitaire unique, et qu'elle s'entrecroise avec plusieurs autres axes identitaires. Par conséquent, la langue, particulièrement en contexte minoritaire, constitue un axe identitaire que nous ne pouvons négliger dans ce projet de recherche.

1.4 Pertinence du cadre théorique

En tant que cadre d'analyse, le féminisme intersectionnel permet de mettre en lumière les réalités de certains groupes de femmes qui sont majoritairement marginalisés dans les recherches et les discours féministes (Davis, 2008). Cette perspective théorique permet de se concentrer sur la façon dont l'interaction entre de multiples axes identitaires, soit la langue, l'âge et le genre, reproduit des inégalités sociales (Bilge, 2009; Crenshaw, 1989), spécifiquement en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé. D'ailleurs, le féminisme intersectionnel est suggéré en tant que cadre pertinent pour la recherche en santé en lien avec des questions de justice sociale (Rogers & Kelly, 2011). Effectivement, elle offre un grand potentiel pour fournir de nouvelles connaissances pouvant orienter plus efficacement les actions visant à éliminer les disparités en matière de santé découlant de plusieurs axes d'oppression (Hankivsky & Christoffersen, 2008).

1.5 Application de l'intersectionnalité au sujet de ce mémoire

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous nous intéressons à trois axes identitaires en particulier. Premièrement, nous nous intéressons à la question du genre, soit toute personne qui s'identifie en tant que femme. Deuxièmement, il s'agit de l'âge, soit les personnes âgées de 65 ans

et plus. Troisièmement, il s'agit de la langue et plus particulièrement, le fait d'être une personne francophone en contexte minoritaire. Le cadre d'analyse féministe intersectionnel est particulièrement pertinent pour notre sujet de recherche, car il permet de se concentrer sur la façon dont l'interaction entre ces axes identitaires reproduit des inégalités sociales spécifiquement en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé. Cela dit, il serait pertinent de se pencher sur un quatrième axe identitaire ultérieurement, soit celle de la race. Sans aucun doute, nous reconnaissons qu'historiquement, les femmes noires américaines ont développé le concept de l'intersectionnalité et nous devons les mettre à l'honneur.

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE

Dans ce troisième chapitre, les aspects méthodologiques de ce projet de recherche seront abordés. En premier lieu, l'approche narrative ainsi que la méthodologie qualitative seront brièvement décrites. En deuxième lieu, la stratégie d'échantillonnage et de recrutement, les caractéristiques de l'échantillon, la méthode de collecte de données et la procédure d'analyse des données recueillies seront détaillées. Enfin, les considérations éthiques de ce mémoire seront montrées.

1. L'approche narrative

La méthodologie qualitative est mise de l'avant dans ce projet de recherche, car elle met l'accent sur l'expérience individuelle des personnes (Al-Busaidi, 2008; Fortin, 2006) et permet d'accéder directement à celle des femmes âgées en contexte francophone minoritaire. Elle permet également de tracer le sens que les gens donnent à des phénomènes sociaux et la façon dont ils l'interprètent dans un contexte donné (Atieno, 2009). Enfin, cette méthodologie offre l'opportunité de donner une voix aux participantes en mettant en valeur leur parole et leur expertise (Carey, 2012; Kohn & Christiaens, 2014).

Plus encore, ce projet de recherche emploie une approche méthodologique narrative qui guide nos analyses pour chercher à comprendre le sens que donnent les femmes âgées en contexte francophone minoritaire à leur expérience face à l'accès aux services sociaux et de santé dans leur langue maternelle. En tant que méthode, l'approche narrative tente de comprendre les phénomènes et les expériences à travers les histoires et les propos individuels racontés par les personnes (Creswell & Poth, 2018). L'approche narrative met l'emphase sur le pouvoir de la parole (Padgett, 2017). Elle favorise donc les histoires et les points tournants dans la vie des personnes. Dans le

même ordre d'idées, elle considère qu'il est nécessaire de prendre en compte le contexte dans lequel les histoires sont intégrées. En effet, Clandinin (2016) stipule que l'approche narrative vise à explorer les récits sociaux, culturels, familiaux, linguistiques et institutionnels au sein desquels les expériences individuelles ont été et sont constituées, façonnées, exprimées et interprétées. Elle permet donc de stimuler la pensée réflexive des participantes sur leurs expériences de vie. Par ailleurs, cette approche est particulièrement pertinente pour notre sujet de recherche, car elle permet de mettre en valeur les voix des femmes âgées en contexte francophone minoritaire. De manière générale, les femmes plus âgées sont souvent invisibles et non valorisées dans la société actuelle (Charpentier & Billette, 2010), d'où l'importance d'utiliser une approche qui promeut leurs discours et leurs voix. Ainsi, l'approche narrative nous permet de recueillir les histoires de ces femmes sur leurs expériences vécues et racontées (Creswell & Poth, 2018), en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé.

2. Stratégie de recrutement

Les participantes potentielles ont été identifiées par le biais d'un organisme bilingue et à but non lucratif qui vise l'amélioration de la qualité de vie de toutes les personnes âgées dans la région d'Ottawa. Une lettre d'invitation a été fournie à cet organisme par le biais d'un courrier électronique, qui à leur tour, l'a partagée aux membres du comité des affaires francophones. Dans la lettre d'invitation, mes coordonnées et celle de la directrice de ce projet de recherche étaient inscrites. Les participantes éligibles et intéressées ont été incluses dans l'étude selon le principe du « premier arrivé, premier servi », jusqu'au moment où nous avons atteint le nombre de participantes désiré. Celles-ci pouvaient nous contacter par courriel ou par téléphone pour participer à notre projet de recherche. Il y a un total de 4 participantes dans cette recherche.

3. Caractéristiques de l'échantillon

Pour participer à notre recherche, les participantes devaient répondre à ces critères : être âgées de 65 ans et plus, s'identifier comme une femme, vivre en contexte francophone minoritaire et être à l'aise de faire des entrevues en français. Nos critères de sélection engendrent des phénomènes d'exclusions de certains groupes d'individus. Notre projet de recherche exclut toute personne qui n'est pas en contexte francophone minoritaire, car la question de recherche pose particulièrement problème à la population francophone en contexte minoritaire. La population francophone en contexte minoritaire vit plusieurs difficultés dues aux rapports de pouvoir liés à la langue qui engendre leur invisibilité, dont leurs particularités et leurs besoins (Diotte & Flynn, 2016). Notre projet de recherche exclut également les personnes qui s'identifient comme homme, car le vieillissement des femmes est distinct. En effet, la littérature documente que le genre est un facteur réel de variation de l'état de santé et constitue un déterminant des inégalités dans le domaine de la santé et de l'accès aux services (Bernier, 2009; van Kemenade et al., 2015). La diversité qui caractérise le vieillissement des femmes ainsi que les principaux enjeux et défis qu'elles rencontrent sont différentes que celles des hommes (Charpentier & Billette, 2010).

4. Méthode de collecte de données : l'entrevue semi-structurée

Suivant l'optique de méthodologie qualitative de notre mémoire, des entrevues individuelles ont été effectuées pour recueillir les données. Il existe trois modèles d'entrevues individuelles : l'entrevue non structurée, l'entrevue semi-structurée et l'entrevue structurée (Palmer & Bolderston, 2006; Shelton & Smith, 2015). Dans le cadre de notre mémoire, l'entrevue semi-structurée est privilégiée. Ce type d'entrevue consiste :

en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un

mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé (Savoie-Zajc, 2009, p. 340).

Nous avons choisi l'entrevue semi-structurée, car celle-ci encourage davantage la liberté d'expression chez les participantes pour recueillir leurs expériences, leurs opinions et leurs sentiments. Également, les entrevues semi-structurées correspondent bien à l'approche narrative, car elle vise à susciter les histoires et les discours des participantes à propos de leurs expériences de vie. Un guide d'entrevue avec des questions ouvertes et neutres, déterminées à l'avance, a été utilisé pour mener ces entrevues (voir Annexe B). Les questions ne sont pas nécessairement posées dans l'ordre prévu et les participantes peuvent parler des thèmes dans l'ordre qui leur conviennent. L'utilisation des entrevues semi-structurées est pertinente, car elle nous permet d'être en contact direct avec l'expérience individuelle des femmes âgées en contexte francophone minoritaire (Fortin, 2006).

Les entrevues sont d'une durée de 60 à 90 minutes chacune. Toutes les entrevues ont eu lieu à des moments qui conviennent aux participantes et au moment de leur choix. Les entrevues ont eu lieu à un endroit choisi par chaque participante (par exemple, à leur domicile, un café, une salle de rencontre réservée à l'Université d'Ottawa, etc.). Avec l'approbation des participantes, chaque entrevue a été enregistrée sous forme audio dans le but de les transcrire intégralement pour ensuite les analyser.

5. Procédure de l'analyse des données

L'analyse des données de notre projet de recherche s'inscrit dans l'analyse de contenu thématique. Ce type d'analyse se définit comme suit : « l'analyse thématique consiste (...) à

procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, [tel] une transcription d'entretiens » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 232). De manière générale, l'analyse thématique permettra d'identifier, de regrouper et d'analyser les thèmes abordés dans les transcriptions d'entrevues (Paillé & Mucchielli, 2012).

Comme mentionné préalablement, les entrevues ont été enregistrées sous forme audio, puis retranscrites intégralement sous forme de verbatim. Plusieurs lectures de ces verbatim ont été effectuées pour se familiariser avec les données. Ensuite, des codes ont été attribués aux données qui nous intéressent dans les verbatim afin de repérer une liste initiale de données pertinentes (Whittaker, 2012). Cette codification a été inductive, considérant qu'aucun thème n'avait été établi à l'avance.

Après avoir codé toutes les données et généré une liste de code, ceux-ci ont été regroupés pour faire ressortir des thèmes principaux dans les propos des participantes (Paillé & Mucchielli, 2012). Après la première codification, 28 codes avaient été groupés. Dans le but de réduire le nombre de codes, les thèmes récurrents ont été analysés de pair avec ma directrice de mémoire pour regrouper ces thèmes en catégories finales. Enfin, trois thèmes principaux et 10 sous-thèmes ont été établis.

Les données ont été analysées à la main, et non à l'aide de logiciel, étant donné qu'il y a 4 transcriptions d'entrevues. L'analyse a fait ressortir les spécificités des expériences de chaque participante, mais également des modèles généraux qui nous permettront de développer un cadre d'interprétation autour de leur expérience.

6. Considérations éthiques

Ce projet de recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) en sciences sociales et humanités de l'Université d'Ottawa (voir Annexe D). Le certificat a été obtenu le 4 février 2019. Avant d'effectuer les entrevues, chaque participante a pris connaissance des modalités de ce projet de recherche dans le formulaire de consentement (voir Annexe C) et celles-ci ont eu l'occasion de poser des questions sur cette recherche. Les participantes avaient donc la possibilité de donner son consentement libre et éclairé. Les participantes ont été informées qu'elles pouvaient se retirer du projet de recherche à tout moment, sans aucun préjudice.

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce quatrième chapitre, les principaux thèmes qui ont émergé de l'analyse des données des entrevues effectuées avec les participantes seront énoncés. Quelques caractéristiques sociodémographiques et un aperçu de la trajectoire de vie de chaque participante ayant pris part à l'étude seront décrits avant la présentation des résultats.

1. Les caractéristiques des participantes

Les quatre participantes ayant contribué à cette recherche ont été interviewées au mois de mars 2019 dans la région d'Ottawa. Il est à préciser que des pseudonymes ont été employés et des caractéristiques identitaires des participantes ont été modifiées dans le but de préserver la confidentialité de celles-ci.

Allana

Allana est une personne s'identifiant comme femme francophone âgée de 65 ans et plus (nous ne connaissons pas l'âge exact de cette participante). Celle-ci est maintenant retraitée de sa profession d'enseignante. Elle a aussi étudié à l'Université d'Ottawa en sociologie et en études féministes. Elle a précédemment habité en milieu rural près d'Ottawa et vit maintenant à Ottawa (ON).

Anna

Anna, 65 ans, est une personne s'identifiant comme femme francophone. Cette dernière est née dans un village près d'Ottawa (ON). Elle est déménagée avec sa mère à la campagne dans le nord de l'Ontario, après le décès de son père lorsqu'elle était âgée de trois ans. Celle-ci a effectué

ses études en soins infirmiers en français et elle a un conjoint anglophone. À ce jour, Anna vit dans le sud d'Ottawa (ON).

Florence

Florence est une personne s'identifiant comme femme francophone âgée de 69 ans. En 1967, celle-ci a commencé ses études en éducation dans le nord de l'Ontario à Sudbury. Par la suite, en 1988, celle-ci a déménagé à l'est d'Ottawa (ON), où elle demeure actuellement. Elle indique avoir grandi en français, mariée un francophone et avoir élevé ses enfants en français.

Stéphanie

Stéphanie est une personne s'identifiant comme une femme francophone âgée de 75 ans. Celle-ci provient de la ville d'Ottawa (ON) originalement. Elle indique également avoir vécu dans un village près d'Ottawa (ON), ville qu'elle décrit comme étant la plus bilingue de l'Ontario, c'est-à-dire que les francophones parlent habituellement l'anglais et les anglophones parlent habituellement aussi le français. En raison de l'emploi de son conjoint, qui est également francophone, elle et sa famille ont déménagé antérieurement dans une ville ontarienne qu'elle décrit comme étant très anglophone. À ce jour, Stéphanie habite dans l'est d'Ottawa (ON) depuis maintenant trois ans. Elle a aussi travaillé en tant qu'infirmière.

Dans le but d'explorer l'expérience de ces femmes, il est important d'exposer le positionnement social de celles-ci. L'ensemble de ces femmes sont blanches, francophones et ontariennes. Elles ont de bonnes conditions au niveau de leur statut socio-économique. En effet, l'ensemble de ces femmes ont des études postsecondaires et un revenu jugé adéquat. Deux participantes ont indiqué être privilégiées. Par exemple, Florence indique :

« Moi je me trouve dans une situation privilégiée parce que j'étais enseignante, donc j'ai quand même un bon revenu de pension. Avec ma pension de vieillesse et ma pension d'enseignante, j'arrive à bien vivre parce que, un, ma maison est payée, finie, payée, je suis propriétaire de ma maison à 100 % ».

Plus encore, Allana stipule : *« Mais moi j'ai été chanceuse, j'ai travaillé dans la fonction publique où on avait des conventions collectives de protection »*. Ainsi, il est important de reconnaître la position sociale de ces femmes afin d'explorer adéquatement la relation entre leurs identités et l'accès aux services sociaux et de santé.

2. Introduction des thèmes

La prochaine section de ce chapitre présente les principaux thèmes et sous-thèmes qui se sont manifestés au cours de l'analyse des données, soit des verbatim des entrevues avec les participantes. Un sommaire explicatif de ces thèmes se trouve dans un tableau à la page suivante. Voici les trois thèmes principaux qui ont émergé dans notre analyse des données : 1) l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire; 2) la question du genre; 3) les réalités structurelles. Ces thèmes seront montrés ci-dessous.

Tableau 1 : Aperçu des thèmes émergents

Thème n° 1 : L'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire
<ul style="list-style-type: none"> - Les difficultés d'obtenir des services en français <ul style="list-style-type: none"> o Disponibilité o Transport o Lieu du domicile et distance o Le temps d'attente o Minorisation o Le manque de médecins spécialisés
- Les services sociaux <i>versus</i> les services de santé
<ul style="list-style-type: none"> - L'importance d'obtenir des services en français <ul style="list-style-type: none"> o L'identité francophone o Les efforts et la reconnaissance de la part de la majorité
- L'importance d'une personne et de services pivots
- L'offre active
Thème n° 2 : La question du genre
- L'éducation
- Le rôle genré des femmes
Thème n° 3 : Les réalités structurelles
<ul style="list-style-type: none"> - L'assimilation <ul style="list-style-type: none"> o La non-reconnaissance du français o La documentation anglophone
- Le bilinguisme
- Les lois

2.1 L'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire

Le thème de l'expérience comme femme âgée en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé en français dans un contexte linguistique minoritaire a principalement été abordé avec les participantes. À la suite de l'analyse des données d'entrevue, il est ainsi possible de dégager plusieurs éléments clés en lien avec l'expérience des femmes âgées en contexte francophone minoritaire sur le plan de l'accès aux services sociaux et de santé, dont l'importance d'obtenir des services en français, les difficultés d'obtenir des services en français, le manque de médecins spécialisés, l'offre active, l'importance d'une personne et de services pivot et enfin, la comparaison entre l'accès aux services sociaux et l'accès aux services de santé.

2.1.1 L'importance d'obtenir des services en français

L'ensemble des participantes de l'étude ont rapporté que le fait d'obtenir des services dans leur langue maternelle est très important. Pour celles-ci, s'exprimer en français est rassurant, nécessaire et sécuritaire. À cet effet, les participantes ont indiqué sans hésitation qu'elles préfèrent avoir des services en français :

« Ben oui, c'est important. Ça serait l'idéal, ça serait de pouvoir voir tous les professionnels de la santé, dont j'ai besoin, dont la communauté francophone a besoin » (Florence).

« Le français pour moi est très important » (Stéphanie).

Les participantes affirment que s'exprimer dans une langue seconde peut être difficile, surtout lorsque c'est en lien avec leur état de santé. Elles stipulent que la communication en anglais peut s'avérer complexe lorsqu'elles doivent exprimer leur douleur, leurs émotions, leur détresse :

« Parce que, à ce moment-là, tu as de la misère à concentrer. Si tu es inquiet, si tu as un gros problème, que ce soit émotionnel, physique, blessure, inquiétude au sujet de ta santé ou un des tiens. Des fois, tu perds tes connaissances, surtout hors de ta langue. Alors là c'est très important que tu puisses communiquer dans ton langage, surtout là. Parce que

t'es pas la même. Quand tu es malade, tu n'es pas la même personne. Puis, quand t'accompagnes quelqu'un, tes enfants, tes parents, ton époux, ton conjoint. Ce n'est pas la même chose là. Là, émotionnelle tu es pris, puis surtout, si c'est quelque chose de grave ou ça là, évidemment que ce n'est pas acceptable de ne pas avoir quelqu'un qui peut te parler en français » (Stéphanie).

« Parce que tu peux mieux t'exprimer en français, dans ta langue, surtout quand t'es malade ou tu n'es pas bien. T'sais comme, t'essayes de servir les gens dans leur langue, parce que c'est comme ça que tu peux venir à bout de comprendre qu'est-ce qui se passe » (Anna).

Le fait de devoir parler en anglais pour obtenir des services sociaux et de santé est exigeant selon les participantes. Quant à elle, Allana stipule qu'il est important d'obtenir des services en français pour deux raisons :

« Disons qu'au niveau global comme société où on a deux langues officielles, bon ben ça c'est un droit. Et, deuxième point, c'est que psychologiquement quand tu transiges avec des émotions, avec des angoisses, avec des craintes, si tu n'as pas intégré depuis ta toute tendre enfance, les deux langues pour t'exprimer, il y a une langue qui va prédominer. Et pour moi c'est le français. Alors ça, c'est une des raisons pour lesquelles j'insiste là pour avoir des services en français. Parce que quand je serai sur un lit d'hôpital, j'aimerais bien avoir quelqu'un avec qui je peux échanger, avec qui je peux partager mes angoisses, mes craintes et avoir des réponses parce qu'il y a des subtilités puis des nuances de la langue qui sont pas rendues dans une langue ou dans l'autre ».

Allana indique aussi que les termes et les références culturelles diffèrent selon les langues et que cela peut avoir des impacts sur la santé. Celle-ci a fait référence à une expérience vécue avec un chiropraticien qui lui a indiqué, en boutade, qu'elle allait mourir de problèmes reliés à son système digestif. En raison de barrières linguistiques, celle-ci pensait réellement mourir avant que le praticien s'explique :

« Là ben, il s'était expliqué, puis il avait dit : ben c'est une boutade, là, t'sais, non non, tu ne mourras pas demain. Alors de là l'importance, tu vois, de la langue. Comment t'interprètes ton sens de l'humour dans les deux langues, ça réfère à des références culturelles, c'est différent » (Allana).

Allana et Stéphanie précisent également que s'exprimer en anglais devient plus ardu avec l'âge :

« Puis là moi mon anglais là, là, j'en perds un peu parce que je ne travaille pas tous les jours dans un milieu bilingue là, t'sais. Je le pratique pas autant. Puis, souvent, je vais

chercher mes mots. Alors, ça se fait de l'autre façon aussi ça. Si tu pratiques pas ton français, tu vas chercher des mots, t'sais. Donc c'est pour ça que c'est important de parler français » (Stéphanie).

« Alors ça revient, quand tu vieillis de t'exprimer dans ta langue maternelle » (Allana).

Anna fait référence à sa mère pour montrer les enjeux supplémentaires que peuvent engendrer l'âge : *« Mais pour ma mère qui était plus âgée, elle c'était très important que ça soit français, parce que, en plus d'être sourde, elle comprenait très peu l'anglais »*. Néanmoins, Allana stipule qu'elle rencontre maintenant peu de problèmes de communications lorsqu'elle doit parler en anglais avec des professionnels de la santé : *« Mais il n'y a pas de problème de communication avec, puis t'sais, je fais des vérifications m'assurer qu'on se comprend bien s'il y a des problèmes là »*. Les propos de ces participantes démontrent donc la nécessité de pouvoir s'exprimer dans leur langue maternelle lorsqu'elles font appel au système de santé.

2.1.1.1 L'identité francophone

Plus encore, certaines participantes font référence à leur identité francophone pour justifier l'importance d'obtenir des services sociaux et de santé dans leur langue : *« Toujours. Absolument. Oui, moi je suis très franco-ontarienne (...), mais ma priorité, tu pourrais demander à mon mari, c'est toujours francophone avant so, oui » (Anna)*. Stéphanie soutient qu'elle désire obtenir des services sociaux et de santé dans sa langue, particulièrement en raison du fait que le français constitue un élément important dans plusieurs sphères de sa vie :

« Oui c'est très important. On a élevé nos, notre famille dans un milieu, un moment donné, un milieu anglophone. Mais ils allaient à l'école française. Et puis, nous autres au travail on était, on parlait anglais toute la journée, mon mari pis moi plutôt. Mais à la maison on parlait français. Et puis quand mon mari a été offert un transfert, la région était francophone pis ça été très important dans la balance de notre décision pour que les enfants soient plus exposés au français ».

De plus, comme mentionné ci-haut, les spécificités de la langue française ne sont pas nécessairement transférables dans une autre langue, ce qui peut amener des impacts négatifs sur les soins et services reçus par les participantes. Les propos ci-dessus démontrent bien l'importance d'offrir des services en français :

« Là, ils vont aller chercher quelqu'un, parce que, t'sais ben, mal au cœur, comment tu dis ça en anglais ? C'est le meilleur terme. Parce que le monde... Si je le traduis : "pain to the heart", ça s'exprime pas. Un anglophone, ça saurait pas de quoi. Mal de cœur, c'est vraiment canadien-français. Sinon, tu dirais : j'ai des nausées, j'ai pas mal au cœur, parce que c'est pas ton cœur qui fait mal. Mais juste ça, les gens ont de la misère à s'exprimer. C'est ça » (Anna).

« Moi j'avais un patient qui m'avait dit qui avait mal aux rognons. Je n'avais aucune idée où ce qui avait mal. Les rognons c'est quelque chose que les gens mangeaient sur la ferme. C'était les reins d'une vache ou d'un porc. Il avait mal aux reins, mais les rognons... même moi j'avais jamais entendu ça » (Anna).

D'ailleurs, les expressions francophones canadiennes ne sont pas nécessairement pas comprises par des professionnels ayant appris le français en tant que langue seconde :

« Mais des fois c'est des bilingues, mais ils savent pas, t'sais, ils ont appris dans le livre, c'est pas logique ce qu'ils disent ou la traduction est terrible, s'ils donnent un papier en français, la traduction ne tient pas la route » (Stéphanie).

Anna et Stéphanie mettent en valeur l'identité francophone et le fait que les termes et expressions utilisés s'inscrivent dans des référents culturels qui ne se retrouvent pas dans une autre langue et contexte.

2.1.1.2 La reconnaissance de la part de la majorité

Malgré l'importance d'obtenir des services en français indiqué par les participantes, trois de ces dernières ont soulevé que si un effort est effectué de la part de professionnels parlant la langue de la majorité, elles se sentent respectées et reconnues. Pour celles-ci, le fait d'essayer de parler en français pour offrir des services en français est acceptable :

« Parce que moi quand on me, on s'efforce de parler, même si la personne baragouine le français, je me dis que juste le fait que cette personne essaye de me parler dans ma langue, je lui dis : "Hey, chapeau, félicitations d'essayer de parler, de me parler français", même si : "oh oui, I dont speak it well, I know very little French". Je lui réponds : "At least, you are trying. And to me, that's a very big sign of respect". Et, ça, quiconque parle quelque langue, si on, on s'efforce même si on la baragouine de te répondre dans ta langue, c'est une marque de respect » (Florence).

« Non, mais t'sais, quand on a de la bonne volonté, il y a des gens qui vont dire : "Je parle un petit peu français, je peux vous aider". Ben là, t'sais c'est plus facile pis ils démontrent de la bonne volonté. Et puis, à l'occasion si, s'ils comprennent pas assez, je vais m'adresser en anglais. J'exigerai pas là, parce que, pis je leur dis souvent, je vais leur dire : "J'apprécie que je suis servie en français, merci". Parce que je me dis, si on les encourage pas t'sais » (Stéphanie).

« Mais, elle [l'infirmière lors d'un rendez-vous avec son médecin de famille] faisait des efforts pour parler français. Puis, elle était bonne » (Allana).

Cependant, si aucune reconnaissance de la langue française ou aucun effort est effectué par les professionnels de la santé, Stéphanie indique qu'elle exige davantage qu'elle reçoive des services sociaux et de santé dans sa langue maternelle : *« Alors, et puis, si on lève le nez sur le fait que je parle français, je suis plus exigeante. Méchante hein ? » (Stéphanie).*

2.1.2 Les difficultés d'obtenir des services en français

En lien avec ce qui précède, une participante a indiqué spécifiquement que c'est difficile pour elle d'accéder à des services sociaux et de santé dans sa langue. En effet, Florence stipule que : *« C'est pas évident, n'est-ce pas (...) disons que quand t'habites à Ottawa, normalement, je crois que les francophones aimeraient être servis à Ottawa, mais c'est n'est pas évident ».* Quant à deux autres participantes, elles indiquent être satisfaites avec les services qu'elles reçoivent :

« Pas de problème. C'était beau, c'est parfait. J'ai eu d'excellents services [avec un psychologue francophone à Ottawa] » (Allana).

« Moi je n'ai jamais rencontré un problème. Je ne sais pas si c'est le fait que j'ai travaillé dans un hôpital » (Anna).

Cela dit, Allana ajoute qu'elle n'a jamais vécu une situation urgente liée à sa santé, qui pourrait se dérouler uniquement en anglais : « *Mais, j'ai jamais été en situation d'urgence. Quand tu es en situation d'urgence, là je sais pas si je me retrouve en ambulance* ». Une participante stipule qu'elle préfère obtenir des services dans une seconde langue si les services sont de qualité :

« Pour moi c'est pas un problème [d'avoir juste des services de santé en anglais] (...) Je ne veux pas aboutir dans une place comme ça [centre de soins de longue durée Montfort, où ses parents ont vécu]. Vois-tu, tu vas me demander si j'irais, puis je veux que ce soit écrit. J'irais à un endroit où je serais bien traitée, que ça soit chinois ou espagnol, mais ce n'est pas nécessairement dans ma langue parce que moi, je parle plus qu'une langue, mais j'aimerais mieux qu'il y aille des meilleurs soins, pour moi. (...) C'est juste ça que j'ai à dire » (Anna).

Cet extrait montre une certaine nuance. En effet, malgré l'importance d'obtenir des services dans sa langue maternelle, cette participante considère qu'il est encore plus important d'obtenir des services de qualité.

2.1.2.1 Le statut de minorité

Un aspect important abordé par certaines participantes lors des entrevues est le concept de minorité, un facteur qui explique, selon elles, la difficulté d'accéder à des services dans leur langue :

« Et c'est pour ça qu'on a pas les services qu'on voudrait en français, parce que justement on est minoritaire (...) Mais, de plus en plus, je me rends compte, écoute, il faut pas rêver en couleur, t'sais la ville est à majorité anglophone, je pense qu'on fait seulement, si on fait 20 % de la population, si les francophones font 20 % de la population en ce moment, c'est à peu près tout (...) Le fait est que notre pays est un pays à majorité anglophone et donc les professionnels de la santé vont eux aussi être à majorité anglophone » (Florence).

Notamment, les francophones en contexte minoritaire subissent de l'oppression liée à leur langue.

Les propos d'une participante illustrent cette oppression et la dualité majorité-minorité qui existent dans la société :

« C'est fort les stéréotypes et comment on voit sa situation en tant que majoritaire, avec les sous qu'on a de moins en moins de sous pour nous. Alors, on dit ben : " Si on en a moins

pour nous, on va, on en donnera pas aux francophones, parce qu'on en a pas assez pour la majorité" » (Allana).

Dans le même ordre d'idées, Stéphanie ajoute qu'elle désire que la majorité anglophone fasse des efforts pour reconnaître le français en tant que langue officielle : « *Pour pas que nous autres on perd notre langue* ». L'incertitude et l'absence de reconnaissance de la langue française amènent donc des inquiétudes auprès des participantes.

2.1.2.2 La disponibilité des services en français

De toute évidence, les services sociaux et de santé ne sont pas toujours offerts dans la langue maternelle de nos participantes, soit le français. D'abord, les médecins de famille sont anglophones pour trois des quatre participantes : « *Ben d'abord, c'est la disponibilité de, de, professionnels de la santé francophone. Disons, moi j'habite à [l'est d'Ottawa], de préférence, j'aimerais voir, ben j'ai mon médecin ici, mais il est anglophone* » (Florence). De plus, l'Hôpital Montfort, soit un hôpital francophone, est nommé comme étant l'un des seuls hôpitaux offrant en tout temps des services en français :

« Ben, disons que bon, je suis allée pour une mammographie à Montfort. Disons qu'à Montfort, les services sont plutôt bilingues, mais ailleurs, oublie ça (...) Mais pour obtenir des services en français dans nos hôpitaux, à part Montfort là, c'est pas mal impossible » (Florence).

« Vois-tu, ici on fait affaire avec l'Hôpital Montfort qui est très francophone. À l'Hôpital Général d'Ottawa, c'est moitié-moitié » (Stéphanie).

En revanche, les services à la réception d'hôpitaux dans la région d'Ottawa sont nommés comme étant bilingues par une participante :

« Mais si je vais à l'Hôpital Général, t'sais, bon, à la réception ou, t'sais des services sont bilingues. Si je vais au campus Civic, c'est la même chose » (Allana).

Pour Florence, la disponibilité des services en français est un problème de premier plan :

« Ah oui, ça, c'est un fait [de ne pas avoir accès à des services en français]. Je veux dire, si t'as un problème de santé, que tu veux voir, résoudre, que tu veux qui soit résolu, ben écoute tu vas voir, s'il faut parler anglais, tu vas parler anglais » (Florence).

En écho aux propos de Florence, deux participantes affirment également la difficulté d'obtenir des services en français sur un continuum :

« [Il n'y a] pas tout le temps [des services en français], mais la plupart du temps [oui]. Parce que, malgré que les anglophones, souvent, vont dire : "Je vais te trouver quelqu'un francophone", il y a des endroits où il y en a pas » (Stéphanie).

« J'avais, j'appelais, puis là c'était des services bilingues. Ensuite, on avait pas de francophone [psychologue]. J'étais en période de désarroi [deuil] donc j'étais frustrée » (Allana).

En dépit des difficultés rencontrées par certaines participantes, une participante en particulier a accès à de nombreux services de santé dans sa langue. La disponibilité n'est donc pas une contrainte pour cette dernière :

« Moi, je suis privilégiée parce qu'étant étudiante à l'Université d'Ottawa, j'avais accès à mes services de soins de santé à l'Université d'Ottawa. Les services de santé. Puis, c'est Docteur [nom du médecin], qui est une francophone (...) Parce que les services, même la physiothérapie, mais tous les services de santé à l'Université d'Ottawa, tu as accès en français ou en anglais » (Allana).

Pourtant, même si Anna n'a pas accès à un médecin de famille francophone, celle-ci mentionne pouvoir accéder à des services en français si elle le voulait : *« Je suis chanceuse à Ottawa, parce que je connais beaucoup de monde qui parle français ou que des services où je peux avoir accès, parce que je travaillais en milieu, dans un centre hospitalier »*. Bref, pour quelques participantes, la disponibilité des services peut engendrer certaines frustrations, mais ne les empêchent pas d'accéder à des services de santé.

2.1.2.3 Le transport et le lieu du domicile

Une autre réalité soulevée par nos participantes concerne le transport et la proximité des services disponibles en français. Pour une participante, il est de toute évidence que la distance

entre son lieu de domicile et les services sociaux et de santé en français est un défi particulier dans l'expérience de celle-ci :

« Non [il y a aucun service de santé en français], parce que je demeure maintenant dans le sud d'Ottawa (...) puis c'est pas mal anglophone (...) Je demeurais à [l'est d'Ottawa], avant, donc j'aurais pu avoir un médecin francophone. Mais quand tu restes au centre-ville, ça fait quand même assez loin pour retourner (Anna) ».

Les propos de cette participante illustrent le manque de services sociaux et de santé disponibles dans l'ensemble de la ville d'Ottawa. Plusieurs services sont donc disponibles dans des endroits où il y a un plus grand nombre de francophones, et ce, malgré la *Loi sur les services en français*. Cette citation d'une participante appuie également cette idée : *« Alors, si je vais pour des mammographies par exemple, ou, si je sors de certains secteurs, là j'ai plus de chance de tomber sur des anglophones. Alors des gens qui parlent pas français »* (Allana).

Dans le même sens, une participante doit parfois dépendre sur un service de transport pour aller à ses rendez-vous médicaux. Elle indique que ce service n'est pas toujours offert par un employé francophone :

« Bon ben t'sais comme, là où c'est en anglais, pour avoir, par exemple, des services de transport pour m'amener à un rendez-vous médical, si je dois, si ça doit se faire sous anesthésie puis je peux pas conduire ni être seule, pis ça c'est, il y a un francophone pis les autres, ce sont des anglophones » (Allana).

Deux autres participantes ont également fait référence à l'enjeu du transport et du lieu de domicile dans leurs propos. Celles-ci ont plutôt fait mention des difficultés qui pourraient survenir, quoiqu'elles ne parlent pas nécessairement de leur propre expérience :

« Les femmes moins fortunées n'auront pas d'automobiles et donc, aller dans l'ouest de la ville, disons pour courir les spécialistes ou dans le sud de la ville, ce n'est pas évident en autobus » (Florence).

« Oui surtout, là où on a des, des infrastructures comme des transports en commun, ça ça nous donne, c'est plus facile de se déplacer. Si tu es dans des régions un peu isolées et rurales où il n'y a pas de transports en commun, où il y a une grande distance pour les

personnes pour se rendre, soit au village pour avoir, pour aller faire l'épicerie, pour aller voir le médecin, ou pour aller voir, ou peut-être qu'il y a un dentiste qui va venir une fois par mois ou un ophtalmologiste qui va venir, t'sais une fois de temps en temps. Et puis, oh, pas du tout, t'sais, il faut aller à deux heures de voiture pour avoir accès à des services professionnels de santé. Dépendamment où tu vis. Si tu vis dans une région où les services sont à proximité, ou tu peux y aller à pied, ou t'as des transports en commun, c'est facile d'accès. Alors ça fait une différence » (Allana).

Tout comme les propos d'Anna ci-haut, ces deux participantes mettent en lumière la difficulté d'accéder à des services sociaux et de santé dans certaines régions de la ville d'Ottawa, mais aussi dans les milieux ruraux.

2.1.2.4 Le temps d'attente

Pour accéder à des services de santé dans leur langue, le temps d'attente peut s'avérer plus long. Il s'agit d'un défi très frustrant pour une participante :

« Oui, de fait. Et c'est frustrant parce que je suis le genre de personne qui est toujours très occupée et attendre pour obtenir des services dans ma langue, ça m'écoeure parce que je me dis qu'on devrait être capable d'avoir des services immédiats en français, mais ce n'est pas le cas (...) "Attendez madame, je vais voir s'il y a quelqu'un qui peut vous servir en français". Ben là, des fois quand t'es pressé, ben de valeur, mais je vais dire "laissez faire, je parle anglais". C'est ce qui arrive, je veux, si moi qui est tellement pro francophone, pro francophonie, je vais m'exprimer en anglais pour sauver du temps, c'est, c'est le cas pour beaucoup de francophones malheureusement » (Florence).

En concordance avec ces propos, une participante confirme cette réalité à laquelle font face plusieurs groupes en situation francophone minoritaire : *« Si j'aurais insisté que ce soit uniquement en français, oui, oui » (Anna)*. Par contre, le temps d'attente ne constitue pas un défi important pour deux participantes :

« [J'attends] pas vraiment parce que les milieux qu'on fréquente sont habituellement assez francophones [fait référence à l'Hôpital Montfort] (...) je trouvais que les délais étaient raisonnables » (Stéphanie).

« Non, non. Ça c'est pas, ça n'a jamais été un facteur, dans mon cas, ça n'a jamais été un facteur de me mettre en attente. Ce n'est pas à cause de la langue, t'sais. Tu as des rendez-vous qui sont plus, transiges, t'sais. Bon, ben, t'es pas. Mais règle générale, au niveau de

mes temps d'attente, c'est, c'est dans la même semaine avec les professionnels de la santé » (Allana).

Le temps d'attente semble donc être un facteur qui influence le vécu de chaque participante différemment.

2.1.2.5 Le manque de médecins spécialisés

Les récits de la majorité de nos participantes montrent qu'il peut être complexe d'accéder à des médecins spécialisés pouvant offrir des services en français en contexte linguistique minoritaire. À cet effet, elles sont quelques-unes à évoquer ce défi :

« Mais c'est pas évident. Comme je dis, surtout dans le cas des spécialistes là » (Florence).

« La plupart [des médecins spécialisés] parlait français même s'ils étaient anglophones. Mais, il y a quelques-uns évidemment qu'il ne parle pas le français du tout. Ça, c'est sûr » (Stéphanie).

Même si Allana a quasiment toujours eu des suivis avec des spécialistes dans sa langue, elle insiste qu'il s'agit d'une situation d'exception : *« Et puis, pour ses références à des professionnels de la santé et tout là, c'est en toujours en français. Je touche du bois »*. Pour une autre participante, elle préfère plutôt obtenir des services de santé offerts par un spécialiste anglophone, que par un médecin généraliste francophone :

« Oui, j'ai un ophtalmologue, il est anglophone. (...) Mon optométriste est francophone, il me parle en français, mais c'est pas de lui que j'ai besoin parce que je souffre de glaucome. (...) Mais quand tu deviens super spécialisé, j'aime mieux, pour moi, je ne sais pas pour les autres, moi j'aime mieux avoir la qualité, de, de son expertise. Moi, ça m'est égal, je veux avoir le meilleur. Faque, moi je me fais suivre par un ophtalmologue, disons, qui fait beaucoup beaucoup de recherches puis, qui est à l'Institut de l'Œil justement. Faque je suis fière de ça, d'être servi là. Les infirmières sont francophones, mais lui il est tellement spécialisé dans la maladie d'œil que j'ai, que ça vaut la peine » (Anna).

Toutefois, cela illustre très bien le manque de médecins spécialisé capable d'offrir des services de santé en français en contexte minoritaire.

2.1.3 Lutte perpétuelle pour l'offre active

Selon Bouchard, Beaulieu et Desmeules (2012, p. 46), l'offre active se définit comme suit : « l'offre active peut être considérée comme une invitation, verbale ou écrite, à s'exprimer dans la langue officielle de son choix. L'offre de parler dans la langue officielle de son choix doit précéder la demande de services ». Dans ce sens, l'ensemble des participantes ont évoqué que l'offre active au sein des réseaux de santé de la région d'Ottawa est manquante. D'une part, les participantes doivent demander pour obtenir des services dans leur langue :

« Oui je demande en français : "Il y a tu quelqu'un qui parle français ?" (...) Faque partout où je vais, je leur demande » (Anna).

« Oui. Ça fait que je fais des vérifications pour voir si c'est possible d'avoir un service en français » (Allana).

« Mais règle générale, je trouve que faut que tu demandes pis faut que t'insistes un peu. (...) Et puis s'ils parlent le moindrement français, je m'exprime en français. Mais, à venir jusqu'à présent, moi j'ai été assez bien servi quand même » (Stéphanie).

Ces propos illustrent le désir des participantes de vouloir obtenir des services dans leur propre langue. De plus, deux participantes mentionnent que si les francophones en contexte minoritaire ne le demandent pas, ils n'auront pas de services en français :

« Mais c'est la job, entre guillemets des francophones de s'adresser en français, partout où ils vont, de s'adresser d'abord en français, mais faute de temps, parce qu'on est tout le monde court après le temps, ben des fois, on ne se donne pas la peine de faire ça. C'est bien dommage » (Florence).

« Parce que je trouve qu'il faut toujours se débattre pis si on demande pas, on aura pas » (Stéphanie).

D'autre part, les participantes sont d'accord qu'elles doivent également rechercher les services en français :

« Il faut, il faut chercher, il faut savoir comment chercher et où chercher » (Florence).

« Je les cherche. Alors, puis, quand, puis quand je vais, je chercher, t'sais. Là, je demande : "Est-ce qu'il y a des francophones ?", "Est-ce que le professionnel est francophone ?". Si on me dit oui, je vais y aller. Si on me dit non, ben j'irai pas » (Allana).

L'offre active demeure donc négligée, ce qui influence l'accès aux services sociaux et de santé en français des participantes de manière négative. Par contre, Stéphanie soutient que certains professionnels tentent de promouvoir le français : *« Et puis, mais, y'a un effort je pense qui est fait, mais pas par tout le monde évidemment »*. De plus, certains endroits ont très peu de personnel bilingue :

« Je veux dire, le personnel à la réception, il va y avoir au moins une personne dans les hôpitaux là. Il va avoir au moins une personne à la réception qui va être francophone » (Florence).

En ce sens, Florence ajoute que le français n'est pas une priorité dans le cabinet de son médecin de famille :

« Parce que c'est pas la priorité dans les cabinets de médecins [les services en français] (...) 30 ans plus tard, c'est la première année où il y a au moins une personne à l'accueil, à la réception qui est francophone. 30 ans plus tard » (Florence).

Bref, par ces propos, il est possible de constater que l'offre active demeure défaillante.

2.1.4 L'importance d'une personne et de services pivots

Deux participantes ont indiqué qu'une personne et des services pivots ont facilité leur navigation dans le système de santé pour obtenir des services en français. D'abord, le médecin de famille francophone d'Allana lui permet d'être référé à des spécialistes qui offrent des services en français :

« Règle générale, je passe par des, je demande à mon médecin de me référer à des professionnels. Alors en me référant à des professionnels, les probabilités d'avoir des francophones, parce qu'elle connaît son réseau, elle connaît ses professionnels qui travaillent avec elle. Puis, elle sait que je suis francophone. Donc, elle, elle va me référer à des professionnels en français ».

À cet effet, elle ajoute que le premier contact est décisif dans la quête vers des services en français :
« *Parce que ça dépend toujours de ton premier contact. Alors, donc ça, c'est avec mon médecin de famille qui est super, super bonne* ». À ce propos, une participante reconnaît que son réseau de travail lui a permis de connaître des services offerts en français :

« Je suis chanceuse à Ottawa, parce que je connais beaucoup de monde qui parle français ou que des services où je peux avoir accès, parce que je travaillais en milieu, dans un centre hospitalier puis je travaillais étroitement avec des travailleuses sociales, ça jamais été un problème » (Anna).

D'ailleurs, la ligne téléphonique 211 est un outil utilisé par une des participantes pour faciliter sa navigation au sein des services. À ce sujet, cet outil permet de l'aiguiller vers les services nécessaires :

« Mais si j'avais besoin d'une travailleuse sociale, je serais où m'adresser, parce que je peux toujours appeler le 211 de la ville d'Ottawa. Puis que je le dis à tout le monde ça. Le 211 pour avoir des services, puis je m'organiserais pour avoir quelqu'un de francophone » (Anna).

Elle reconnaît que cet outil est très utile pour l'aider à trouver des services et mentionne que ce n'est pas tout le monde qui est au courant :

« Mais, ma voisine, c'est que les gens manquent d'information. Ma voisine, elle savait pas que ça existait le 211. Le monde dit : "Ben we don't know where...", t'sais : "On ne sait pas où appeler". Tu as besoin de l'aide pour tes soins à la maison, t'appelles 211, pis ils sont supposés te trouver un endroit francophone où que tu peux appeler. Absolument » (Anna).

Dans le même ordre d'idées, Allana indique que le site internet de la ville d'Ottawa a été un outil efficace pour qu'elle puisse accéder à des services dans sa langue :

« Quand je suis arrivée à Ottawa, bon, je suis une personne seule. Alors où est ce que je peux trouver des services pour les personnes vieillissantes à Ottawa ? Donc je suis allée sur le site, avec la Ville d'Ottawa, j'ai trouvé le [nom d'un organisme] puis là, j'ai, ils ont des conférences [en français] tous les mois ».

Tout compte fait, ces extraits montrent qu'une personne pivot ou des services ont permis à deux participantes de trouver des services disponibles pour elles dans leur langue, ce qui est bénéfique.

2.1.5 Les services sociaux *versus* les services de santé

À la lumière des extraits d'entrevues ci-haut, accéder à des services de santé en français peut être difficile pour les participantes. Cette section permettra de mettre en lumière les variations existantes entre l'accès aux services sociaux et l'accès aux services de santé. D'abord, une participante indique que les services sociaux auxquels elle a accès sont francophones, contrairement aux services de santé : « *C'est vraiment pas une priorité, et je crois nulle part ! Sauf pour, dans des organismes qui sont francophones pour servir la population francophone [c'est une priorité d'offrir des services en français]* » (Florence). Contrairement aux services de santé, la majorité des participantes s'épanouissent au sein d'organismes francophones :

« Bon, là, il faut s'entendre sur ce qu'on entend par des services sociaux. Je fais, je suis membre du [nom d'un organisme francophone] qui est un centre francophone pour aînés et je participe à plusieurs de leurs activités. Je fais aussi partie de [nom d'un organisme francophone], qui est aussi un organisme qui dessert les aînés, ben les aînés, les retraités, les retraités francophones et je fais partie du [nom d'un organisme francophone] aussi (...) Voilà. Et évidemment, tout se passe en français dans ces centres communautaires là » (Florence).

« Parce que je suis à la retraite, j'ai recherché des centres pour des personnes retraitées uniquement francophones. Je fais partie du centre, du [nom d'un organisme francophone]. Puis, ensuite, je fais partie du [nom d'un organisme francophone] où je suis active membre, en plus de faire du bénévolat. Puis vendredi la semaine dernière, j'ai joint le [nom d'un organisme francophone], qui est un autre groupe. Je fais partie de [nom d'un organisme francophone]. Faque, toute ma vie est francophone » (Anna).

« J'ai trouvé le [nom d'un organisme francophone] puis là, j'ai, ils ont des conférences tous les mois. Alors tout ce qui est relié à notre, à notre vieillissement, des enjeux, de la sécurité, la santé et prévenir les chutes, prévenir les chutes, oui c'est important. (...) Il y a une programmation en anglais pis une programmation en français au [nom d'un organisme francophone] » (Allana).

Florence stipule aussi qu'elle a pu accéder à des services pour contrer la violence à caractère sexuel en français : « *J'ai suivi des sessions d'entraide pour les femmes qui ont subi des abus sexuels. Et, j'ai pu les obtenir ça en français (...) c'était à Vanier* » (Florence). De plus, pour rester actif

physiquement, Allana participe à des activités avec la ville d'Ottawa. Toutefois, celle-ci n'a pas accès à des cours en français :

« Et puis, pour mes activités de conditionnement physique ça c'est en anglais. Je n'ai pas de francophone là. Moi je vais au centre pour les personnes âgées et les moniteurs c'est des anglophones. (...) ça fait partie des services récréatifs de la Ville d'Ottawa. Alors, un centre consacré aux personnes âgées » (Allana).

À l'inverse des autres participantes, Allana accède à des services de santé majoritairement en français, et à des services sociaux en anglais. Elle explique l'accès difficile à des services sociaux en français ainsi : *« Ouais, mais c'est plus en anglais, comparativement aux services de santé. Quand tu rentres dans les ramifications, que tu éloignes des gros services de professionnels, où on compte plus sur des bénévoles, là c'est plus difficile d'avoir des francophones » (Allana).*

2.2 La question du genre

Le second thème abordé avec les participantes est le fait de s'identifier comme une femme et leur accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire. À ce sujet, deux éléments clés ont su retenir notre attention : l'éducation des femmes et le rôle genré des femmes. Les participantes ont toutefois moins développé ce thème. Nous tenons à rappeler que ces femmes se trouvent en situation privilégiée.

Avant tout, les participantes font majoritairement référence aux expériences des femmes qu'elles connaissent, plutôt que la leur. Le fait de s'identifier comme une femme n'a pas joué un rôle déterminant en lien avec leur accès aux services sociaux et de santé selon l'ensemble des participantes. À titre d'exemple, voici deux extraits pertinents qui montrent les réalités vécues par des femmes dans la région d'Ottawa :

« Faut que je dise que la plupart, beaucoup de mes amies, c'est des infirmières, faut je dise. Mais je me suis faite d'autres amies, non, puis aux autres aussi, elles se font servir en français parce qu'elles viennent d'Ottawa » (Anna).

« Mais pour moi, le fait que je suis bilingue comprend-tu que je peux toujours me débrouiller sans problème. Mais pour les femmes qui sont strictement francophones, elles doivent rencontrer des difficultés certainement » (Stéphanie).

Selon le vécu des participantes, elles reconnaissent que certaines femmes peuvent rencontrer des difficultés dans l'accès aux services sociaux et de santé.

2.2.1 L'éducation des femmes

En raison de l'éducation effectuée auprès des femmes, quelques participantes croient que cela peut avoir un impact négatif à l'égard de l'accès aux services sociaux et de santé. D'une part, recevoir des services de santé en français dans les régions désignées au Canada constitue un droit, qui n'est pas toujours connu de tous : *« Mais, je sais que le problème c'est que les femmes des fois, si elles n'ont pas l'éducation, elles ne savent pas qu'elles peuvent exiger d'avoir du personnel français pour les aider, t'sais » (Stéphanie).* D'autre part, les connaissances à propos du fonctionnement du système de santé sont importantes pour accéder aux services :

« Et aussi, l'éducation d'une femme fait beaucoup, a beaucoup à voir dans sa débrouillardise à se trouver de l'aide, que ce soit de l'aide psychologique, que ce soit de l'aide pour, pour son état de santé. Je crois, je suis convaincue que plus une femme a de l'éducation, plus c'est facile pour elle de se trouver de l'aide en santé, peu importe la forme de soin dont la personne a besoin » (Florence).

Les connaissances à propos du système de santé, des ressources offertes et des droits linguistiques de chacune semblent donc engendrer des impacts quant à l'accès aux services sociaux et de santé.

2.2.2 Le rôle genré des femmes

Plus encore, les multiples rôles que portent les femmes dans notre société sont un facteur nommé par deux participantes. En effet, les responsabilités de plusieurs femmes peuvent affecter l'accès aux services sociaux et de santé :

« Alors, c'est, mais comme je dis, je suis à la retraite, j'ai davantage de temps pour faire ce genre de choses là. Pis les gens qui sont, les femmes là, les femmes qui sont mère de famille, qui travaillent, qui doivent entretenir une maison pis des fois sans l'aide d'un conjoint, c'est du sport et ce genre de, de, de recherche ou de demande de soins de services en français, ben, tu sais quoi, il y a d'autres feux à éteindre, qui sont plus urgents, malheureusement » (Florence).

Dans ce sens, Florence mentionne que le rôle des femmes peut prendre beaucoup de temps, de sorte à ne pas exiger des services dans leur langue : *« Mais pour la majorité de la population qui, au travail, encore au travail, pour les femmes francophones qui portent beaucoup, plusieurs différents chapeaux et ben, c'est souvent plus facile de, de ne pas exiger de se faire servir en français »*. De même, les arrêts de travail en lien avec le rôle des femmes peuvent avoir un impact sur le revenu et l'accès aux soins de santé à la retraite : *« Puis, moi, je suis une femme sans enfant. Donc, j'ai pas eu recours au congé de maternité et... Mais définitivement, ça peut avoir un impact [sur la retraite et l'accès aux soins] » (Allana).*

2.3 Les réalités structurelles

Le troisième thème abordé lors des entrevues est celui des réalités structurelles en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire. Les récits des participantes dans cette étude ont permis de dégager plusieurs composantes qui façonnent leur expérience au sein des services sociaux et de santé et leur vie en contexte francophone minoritaire, dont : l'assimilation linguistique, le bilinguisme et les lois.

2.3.1 L'assimilation linguistique

Les récits de la majorité des participantes de notre étude ont fait référence au concept d'assimilation au point de vue linguistique. Plus précisément, deux participantes ont indiqué devoir étudier en anglais malgré elles :

« Fait que j'avais eu toute, jusqu'en 8e année en français. Puis ensuite, tu t'en vas à [nom d'une ville dans le nord de l'Ontario] où l'école secondaire était anglophone (...) Le prof était français (...) Et puis on était tous francophones, puis ils nous enseignaient en anglais. C'était la loi dans ce temps-là. Ça fait qu'une fois que tu as passé par ça, Vanessa, t'as pas le choix [de militer] » (Anna).

« Mais on avait des livres anglais, mais on nous enseignait en français. Pis fallait étudier avec des livres anglais, ça, c'est pas correct. Pis ça, ça se passe encore » (Stéphanie).

Ces extraits illustrent que l'anglais a été la langue prédominante pour leur éducation de sorte qu'elles apprennent obligatoirement une langue seconde, ce qui constitue un préjudice important pour celles-ci. D'ailleurs, pour Florence, un incident qu'elle a vécu en 1967 à une université à Sudbury fait ressortir le caractère pessimiste du groupe majoritaire envers les groupes francophones minoritaires :

« Et, il y avait un snack-bar et j'étais, je voulais m'acheter un café. J'ai demandé : "Un café s'il-vous-plait". Puis la personne qui travaillait derrière le comptoir m'avait dit : "Speak white". Pis à l'époque, à Sudbury, c'était au moins à 40 % francophone. Et là, ça m'avait tellement insultée, tellement insultée » (Florence).

L'expression péjorative « speak white » est une insulte utilisée dans le but d'agresser ceux qui ne parlent pas l'anglais, visant l'assimilation linguistique des groupes minoritaires. Dans ce sens, plusieurs participantes s'adressent en anglais, par habitude :

« C'est question aussi de, du, malheureusement, d'une attitude d'assimilé. Et même moi, à l'occasion, je me surprends, à la caisse, disons quand j'arrive à une caisse, peu importe où je suis, de m'exprimer en anglais, en premier lieu, par habitude. Et ça là, je me, je me tape sur les doigts quand je fais ça, parce que je m'impressionne pas à ce moment-là, d'avoir oublié de m'adresser en français. Et c'est le cas de beaucoup de francophones et la ville étant à majorité anglophone, le personnel dans les commerces étant aussi à majorité anglophone, on, ça devient un automatisme malheureusement. Et quand c'est devenu un automatisme, c'est difficile de perdre la mauvaise habitude » (Florence).

« Parce que la loi du moindre effort souvent avec des gens qui ont un peu de difficultés, c'est que tu t'en vas en anglais » (Stéphanie).

Notamment, une participante mentionne que le français n'est pas jugé comme étant important pour plusieurs : *« [Ils] ne voient pas nécessairement l'utilité de le devenir non plus [bilingue]. Pis ça c'est pas juste pour les médecins, ça va pour les infirmières, ça va pour tout le monde qui nous procure des soins de santé quelconque »* (Florence). De plus, considérant que le français n'est pas une langue majoritaire en Ontario, parler anglais est considéré comme étant essentiel pour Stéphanie et intériorisée par cette dernière : *« C'est difficile pour certains gens de parler français, mais ça, ça fait partie de vivre au Canada, faut être bilingue »*.

Une autre participante soutient que l'éducation et la socialisation en anglais pour les francophones peuvent engendrer une perte de confiance dans leur langue maternelle, et ceux-ci continuent ainsi de parler en anglais :

« Alors, puis souvent là, t'sais, comme, avec les stéréotypes aussi. Puis tellement habitués, ceux qui ont été socialisés, éduqués, scolarisés dans une autre langue, qui ont l'habitude de l'autre langue plus que de la langue maternelle. Et souvent, il peut il y avoir une gêne aussi à s'exprimer parce qu'on parle pas assez bien. Alors que par rapport à certains standards qui sont établis » (Allana).

La prédominance de l'anglais au Canada a donc pour effet de minimiser la langue minoritaire, ce qui se transmet dans les comportements linguistiques des francophones en situation minoritaire.

2.3.2 Le bilinguisme

En lien avec ce qui précède, la majorité des participantes ont fait référence au fait qu'elles sont bilingues, ce qui facilite leur quotidien et leur accès aux services sociaux et de santé :

« Ben, heureusement que je suis bilingue parce que ça serait très frustrant de m'exprimer en anglais tout le temps si j'étais pas très, je veux dire, je m'appellerais pas parfaitement bilingue, mais, vraiment bilingue » (Florence).

« Mais pour moi, le fait que je suis bilingue comprends-tu que je peux toujours me débrouiller sans problème » (Stéphanie).

« Quoique, je suis très, mon mari est anglophone. Faque je m'exprime quand bien même en anglais » (Anna).

Ces extraits montrent que le bilinguisme constitue une conséquence structurelle de leur vie. En effet, l'environnement sociétal des participantes a eu et continue d'avoir un impact sur leur vie, que ce soit, par exemple, l'éducation obligatoire en anglais. Ainsi, puisque les participantes parlent anglais, celles-ci ont indiqué utiliser cette langue dans leur quotidien pour plusieurs raisons. D'une part, il est plus facile d'obtenir des services en anglais :

« Des fois, la loi du moindre effort, plutôt que d'attendre pour quelqu'un qui vient te parler français quand tu parles anglais, on va dire, tu vas "switcher", comme qu'ils disent "switch", mais ça, on devrait pas faire ça » (Stéphanie).

« Parce que des fois je connais des gens, ben oui, mais j'y dis, tu dis, le monde va dire : "Can I help you?". C'est facile de répondre en anglais. Les francophones, on est bilingue. Les anglophones ne le, souvent ne le sont pas » (Anna).

D'autre part, en raison de son habileté dans les deux langues et de la dominance de l'anglais, il s'agit d'une habitude pour Florence : *« Et même moi, à l'occasion, je me surprends, à la caisse, disons quand j'arrive à une caisse, peu importe où je suis, de m'exprimer en anglais, en premier lieu, par habitude »*. Cette habitude peut s'expliquer par le fait que les groupes francophones minoritaires sont sollicités par l'anglais de manière constante.

2.3.3 Les lois

Plus encore, plusieurs participantes ont fait mention des lois qui existent pour protéger les droits des francophones au Canada. Un élément qui s'est dégagé des entrevues est le fait que plusieurs ne connaissent pas leurs droits en termes de services de santé et sociaux en français dans les régions désignées de la province de l'Ontario. En effet, ces extraits appuient cette idée :

« Alors il y a beaucoup de gens qui sont pas au courant des droits. Il y a beaucoup de gens qui pas informés. Ils l'apprennent par une personne interposée. Que, il y a des services qui existent et qu'on peut les demander [en français] » (Allana).

« Elles ne connaissent pas leurs droits pis elles n'exigent pas d'avoir quelqu'un en français pour les aider, ben là, il peut avoir des problèmes c'est sûr » (Stéphanie).

En ce sens, Anna soutient qu'obtenir des services en français est un droit :

« Mais je sais que la loi, je viens juste d'avoir une session là-dessus, c'est que les gens sont supposés te dire "bonjour" ou "hi" quand qu'ils t'adressent (...) ils sont supposés offrir des services en français » (Anna).

Le fait de ne pas être informé de ses droits peut ainsi influencer négativement l'offre des services en français.

3. Pistes d'actions proposées par les participantes

Dans le but de faciliter l'accès aux services sociaux et de santé des femmes âgées en contexte francophone minoritaire, les participantes ont proposé plusieurs pistes de solutions dont : améliorer l'offre active et les lois, exiger d'être servi en français, le militantisme et miser sur la vie francophone dans les communautés. D'abord, l'ensemble des participantes ont nommé l'offre active et exiger d'être servies en français comme solution :

« Il faut que les gens, faut que les gens demandent des services en français. Mais encore là, il faut prendre le temps de le faire » (Florence).

« Il y a toujours de l'amélioration partout, partout, partout, partout, toujours. Mais la seule façon que je peux voir c'est d'exiger qu'on ait du français » (Stéphanie).

Il faut également faire la promotion des services de santé en français et inviter de manière proactive les personnes à communiquer en français :

« Et puis, il faut en faire la publicité, t'sais, comme on dit on le met sur des papiers, on l'affiche, mais la radio, à la télévision, faire des campagnes de sensibilisation. (...) Mais, c'est à l'ensemble de la population. (...) Faut l'offrir, il faut en faire la publicité. Et que les gens soient au courant, qui ont droit. Et puis que c'est possible. S'ils le veulent, s'ils le souhaitent, oui. Vous pouvez l'avoir, pour les faire connaître » (Allana).

Dans ce sens, la documentation, les affiches et le personnel doivent également être bilingues :

« La documentation faut que toute la documentation sur tout ce qui est véhiculé au niveau santé soit bilingue. Je vois que certains hôpitaux ont de la documentation bilingue, ce qui est important parce que j'ai fait affaire avec un hôpital dernièrement, et puis la documentation préopératoire était autant en français qu'en anglais, donc ça, c'est très important. Il faut maintenir ça, puis exiger s'il y en a pas parce que c'est pour notre bien-être ça, puis c'est très important. (...) À part de ça, toutes les, toutes les affiches, faut qu'elles soient bilingues, qu'est-ce qui doit être bilingue ? Ben, le personnel évidemment » (Stéphanie).

« Alors, pour rejoindre, puis faire des affiches et promouvoir les services en français, t'sais comme, faire des, afficher dans les deux langues par exemple. (...) Et puis, ça va aider finalement à faire appel à des services en français et inciter les gens à demander » (Allana).

Pour une participante, il faut non seulement exiger les services de santé en français, mais elle soutient qu'il faut absolument miser sur l'offre : *« Mais je pense qu'il faut en faire, faut avoir des moyens de faire la promotion et de pas compter sur la demande, mais miser sur l'offre, alors l'offrir puis l'indiquer, puis l'annoncer, et la demande va venir, éventuellement » (Allana).* Dans le même ordre d'idées, il est important d'annoncer de manière visible que les services en français sont disponibles à tout moment :

« Ou, le monde, si jamais tu as un bureau, si tu marques les deux langues : " Bonjour/Hi ", le monde va savoir tout de suite que tu peux t'adresser. Tu vois, partout à Ottawa, comme Service Ontario qui sont des services sociaux, dans le fond là, pour aider, pis c'est toujours marqué : " Hi/Bonjour " » (Anna).

De plus, la plupart des participantes reconnaissent qu'il faut agir au niveau structurel pour engendrer des changements. En effet, plusieurs participantes indiquent qu'il doit y avoir des modifications auprès des décideurs: *« Finalement, ça revient au PDG des institutions de santé, de, de chercher du personnel bilingue, mais encore là, le personnel bilingue est difficile à trouver » (Florence).* Pour Allana, il est important que l'information sur l'offre des services en français se transmette au cœur du système de santé :

« Mais il y aurait quand même, je pense, des protocoles à améliorer avec la province, avec la ville pour s'assurer que l'information circule dans le réseau. Il y a RLISS qu'on appelle là, le réseau d'information là. Alors, ça c'est une source. Mais que ça passe via le grand réseau dans tous les petits centres, dans toutes les ramifications à plus bas niveau où on travaille directement avec les clients » (Allana).

Ensuite, quelques participantes font référence aux lois et aux instances gouvernementales. Pour celles-ci, il est important que les personnes responsables des lois prennent conscience des besoins des communautés francophones minoritaires :

« Si tu as des conseillers qui se présentent au municipal, je veux savoir s'ils parlent français. C'est important, parce qu'ils défendront pas nos droits nulle part s'ils sont pas francophones, des choses comme ça » (Stéphanie).

« Je pense que quand on parle, mais avec, naturellement avec les lois provinciales. Alors on sait comment ça fonctionne la vie d'un gouvernement. C'est quatre ans, puis c'est se faire réélire, alors on travaille pour la majorité. Mais même si tu travailles pour la majorité, il faut trouver des brèches là où il y a des portes, où tu peux mettre ton pied dans porte et puis faire des exercices de sensibilisation et de promotion sans que ça enlève rien à la majorité » (Allana).

Dans le même ordre d'idées, des améliorations au niveau sociétal, plus précisément dans le milieu de l'éducation, sont une solution que deux participantes ont soulevée. Effectivement, il est important pour les personnes de vivre en français de manière globale pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé :

« Il faut continuer à influencer nos jeunes dans nos programmes de scolarisation, tout jeune, à la maison, à l'école élémentaire. Ça aussi faut faire, il faut travailler avec le réseau des écoles, dans les différentes institutions. Alors ce n'est pas seulement la santé comme telle, mais ça englobe, il faut avoir une approche globale (...) il faut continuer de travailler à tous les niveaux » (Allana).

Suivant cette perspective, Stéphanie stipule qu'il est important que le français soit bien enseigné :

« Mais je trouve que même dans le système scolaire, il devrait y avoir une amélioration sur l'enseignement. (...) En Ontario, il y a beaucoup de jeunes qui arrivent à l'université pis qui savent pas écrire le français. (...) Alors il y a un enseignement qui est défectueux en quelque part, t'sais » (Stéphanie).

Ces propos illustrent que l'utilisation de la langue française dans différents milieux ou contextes de vie permettrait d'augmenter la vitalité de ce groupe linguistique, la promotion de la langue minoritaire et de contrer la perte de l'usage du français.

Enfin, une dernière solution est en lien avec le militantisme effectué par toutes les participantes de cette étude. Les participantes ont milité et se sont battues pour leurs droits tout au long de leur vie :

« Je demande, écoute, moi je suis très francophone, j'ai revendiqué les droits des francophones toute ma vie et donc, je, oui, je demande en français » (Florence).

« Puis on s'est tellement battu pour avoir nos écoles françaises. (...) Ça fait qu'une fois que tu as passé par ça, Vanessa, t'as pas le choix » (Anna).

Leurs actions de militantes dans le passé demeurent dans leurs discours. En effet, il est important de continuer la lutte pour nos droits en tant que francophone en contexte linguistique minoritaire :

« Alors, il faut travailler, il faut être vigilant, il faut continuer, le combat n'est jamais fini. Il y a rien d'acquis, jamais. Parce que tu penses que c'est un droit et que tu l'automatiquement. Non. Alors, ça faut travailler là-dessus » (Allana).

« Si nous autres on le fait pas là. Si on ne donne pas l'exemple pis si on se débat pas, ben qu'est-ce que tu penses qui va arriver. On va la perdre notre langue. Notre langue est riche. Alors, il faut la maintenir » (Stéphanie).

Les multiples recommandations des participantes pour améliorer l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire s'inscrivent dans leurs vécus et visent des changements proactifs sur plusieurs niveaux.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Ce projet de recherche avait pour objectif d'explorer les expériences de femmes âgées en contexte francophone minoritaire en matière d'accès aux services sociaux et de santé. À cet effet, les principaux éléments de l'analyse thématique des données seront discutés en lien avec la littérature existante suivant les postulats de notre cadre théorique. Comme discuté au deuxième chapitre, la théorie féministe intersectionnelle s'appuie sur le postulat indiquant qu'il existe plusieurs axes de discrimination qui se croisent, se chevauchent et se combinent de manière complexe et cumulative de sorte à façonner les expériences des femmes. Dans ce projet de recherche, il s'agit de comprendre la manière dont les multiples identités des participantes (genre, âge, langue) jouent un rôle dans l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire.

Ce présent chapitre est composé de quatre sections. Dans un premier temps, l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire sera discutée. Dans un second temps, le rapport majoritaire-minoritaire (anglophone *versus* francophone) qui s'articule dans la société canadienne est exposé. Troisièmement, certaines pistes de réflexion concernant de futures recherches en lien avec notre sujet seront explorées. Pour terminer, les limites de cette recherche seront exposées.

1. L'accès à des services sociaux et de santé en français contexte linguistique minoritaire

1.1 Indisponibilité et manque de ressources

Malgré le haut taux de bilinguisme, la grande majorité des francophones en contexte minoritaire, dont les participantes de ce projet de recherche, préfèrent obtenir des services en français (Gagnon-Arpin et al., 2014). En concordance avec la littérature, les participantes ont fait

mention de la facilité de s'exprimer dans leur langue maternelle, car les mots et les expressions sont chargés d'une valeur affective plus complète, complexe et automatique (Drolet, Savard, & Laforge, 2017).

Cela dit, les résultats de notre projet de recherche correspondent aux propos de plusieurs auteurs qui révèlent que les francophones en contexte minoritaire font toujours face à des obstacles pour obtenir des services de santé dans leur langue (Bouchard et al., 2015; Drolet, Savard, et al., 2014; Savard et al., 2017). En effet, les femmes âgées en contexte francophone minoritaire de notre étude ont affirmé être confrontées à un manque de ressources en termes de services de santé dans la langue de minorité. En lien avec la littérature, quelques défis spécifiques justifient la perpétuité de cette difficulté. D'abord, il est possible de constater dans les récits des participantes qu'il y a une lacune de professionnels bilingues (Savard et al., 2017). Les professionnels qui sont en mesure de s'exprimer adéquatement dans les deux langues se font d'exception de même qu'ils n'affichent pas nécessairement leur bilinguisme (De Moissac & Drolet, 2017). D'ailleurs, quelques participantes ont dû attendre plus longtemps pour obtenir des services de santé dans leur langue, ce qui constitue un obstacle important pour les groupes en situation minoritaire (Drolet et al., 2015). Dans ce sens, la majorité des participantes de ce projet de recherche ont un médecin de famille anglophone, ce qui concorde avec Gagnon-Arpin et ses collaborateurs (2014) qui indiquent que moins d'un tiers des francophones âgés de 65 ans et plus ont un médecin de famille francophone. Plus encore, les femmes âgées en contexte francophone minoritaire ont de la difficulté à consulter un spécialiste quelconque en français. Même si Ottawa est généralement considéré comme étant une ville bilingue, Drolet et ses collaborateurs (2014) soutiennent qu'il est encore difficile d'accéder à des services sociaux et de santé en français, spécifiquement sur un continuum de soins et de services, et de recruter des médecins spécialistes bilingues.

À cet égard, nos résultats de recherche corroborent avec de nombreux auteurs (Carbonneau & Drolet, 2014; De Moissac & Drolet, 2017; Drolet et al., 2015; Gagnon-Arpin et al., 2014; Savard et al., 2017). Ces derniers dénoncent notamment le manque de ressources adaptées et complètes en français, le manque de personnel bilingue et les temps d'attente comme étant des obstacles importants dans l'accès aux services et engendrant des conséquences majeures sur la santé des groupes en situation francophone minoritaire au Canada. Il est important de préciser que les propos d'une participante divergent de la littérature à ce sujet, car cette dernière accède à des services de santé dans la langue minoritaire au sein des services de santé de l'Université d'Ottawa. Plus encore, l'ensemble des participantes ont indiqué s'épanouir au sein d'organismes francophones dans la région d'Ottawa.

1.2 L'offre active de services en français

Bien que la lutte pour les droits des francophones en contexte francophone minoritaire au Canada soit poursuivie depuis de nombreuses années, des lacunes persistent au sein des services sociaux et de santé. En effet, nos résultats de recherche correspondent avec Bouchard, Beaulieu et Desmeules (2012) qui témoignent du manque de promotion de l'offre active dans les services sociaux et de santé. « L'offre de services en français doit être proactive non seulement dans la livraison d'un soin ou d'un service, mais également dans l'ensemble du système de santé : le concept d'« offre active » doit être défini, diffusé et connu pour être concret et effectif » (Bouchard, Beaulieu, et al., 2012, p. 50). Au contraire, la majorité des participantes doivent demander et chercher pour des services sociaux et de santé dans la langue minoritaire. D'ailleurs, l'offre active est mise en place en se basant sur la demande plutôt que l'offre : « le personnel des établissements étant plus réactif qu'actif, c'est la langue de contact employée par le patient qui

semble déterminer le plus souvent la langue de service » (Vézina, 2017, p. 266). Tout comme les constats de De Moïssac et Drolet (2017), les participantes précisent que la documentation, les dépliants et les affiches ne sont pas nécessairement traduits en français. L'offre active n'est pas privilégiée de manière générale et donc absente sur un continuum.

De plus, même si les participantes de cette recherche ont mentionné demander pour des services sociaux et de santé dans leur langue, ce n'est pas totalement commun selon la littérature. En raison de la situation de vulnérabilité et de la minorisation dont ce groupe a été l'objet, les personnes âgées francophones sont moins portées à exiger des services dans leur langue, même si ceux-ci existent, mais ne sont pas offerts explicitement (Bouchard & Desmeules, 2017). Compte tenu de ce qui précède, ce ne sont pas tous les francophones en contexte linguistique minoritaire qui osent demander pour des services dans leur langue (Forgues & Landry, 2014). Du fait qu'il peut être intimidant de revendiquer pour ses droits linguistiques en matière de services sociaux et de santé, le concept d'offre active devient un enjeu central (Drolet, Savard, & Laforge, 2017). Ainsi, il est essentiel que l'offre active soit mise de l'avant au sein du système de santé et des services sociaux. Somme toute, nous soutenons que l'offre active des services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire en Ontario demeure déficitaire, défailante et peu effective.

1.3 En tant que femmes âgées

Comme précisé dans le second chapitre, le cadre théorique du féminisme intersectionnel permet un modèle d'analyse qui fait ressortir les expériences de chaque personne en prenant compte de leurs identités multiples et des formes de discrimination qui en découlent. Dans ce sens, les expériences des femmes âgées vivant en contexte francophone minoritaire se doit d'être

étudiées en explorant les identités multiples de ces dernières en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé. Ainsi, cette présente analyse offre une vision macrosociale.

Les composantes identitaires des participantes que nous avons prises en compte dans ce projet de recherche, soit l'âge, le genre et la langue, peuvent générer une triple discrimination et jouer un rôle quant à l'accès aux services sociaux et de santé. La littérature documente bien que le sexe et le fait de vivre en contexte minoritaire peuvent être des facteurs réels d'inégalités dans le domaine de la santé, de l'état de santé et de l'accès aux ressources (Bernier, 2009; van Kemenade et al., 2015). Également, Davidson et ses collègues (2011) soutiennent que de nombreux déterminants économiques, sociaux, politiques et culturels influencent l'expérience des femmes âgées à plusieurs niveaux, dont le statut socio-économique, l'état de santé et l'accès aux ressources.

Cela dit, les récits des participantes semblent plutôt diverger de la littérature existante à ce sujet. La question du genre semble donc s'inscrire dans des subtilités structurelles, qui ne sont pas nécessairement perçues par les femmes que nous avons rencontrées. Le fait de s'identifier comme une femme ne semble pas avoir un rôle dans l'accès aux services sociaux et de santé. Il est à préciser que ces femmes se trouvent en situation privilégiée sur plusieurs plans, soit le statut socio-économique, l'orientation et l'identité sexuelle, la classe sociale, la race, etc. Deux participantes ont relevé que l'éducation des femmes peut jouer un rôle dans les difficultés d'accès aux services sociaux et de santé en français en raison du manque de connaissance du système et des lois. Dans ce sens, les femmes âgées francophones sont plus susceptibles d'être sans diplôme d'études secondaires (van Kemenade et al., 2015). D'ailleurs, l'utilisation d'une des deux langues officielles dans les soins de santé n'est pas nécessairement promue et l'offre active n'est pas une pratique toujours commune, ce qui limite la connaissance du service dans la langue en situation minoritaire

et l'accès aux soins (Drolet, Bouchard, Savard, Benoît, & van Kemenade, 2017). Les constats de Davidson et ses collègues (2011) montrent que la capacité des femmes à accéder aux ressources peut avoir une incidence sur leur santé et leur bien-être. Plus encore, quelques participantes ont mentionné que le rôle genré et la socialisation des femmes peuvent entraîner des difficultés pour accéder aux services sociaux et de santé à cause de la responsabilité des femmes et des arrêts de travail en raison de leurs rôles. Les diverses responsabilités familiales et autres rôles non rémunérés des femmes peuvent impliquer des arrêts de travail, qui influent directement sur les revenus présents, mais aussi futurs des femmes qui doivent moins cotiser (Charpentier & Billette, 2010). Cet exemple illustre que les rôles genrés des femmes peuvent avoir des conséquences multiples à plusieurs niveaux, ce qui peut affecter leur revenu, et ainsi leurs accès à diverses ressources.

2. Le rapport majoritaire — minoritaire

2.1 L'anglonormativité

À partir de l'analyse des propos des participantes, celles-ci reconnaissent le statut de minorité des francophones en contexte linguistique minoritaire. Dans ce sens, le concept d'anglonormativité élaboré par Baril (2017) illustre que l'anglais constitue la norme, par le biais de structures, d'institutions et de croyances, selon laquelle les non-anglophones sont jugés, discriminés et exclus. Le fait que l'identité anglophone, étant dominante, reste invisible pour le regard anglonormatif constitue un obstacle important à la reconnaissance du caractère social des « difficultés » linguistiques des non-anglophones (Baril, 2017). Ainsi, ce même auteur stipule que les injustices subies, telles que la discrimination, la stigmatisation, l'exclusion, les violences sociales et institutionnelles, doivent être identifiées comme résultant de relations de pouvoir linguistiques. En ce qui concerne les groupes en situation minoritaire, le groupe dominant d'une

société donnée les considéra comme étant de moindre importance (Tajfel, 1978, tirée de Drolet et al., 2015). À ce sujet, le rapport minoritaire – majoritaire semble traduire une inégalité sociale et d'accès aux ressources, ce qui contribue aux disparités de santé des groupes en situation francophone minoritaire (Bouchard & Desmeules, 2013). Il est à préciser que plusieurs auteurs (Bouchard & Desmeules, 2017; Drolet, Dubouloz, & Benoit, 2014) attestent l'importance de la langue et de la situation linguistique minoritaire comme déterminant de la santé, surtout que la communication verbale est à la base de l'intervention dans ces champs de pratique.

Dans le même ordre d'idées, ce contexte anglo-normatif n'est pas sans conséquence sur l'accès aux services sociaux et de santé des francophones en contexte minoritaire. Comme mentionné ci-haut, les personnes francophones en situation minoritaire se résignent souvent à ne pas être servies en français et emploient régulièrement la langue de la majorité au sein des services sociaux et de santé (Forgues & Landry, 2014; Vézina, 2017). Ceux-ci n'osent pas demander des services dans leur langue en raison d'une insécurité linguistique, en raison du temps d'attente, par conviction qu'il est impossible d'en recevoir, par l'intériorisation de l'identité minoritaire, etc. (Drolet, Savard, & Laforge, 2017). Pourtant, être servi dans la langue de la minorité serait effectivement bénéfique à sa santé et sa sécurité (Vézina, 2017). Ces propos tirés de la littérature correspondent aux récits des participantes de notre étude.

2.2 Assimilation linguistique

En lien avec ce qui précède, l'assimilation linguistique constitue un enjeu problématique pour les groupes en situation linguistique minoritaire. Cette minorisation linguistique, source d'inégalité sociale, se répercute encore de nos jours (Bouchard et al., 2015). Deux participantes ont fait mention de l'assimilation linguistique vécue par le biais des institutions éducatives en

Ontario. En effet, une participante a été forcée d'étudier à une école secondaire anglophone dans le nord de l'Ontario même si l'ensemble des étudiant(e)s et le professeur étaient francophones. Shank (2017), qui s'intéresse à la crise scolaire de cette région, précise que cette pratique s'articule au sein de « l'engin de l'assimilation » et que les étudiants ne pouvaient pas s'épanouir dans leur langue. De plus, une seconde participante a dû étudier avec des livres seulement en anglais, même si l'enseignement se faisait en français. Cette génération, dont celle des participantes de ce projet de recherche, a subi les effets de la domination et de l'assimilation anglaises plus intensément que les générations actuelles (Bouchard et al., 2015). Le statut de minorité linguistique de cette génération constituait un facteur déterminant de l'accès aux ressources éducatives, politiques et économiques, contrairement à la majorité anglophone (Bouchard et al., 2015). En raison de l'interdiction de l'usage du français comme langue d'instruction après la deuxième année dans les écoles de l'ensemble des provinces canadiennes majoritairement anglophones par l'imposition du Règlement XVII en 1912, plusieurs groupes francophones en situation minoritaire ont dû socialiser en anglais dans leur quotidien et pour obtenir des services (Bouchard et al., 2015; Welch, 1995). L'anglais a donc été la langue prédominante pour quelques participantes au niveau de leur éducation, de sorte qu'elles apprennent obligatoirement l'anglais, ce qui constitue un préjudice important à ces dernières. Cette pratique favorise donc l'anglais et met en évidence le caractère de minorité que vivent les francophones hors Québec et la non-reconnaissance du français en tant que langue officielle.

Dans ce sens, les expériences vécues par les participantes de ce projet de recherche sur le plan linguistique illustrent que le français est perçu comme une langue secondaire résultant donc en un manque de protection juridique. En effet, « l'assimilation a pour effet d'intérioriser l'infériorité du français comme langue et francophone comme individu » (Bouchard, 2011, p. 209).

Le groupe majoritaire peut devenir attrayant, valorisé, comme ayant plus de ressources et facilitant l'insertion sociale, aux dépens du groupe minoritaire (Drolet et al., 2017), ce qui peut mener à l'assimilation de ces derniers. D'ailleurs, les francophones en contexte minoritaire doivent composer avec plusieurs défis, soit de naviguer quotidiennement entre le français et l'anglais et de maintenir la qualité de leur français (Drolet et al., 2017). Vivant en contexte anglo-normatif (Baril, 2017), l'insécurité linguistique qui en découle peut, entre autres, entraîner des réactions négatives envers leur façon de parler, ce qui est concorde avec les résultats de notre recherche. Cette confrontation régulière et constante avec ses limites linguistiques peut éveiller une profonde conscience de sa minorisation et des formes linguistiques à acquérir pour progresser dans le groupe majoritaire (Drolet et al., 2017). Ceci pourrait expliquer l'utilisation de l'anglais au sein des services sociaux et de santé par plusieurs participantes de ce projet de recherche. Plus encore, la majorité des participantes ont fait référence au fait qu'elles sont bilingues. En concordance avec les propos de la littérature ci-haut, le bilinguisme constitue une conséquence structurelle de la vie des participantes puisque l'environnement sociétal de ces dernières a eu et continue d'avoir un impact sur les multiples sphères de leurs vies.

D'ailleurs, Bouchard (2015) soutient que même si la lutte pour l'éducation en français et l'égalité formelle des deux langues officielles du pays sont reconnues au sein du gouvernement, les groupes en situation francophone minoritaire font encore face à la quasi-inexistence de services de santé dans leur langue. En effet, les groupes en situation francophone minoritaire vivent encore à ce jour des rapports de pouvoir liés à leur statut linguistique. Ce rapport de pouvoir asymétrique lié à la langue engendre l'invisibilité des groupes en situation francophone minoritaire, de leurs particularités, de même que de leurs besoins (Diotte & Flynn, 2016). Le statut linguistique de ce groupe agit ainsi comme axe de discrimination et d'oppression. En fait, nous sommes d'avis que

la langue constitue une entrave aux droits linguistiques en matière d'accessibilité aux services sociaux et de santé en raison de la dévalorisation de la culture et de la langue qui s'inscrit dans le rapport majoritaire – minoritaire existant au Canada. Dans ce sens, les expériences des participantes de ce projet de recherche illustrent que les droits linguistiques des francophones en contexte minoritaire au sein des services sociaux et de santé ne sont pas toujours protégés par les lois existantes.

3. Recommandations et pistes de réflexion pour la recherche

Bien que ce projet de recherche avance les connaissances sur la question d'accessibilité aux services sociaux et de santé des femmes âgées en contexte francophone minoritaire, les résultats de cette recherche ont suscité quelques pistes de réflexion pour de recherches futures de même que certaines recommandations pour améliorer la vitalité des groupes en situation linguistique minoritaire.

Tout d'abord, nous sommes d'avis que le cadre théorique féministe intersectionnel est pertinent pour explorer ce sujet de recherche. Cela dit, il serait pertinent d'étudier la question en identifiant d'autres composantes identitaires, soit celle de la race/ethnicité et du statut socio-économique. Bien que ce cadre théorique soit utilisé dans de nombreuses recherches féministes avec de multiples composantes identitaires, nous devons nous rappeler que l'intersectionnalité a pris naissance dans les discours de femmes afro-américaines qui ont abordé la race en tant qu'axe d'oppression. Dans ce sens, la race constitue un axe d'oppression important où les personnes noires vivent davantage de discrimination (Crenshaw, 1989). Des disparités raciales en matière de santé et en lien avec l'accès aux ressources sont bien documentées aux États-Unis (Betancourt et al., 2003). Il serait pertinent de s'intéresser à notre question de recherche en incluant la race, surtout

que les recherches fiables sur la santé menées auprès de population racialisées au Canada sont relativement rares (Nestel, 2012). Plus encore, le statut socio-économique est une composante identitaire d'importance à explorer. En effet, les femmes francophones en contexte minoritaire sont plus vulnérables au niveau socio-économique : elles sont proportionnellement des niveaux d'études et de revenus plus faibles que les hommes francophones (van Kemenade et al., 2015). La pauvreté compromet également l'accès des femmes âgées aux soins de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2007). Dès lors, cette composante identitaire se doit d'être étudiée dans de recherches futures pour mieux comprendre son interaction sur l'accès aux services sociaux et de santé. Nous croyons également que de futures recherches devraient s'intéresser aux groupes en situation francophone minoritaire dans les régions rurales canadiennes et dans des provinces où cette population est moins nombreuse. Ceci permettrait de mettre en évidence les différentes conséquences de la ruralité au niveau de la santé de ce groupe. Concernant la question du genre, il pourrait être pertinent d'explorer ce sujet de façon plus précise, en étudiant l'accès aux ressources spécifiques aux femmes en contexte francophone minoritaire.

Les recommandations suivantes résultent principalement des récits, des expériences et des suggestions des participantes :

1. Pour améliorer les services en français, répondre aux besoins des groupes en situation minoritaire et contrer les effets de la minorisation, l'offre active des services en français se doit d'être optimisée dans tous les services. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario doit mettre des outils et des pratiques en place pour diffuser et partager adéquatement l'offre active des services en français au sein des institutions. Dans ce sens, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) devraient prévoir et assurer des ententes avec les fournisseurs de services de

santé afin qu'ils puissent développer l'offre active des services en français dans le but d'engager les fournisseurs à cet égard (Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012).

2. Comme mentionné par plusieurs participantes, les professionnels de la santé bilingues devraient valoriser l'usage des deux langues officielles du Canada et reconnaître l'importance de l'offre active des services en français. D'ailleurs, les affiches et les documents devraient être bilingues afin de promouvoir le français et répondre aux besoins des francophones en situation minoritaire.
3. Plus encore, les propos des participantes illustrent que l'offre active des services en français n'est pas promue au sein des institutions. À cet effet, Bouchard, Beaulieu et Desmeules (2012) recommandent une imputabilité du système à l'égard des services en français effectué par le MSSLD, dont des mesures d'évaluation de la qualité des services offerts en français et la satisfaction des francophones face aux services reçus.
4. Afin de promouvoir l'offre active des services, nous recommandons que les groupes en situation minoritaire continuent de militer pour leurs droits. À ce niveau, nous suggérons également que les instances gouvernementales prennent conscience des droits des groupes en situation minoritaire et qu'ils en fassent une priorité, notamment au niveau du financement.
5. Il est aussi important que les réalités genrées au niveau économique et social soient prises en compte lors des interventions dans les domaines des services sociaux et de santé. Enfin, de manière plutôt simpliste, nous sommes en accord avec Davidson et ses collègues (2011) que les structures institutionnelles à l'échelle nationale doivent systématiquement éliminer les inégalités fondées sur de nombreux axes identitaires,

soit le sexe, l'âge, la race, la religion, le handicap, l'identité et l'orientation sexuelle, le statut socio-économique, etc.

4. Limites de l'étude

D'abord, considérant les contraintes temporelles de ce mémoire dans le cadre d'une maîtrise, la démarche réalisée est à caractère exploratoire. Plus encore, ce mémoire s'appuie sur un petit échantillon de participants (N = 4), ce qui constitue une limite. En plus de cette limite précédente, la méthode de recrutement à base volontaire restreint la possibilité de généraliser les résultats. En effet, les récits des participantes ne sont pas nécessairement représentatifs des expériences de toutes les femmes âgées en contexte francophone minoritaire en Ontario. Il est donc aussi difficile de généraliser les résultats de ce projet de recherche aux autres groupes en situation minoritaire en Ontario et au Canada, car les réalités et les expériences de chaque région et contexte de ces groupes varient. De plus, le lieu et le contexte volontaire de recrutement peuvent ainsi constituer une limite en soi, car cela a favorisé un échantillon de participantes homogènes.

En lien avec ce qui précède, les participantes de cette étude ont de nombreuses caractéristiques identitaires semblables, dont le fait qu'elles se trouvent en situation privilégiée. Une dernière limite est donc le fait que nous avons employé un cadre théorique féministe intersectionnel sans inclure la question de la race, qui est la première composante identitaire abordée en tant qu'axe d'oppression par les pionnières de ce cadre théorique.

CONCLUSION

La présente étude qui a fait l'objet de ce mémoire de maîtrise a permis de répondre à la question suivante : « *Quelle est l'expérience des femmes âgées en termes de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire ?* » Cette question a trouvé plusieurs éléments de réponse par le biais de l'analyse des données. En effet, l'analyse des données a permis de répondre aux trois objectifs principaux de ce projet de recherche. D'abord, elle identifie les facilitateurs et les défis rencontrés par les femmes âgées vivant en contexte francophone minoritaire en termes d'accessibilité aux services sociaux et de santé. Ensuite, elle nous permet de comprendre la manière dont ces facilitateurs et ces défis ont des effets sur les différentes sphères de leur vie. Enfin, elle met en évidence l'effet des structures institutionnelles et organisationnelles quant à l'accès aux ressources en français.

Cette analyse trace ainsi un portrait des expériences vécues par les femmes âgées en contexte francophone minoritaire face à l'accès aux services sociaux et de santé. Les résultats de cette recherche montrent que les participantes vivent de la discrimination sur plusieurs plans, dont dans l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire.

Premièrement, les participantes se heurtent à un manque de ressources, particulièrement au sein du système de santé dans la langue minoritaire. Il y a notamment un manque de professionnels de la santé bilingues, et le temps d'attente pour obtenir des services en français peut s'avérer plus long. Dans ce sens, les propos des participantes témoignent du manque de promotion de l'offre active dans les services sociaux et de santé.

Deuxièmement, l'analyse montre que la question du genre ne teinte pas les expériences vécues par les femmes âgées en contexte francophone minoritaire de notre étude dans l'accès aux

services sociaux et de santé. Le fait de s'identifier comme une femme ne semble donc pas jouer un rôle dans l'accès aux ressources en français.

Troisièmement, l'analyse met en évidence que le rapport majoritaire – minoritaire dans le contexte anglonormatif (Baril, 2017) au Canada consiste en une inégalité sociale et d'accès aux ressources de santé et de services sociaux des femmes âgées en contexte francophone minoritaire. Cette inégalité sociale s'articule à travers les mécanismes structurels, tels que l'assimilation linguistique par le biais des institutions éducatives. Le statut linguistique agit ainsi comme axe de discrimination.

Somme toute, ce mémoire a permis de faire entendre la voix de plusieurs femmes âgées vivant en contexte francophone minoritaire, une population qui est souvent oubliée et négligée. De ce fait, nous espérons que ce projet de recherche, bien qu'il soit exploratoire, contribue à l'avancement des connaissances sur le sujet et à l'amélioration des services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire pour mieux répondre aux besoins de ces personnes. Il est souhaitable que les éléments mis de l'avant dans ce mémoire soient considérés dans les futures interventions et recherches, dans les institutions de santé et les politiques publiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Al-Busaidi, Z. Q. (2008). Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 8(1), 11–19.
- Alexander-Floyd, N. G. (2012). Disappearing Acts: Reclaiming Intersectionality in the Social Sciences in a Post-Black Feminist Era. *Feminist Formations*.
- Anthias, F. (2002). Beyond Feminism and Multiculturalism: Locating Difference and Politics of Location. *Women's Studies International Forum*, 25(3), 275–286.
- Anthias, F. (2005). Social Stratification and Social Inequality: Models of Intersectionality and Identity. Dans *Rethinking Class : Culture, Identities and Lifestyles* (pp. 24–45). New York : Palgrave Macmillan.
- Atieno, P. O. (2009). An Analysis of the Strengths and Limitation of Qualitative and Quantitative Research Paradigms. *Problems of Education in the 21st Century*, 13(14), 13–18.
- Attias-Donfut, C. (2001). Sexe et vieillissement. *Presses Universitaires de France*, 2, 197–215.
- Baril, A. (2017). Intersectionality, Lost in Translation? (Re)thinking Inter-sections between Anglophone and Francophone Intersectionality. *Atlantis*, 38(1), 125–137.
- Benoit, M., Bouchard, L., Leis, A., & Garceau, M.-L. (2012). Les inégalités sociales de santé affectant les communautés francophones en situation minoritaire au Canada. *Reflets*, 18(2), 10–18.
- Bernier, C. (2009). Citoyens de deuxième classe ? Perceptions de la santé et du système de soins chez les francophones du nord-est de l'Ontario. *Francophonies d'Amérique*, (28), 115–138.
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, J. E., & Ananek-Firmpong, O. (2003). Defining Cultural Competence : A Practical Framework for Addressing Racial / Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118, 293–302.

- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, 67(225), 70–88.
- Bilge, S. (2010). Recent feminist outlooks on intersectionality. *Diogene*, 57(1), 58–72.
- Bilge, S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches Féministes*, 28(2), 9–32.
- Bouchard, L. (2011). Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire : Les représentations des acteurs sur l'avenir des services. *La Société Canadienne de Sociologie*, 48(2), 203–215.
- Bouchard, L., Batal, M., Imbeault, P., Sedigh, G., Silva, E. E., & Sucha, E. (2015). Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire. *Minorités Linguistiques et Société*, (6), 66–81.
- Bouchard, L., Beaulieu, M., & Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38–65.
- Bouchard, L., Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M., & Dufour, S. (2012). Do chronically ill, elderly Francophone patients believe they are adequately served by Ontario's health care system? *Canadian Family Physician*, 58, e686–e687.
- Bouchard, L., & Desmeules, M. (2011). *Minorités de langue officielle du Canada : Égales devant la santé?* Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, L., & Desmeules, M. (2013). Les minorités linguistiques du Canada et la santé. *Healthcare Policy*, 9, 38–47.
- Bouchard, L., & Desmeules, M. (2017). La santé des personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire au Canada — enjeux et besoins. Dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 123–142). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A., & Dubois, L. (2009). La santé en

- situation linguistique minoritaire. *Politiques de Santé*, 4(4), 36–42.
- Bouchard, L., Gilbert, A., Landry, R., & Deveau, K. (2006). Social capital, health, and francophone minorities. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 16–20.
- Bouchard, L., & Leis, A. (2008). La santé en français. Dans *L'espace francophone en milieu minoritaire au Canada, Nouveaux enjeux, nouvelles mobilisations* (pp. 351–381). Canada : Éditions Fiddes.
- Bowen, S. (2001). Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Consulté le 2 octobre 2018, de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf%5Cnhttp://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/f_equity/index.html
- Calasanti, T. (2008). A feminist confronts ageism. *Journal of Aging Studies*, 22, 152–157.
- Calasanti, T. (2010). Gender relations and applied research on aging. *Gerontologist*, 50(6), 720–734.
- Calasanti, T., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, Social Inequalities and Aging*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Carastathis, A. (2014). The concept of intersectionality in feminist theory. *Philosophy Compass*.
- Carastathis, A. (2016). Critical Engagements with Intersectionality. Dans *Intersectionality : Origins, Contestations, Horizons* (pp. 1–316).
- Carbonneau, C., & Drolet, M. (2014). La trajectoire des services sociaux et de santé d'aînés atteints d'une démence vivant en contexte francophone minoritaire : un engagement de multiples piliers durant une navigation complexe. *Reflets : Revue d'intervention Sociale et Communautaire*, 20(2), 220–233.
- Cardinal, L., Plante, N., & Sauvé, A. (2006). *Les femmes francophones de l'Ontario : Un profil*

statistique. Consulté le 4 novembre 2018, de

<https://sciencessociales.uottawa.ca/crfpp/sites/sciencessociales.uottawa.ca/crfpp/files/femmes-francophones-de-l-ontario.pdf>

- Carey, M. (2012). Introducing Qualitative Social Work Research. Dans *Qualitative Research Skills for Social Work: Theory and Practice* (pp. 3–29). London : Routledge.
- Charpentier, M., & Billette, V. (2010). Conjurer « vieillir » au féminin pluriel. Dans *Vieillir au pluriel : perspectives sociales* (pp. 55–68). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M., Quéniart, A., Guberman, N., & Blanchard, N. (2004). Les femmes âgées et l'engagement social : une analyse exploratoire du cas des Mémés déchaînées. *Lien Social et Politiques*, (51), 135–143.
- Chbat, M., Damant, D., & Flynn, C. (2014). Analyse intersectionnelle de l'oppression de mères racisées en contexte de violence conjugale. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 26(2), 97.
- Clandinin, D. J. (2016). Introduction Narrative Inquiry : Both a View of and a Methodology for Studying Experience. Dans *Engaging in Narrative Inquiry* (pp. 9–9). Walnut Creek: Taylor and Francis.
- Collins, P., & Bilge, S. (2016). What is Intersectionality ? Dans *Intersectionality* (pp. 11–31). Malden: Polity Press.
- Collins, P. H. (1993). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.
- Collins, P. H. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment* (2nd ed.). New York : Routledge.
- Combahee River Collective (2006). Déclaration du Combahee River Collective [1977]. Dans Jules Falquet (Ed.), *Réarticulation des rapports sociaux de sexe, classe et « race » : repères*

- historiques et contemporains* (Vol. 14, pp. 53–67). Paris : Publications Paris 7 — Denis Diderot.
- Cooper, A. J. (1892). *A Voice from the South (reprinted in 1998)*. New York : Oxford University Press.
- Corbeil, C., & Marchand, I. (2006). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(1), 40–57.
- Corbeil, C., & Marchand, I. (2007). L'intervention féministe intersectionnelle : un nouveau cadre d'analyse et d'intervention pour répondre aux besoins pluriels des femmes marginalisées et violentées. Consulté le 7 novembre 2018, de https://unites.uqam.ca/arir/pdf/interventionfeminineintersectionnelle_marchand_corbeil.pdf
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 78(2), 147–156.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Crenshaw, K. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers Du Genre*, 2(39), 51–82.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches* (Fourth). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Davidson, P. M., DiGiacomo, M., & McGrath, S. J. (2011). The Feminization of Aging : How Will This Impact on Health Outcomes and Services ? *Health Care for Women International*, 32, 1031–1045.
- Davis, A. Y. (1981). *Women, Race & Class*. New York: Random House.

- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword : A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1), 67–85.
- De Moissac, D., & Drolet, M. (2017). Enjeux et défis dans l'offre de services dans la langue de la minorité : l'expérience des professionnels bilingues dans le réseau de la santé et des services sociaux. Dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 205–227). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Deschênes, J. (1986). Qu'est-ce qu'une minorité ? *Les Cahiers de Droit*, 27(1), 255–291.
- Diotte, S., & Flynn, C. (2016). La précarité des femmes francophones de la région d'Ottawa à travers le prisme de la violence structurelle. *Reflets*, 22(2), 123–146.
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S., & Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français. *Canadian Social Work Review*, 32(1–2), 5.
- Drolet, M., Dubouloz, C.-J., & Benoit, J. (2014). Le recrutement et la rétention des professionnels de la santé et des services sociaux bilingues en situation minoritaire. *Reflets*, 20(2), 10–19.
- Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., ... Dubouloz, C. J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals. *Qualitative Health Research*, 24(3), 295–305.
- Drolet, M., Savard, J., & Laforge, M.-J. (2017). PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE : Enjeux de l'accessibilité et de l'offre active de services sociaux et de santé au sein de la francophonie canadienne en situation minoritaire. Dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 13–32). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Lagacé, J., Arcand, I., Kubina, L.-A., & Benoît, J. (2017). 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. Dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 143–165). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Du Bois, W. E. B. (1903). *The Soul of Black Folk*. New York : Barnes & Noble Classics.
- Forgues, É., & Landry, R. (2014). *L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire : Rapport final*.
- Fortin, M. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Gagnon-Arpin, I. (2011). *Access to Health Care Services and Self-Perceived Health of Canada's Official Language Minorities*. University of Ottawa.
- Gagnon-Arpin, I., Bouchard, L., Leis, A., & Bélanger, M. (2014). Accès et utilisation des services de santé en langue minoritaire. Dans *La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada* (pp. 195–221). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, A. P., Timony, P. E., & Wenghofer, E. F. (2012). Examining the geographic distribution of French-speaking physicians in Ontario. *Canadian Family Physician*, 58(12), 717–724.
- Gilbert, A., Kérisit, M., Dallaire, C., & Coderre, C. (2005). Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens : du rapport Dubois à la cause Montfort. *Reflets*, 11, 20–48.
- Gouvernement du Canada. (1998). Loi sur les langues officielles. Version annotée. Consulté le 12 octobre 2018, de https://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/tb_a3/olaannot-fra.pdf
- Gouvernement du Canada. (2016). Services gouvernementaux en français. Consulté le 12 octobre 2018, de <https://www.ontario.ca/fr/page/services-gouvernementaux-en-francais>
- Hankivsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271–283.

- Harper, É. (2012). Regards sur l'intersectionnalité. *Collection Études et Analyses*, (44), 1–15.
- hooks, B. (1984). *Feminist Theory from Margin to Center*. Boston : South End Press.
- hooks, B. (1981). *Ain't I a Woman: Black Women and Feminism*. Boston : South End Press.
- hooks, B. (1990). *Yearning race, gender and cultural politics*. Toronto : Between the Lines.
- Jacobs, E., Chen, A. H., Karliner, L. S., Agger-Gupta, N., & Mutha, S. (2006). The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A Proposed Research Agenda. *The Milbank Quarterly*, 84(1), 111–133.
- Knudsen, S. (2006). Intersectionality: A Theoretical Inspiration in the Analysis of Minority Cultures and Identities in Textbooks. Dans *Caught in the Web or Lost in the Textbook?* (pp. 61–76). Caen : IARTEM, Stef, Iufm.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et Perspectives de La Vie Économique*, 53(4), 67–82.
- Lambole, M., Jimenez, E., Cousineau, M.-M., & Pontel, M. (2015). L'approche intersectionnelle pour mieux comprendre le mariage forcé de femmes immigrantes à Montréal. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 26(2), 127.
- Levesque, A. (2005). *La santé des aînés francophones en milieu minoritaire — services , défis et obstacles*. Récupéré le 25 octobre 2018, de <https://ustboniface.ca/document.doc?id=508&deliverychannelid=23b56292-0f3c-43ac-af13-7767ad9d4057>
- Lips, H. M. (2013). The Shape of Our Future: Gender and the Aging Population. Dans *Gender : The Basics* (pp. 168–192). New York: Routledge.
- Ludvig, A. (2006). Differences between women?: Intersecting voices in a female narrative.

- European Journal of Women's Studies*, 13(3), 245-258.
- Lutz, H., Herrera Vivar, M. T., & Supik, L. (2011). *Framing Intersectionality: An Introduction*. Farnham/England: Ashgate.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771–1800.
- McMullin, J. A., & Berger, E. D. (2006). Gendered Ageism/Age(ed) Sexism: The Case of Unemployed Older Workers. Dans *Age Matters : Realignment Feminist Thinking* (pp. 201–223). New York : Routledge.
- Michaud, J., Forgues, É., & Guignard Noël, J. (2015). La prise en compte du français dans l'organisation des services en foyers de soins majoritairement anglophones au Canada. *Minorités Linguistiques et Société*, (6), 82–103.
- Milan, A., & Hudon, T. (2016). Les femmes âgées. Consulté le 2 novembre 2018, de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-503-x/2015001/article/14316-fra.pdf?st=3Ja3RTMU>
- Ministère de la Justice. (2018). Loi constitutionnelle de 1982. Consulté le 12 octobre 2018, de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>
- Nestel, S. (2012). *Colour Coded Health Care: The Impact of Race and Racism on Canadians' Health*. Toronto : Wellesley Institute.
- Organisation mondiale de la Santé. (1978). Primary Health Care. Dans *Report of International Conference on Primary Health Care Alma-Ata*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Women, Ageing and Health : A Framework for Action : Focus on gender*. Consulté le 10 octobre 2018, de <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>

- Padgett, D. K. (2017). *Qualitative Methods in Social Work Research* (3rd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (pp. 231–309). Paris : Armand Collin.
- Palmer, C., & Bolderston, A. (2006). A brief introduction to qualitative analysis. *The Canadian Journal of Medical Radiation Technology*, 37(1), 16–19.
- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien Social et Politiques*, (55), 115–124.
- Picard, L., & Charland, J. (1999). Le profil démographique et les déterminants de la santé des francophones en Ontario. *Reflets*, 5(2), 44–63.
- Prins, B. (2006). Narrative Accounts of Origins: A Blind Spot in the Intersectional Approach, European. *Journal of Women's Studies*, 13(3), 277–290.
- Quéniart, A., & Charpentier, M. (2013). Femmes et vieillissements. *Recherches Féministes*, 26(2), 1–4.
- Rogers, J., & Kelly, U. A. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 397–407.
- Rose, R. (2009). Les femmes âgées et l'égalité économique. Dans *Vieilles, et après! Femmes, vieillissement et société* (pp. 225–248). Montréal : les éditions du remue-ménage.
- Rostad, B., Deeg, D. J. H., & Schei, B. (2009). Socioeconomic inequalities in health in older women. *European Journal of Ageing*, 6(1), 39–47.
- Savard, S., Arcand, I., Drolet, M., Benoît, J., Savard, J., & Lagacé, J. (2013). Les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des francophones minoritaires : l'enjeu du capital social. *Francophonies d'Amérique*, (36), 113–133.

- Savard, S., de Moissac, D., Benoît, J., Ba, H., Zellama, F., Giasson, F., & Drolet, M. (2017). Le recrutement et la rétention d'intervenants en santé et services sociaux bilingues en situation francophone minoritaire à Winnipeg et à Ottawa. Dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 229–254). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 337–358). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Savoie, G. R. (2007). Le grand réveil franco-ontarien : De Montfort à la gouvernance francophone en santé. In *Gouvernance, santé et minorités francophones : Stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada* (pp. 23–44). Moncton : Les Éditions de la Francophonie.
- Shank, M. (2017). Les retombées les plus significatives de la crise scolaire de Sturgeon Falls. *Revue Du Nouvel-Ontario*, 42, 139–171.
- Shelton, C., & Smith, A. (2015). Qualités de la recherche qualitative. *Journal Canadien d'anesthésie*, 62, 3–7.
- Statistique Canada. (2011). Population selon la langue maternelle et les groupes d'âge (total), chiffres de 2011, pour le Canada, les provinces et les territoires. Consulté le 13 octobre 2018, de <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hltfst/lang/Pages/highlight.cfm?TabID=1&Lang=F&Asc=1&PRCode=01&OrderBy=999&View=1&tableID=401&queryID=1&Age=1>
- Statistique Canada. (2015). Section 1 Définitions de la population de langue française de l'Ontario. Consulté le 4 novembre 2018, de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-642-x/2010001/article/section1-fra.htm>
- Stuckelberger, A., & Höpflinger, F. (1996). *Vieillesse différentiel : hommes et femmes*.

Zürich : Editions Seismo, Sciences sociales et problèmes de société.

Tajfel, H. (1978). *The social psychology of minorities*. Londres : Minority Rights Group.

van Kemenade, S., Bouchard, L., & Bergeron, C. (2015). Enjeux de santé des aînés francophones vivant en situation minoritaire : une analyse différenciée selon les sexes. *Reflets*, 21(2), 112–130.

Vézina, S. (2017). Offre active, bilinguisme et culture organisationnelle. Dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 255–277). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Vézina, S., & Savard, S. (2017). Offre active, acteurs et système de santé et de services sociaux : un cadre d'analyse. Dans *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (pp. 35–47). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Welch, D. (1995). Les Franco-Ontariens : la résistance comme mode de vie. *Reflets*, 1(1), 20–42.

Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193–209.

ANNEXE A — LETTRE D'INVITATION

LETTRE D'INVITATION



Invitation à participer à un projet de recherche : Comprendre l'expérience des femmes âgées en matière de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire

Vanessa Dubuc, étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa, vous invite à participer à un projet de recherche sur le thème des services sociaux et de santé et les femmes âgées. Il est important de noter que ce projet de recherche est mené indépendamment *nom de l'organisme*, bien que ce soit le site de recrutement. Ce projet vise à recueillir l'expérience des femmes âgées vivant en contexte francophone minoritaire en matière de l'accessibilité aux services sociaux et de santé. Ainsi, la question de recherche est la suivante : « Quelle est l'expérience des femmes âgées en termes de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire ? ».

Les participantes doivent être :

- Une personne qui s'identifie comme femme âgée de 65 ans et plus, vivant dans un contexte francophone minoritaire et à l'aise d'effectuer une entrevue en français.

La participation au projet comportement les éléments suivants :

- Participer à une entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes qui aura lieu dans le milieu de votre choix.

Les participantes seront retenues suivant le principe du premier arrivé, premier servi.

Si vous souhaitez participer à cette recherche, ou pour en savoir plus, veuillez communiquer avec :

Chercheure :

Vanessa Dubuc
Étudiante à la maîtrise en service social
École de service social
Université d'Ottawa
(819) 639-4770
vdubu079@uottawa.ca

Directrice du mémoire :

Marjorie Silverman
Professeure agrégée
École de service social
Université d'Ottawa
(613) 562-5800, poste 3456
marjorie.silverman@uottawa.ca

ANNEXE B – GRILLE D’ENTREVUE

Université d’Ottawa | University of Ottawa

Guide d’entretien auprès de femmes âgées francophones en contexte linguistique minoritaire

Accueil

- Remerciements à la participante pour sa participation;
- Présentation et signature du formulaire de consentement;
- Enregistrement sur support magnétique;
- Questions éventuelles.

Accès aux services sociaux et de santé :

1. Comment décririez-vous vos expériences en lien avec les services sociaux et de santé ?
2. Dans quelle mesure est-ce important pour vous d’obtenir des services en français ?
3. Avez-vous accès à des services sociaux et de santé en français ? (Si oui, lesquels ? Sinon, pourquoi ?)
4. Avez-vous vécu des délais dans l’accès aux services en français ? (Par exemple, temps d’attente plus longs pour un traitement, pour une consultation avec un spécialiste, des tests, etc. ?). Si oui, pouvez-vous expliquer en détail la situation ?
5. Avez-vous eu à demander pour avoir un professionnel de la santé qui parle le français lors de vos consultations ?
6. Est-ce qu’il y a des services que vous n’avez pas pu obtenir en français ? Si oui, pouvez-vous expliquer en détail la situation ?
7. Avez-vous eu des consultations avec un spécialiste ? Si oui, dans quelle langue parlez-vous ? Et avez-vous rencontré des défis ?
8. Avez-vous déjà fait appel à un interprète ?
9. Avez-vous eu à reporter ou annuler un rendez-vous par manque de professionnels de la santé qui parlent le français ?
10. Que pensez-vous de l’accès aux services pour les femmes francophones en situation minoritaire ?
11. Considérant les inégalités sociales vécues par les femmes (par exemple, des pensions moins élevées), pensez-vous que le fait d’être une femme influence votre accès aux services sociaux et de santé ?

Défis et facilitateurs :

1. Avez-vous rencontré des défis pour obtenir des services en français ?
2. Est-ce qu’il y a des éléments qui facilitent l’accès à des services en français ?

Conclusion

1. Aimeriez-vous ajouter un commentaire ou toute autre information ?
 2. En lien avec vos expériences, quelles améliorations pourraient être appropriées pour mieux répondre aux besoins de services en français des femmes âgées en contexte francophone minoritaire ?
- Remerciements à la participante.

Faculté des sciences sociales
École de service social

Faculty of Social Sciences
School of Social Work

sciencessociales.uOttawa.ca

socialsciences.uOttawa.ca

120 Université / University
(12002) 12^e étage / 12th floor
Ottawa ON K1N 6N5
Canada



ANNEXE C — FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

Titre du projet : Comprendre l'expérience des femmes âgées en matière de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire

Chercheure :

Vanessa Dubuc
Étudiante à la maîtrise en service social
École de service social
Université d'Ottawa
(819) 639-4770
vdubu079@uottawa.ca

Directrice du mémoire :

Marjorie Silverman
Professeure agrégée
École de service social
Université d'Ottawa
(613) 562-5800, poste 3456
marjorie.silverman@uottawa.ca

Invitation à participer : Je suis invitée à participer au projet de recherche intitulé : Comprendre l'expérience des femmes âgées en matière de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire. Le projet de recherche est mené par Vanessa Dubuc, étudiante à la maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa et supervisé par Marjorie Silverman, professeure agrégée à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Ce projet de recherche est menée indépendamment *nom de l'organisme*.

But de l'étude : Cette étude vise à cerner l'expérience des femmes âgées en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire. Cette étude a trois objectifs : 1) identifier les facilitateurs et les défis rencontrés par les femmes âgées dans l'accès aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire; 2) comprendre la manière dont ces facilitateurs et ces défis ont des effets sur les différentes sphères de leur vie; 3) examiner l'influence des structures institutionnelles et organisationnelles sur l'accessibilité aux services sociaux et de santé de ces femmes.

Question de recherche : La question de recherche est la suivante : quelle est l'expérience des femmes âgées en termes de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire ?

Participation : Les participantes s'engagent à participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, lors duquel elles auront à répondre à des questions en lien avec leur expérience concernant l'accès aux services sociaux et de santé. L'entrevue sera enregistrée sous format audio à des fins de retranscription.

Risques : Les risques reliés à ma participation de cette étude sont très minimes. Certaines questions posées lors des entrevues pourraient engendrer un malaise émotionnel. Si une telle présentation se présente, la chercheure m'offrira le choix de prendre une pause, de remettre la séance ou encore de me retirer de l'étude. Au besoin, la chercheuse pourra me diriger vers des ressources appropriées de soutien. Une liste de ressources me sera remise pour que je puisse m'en servir si je ressens le besoin d'avoir du soutien.

Centre des ressources de l'Est d'Ottawa

(613) 741-6025

215-1980 chemin Ogilvie, Gloucester

Ottawa, ON, K1J9L3

https://www.eorc-creo.ca/EORC_Fr.php

Le service familial et counseling Ottawa

(613) 233-8478

310 chemin Olmstead

Ottawa, ON, K1L7K3

www.cfsottawa.ca

Bienfaits : Partager les expériences vécues peut être libérateur pour les femmes âgées en contexte francophone minoritaire et apporter un éclairage nouveau sur la question de l'expérience des femmes âgées en lien avec l'accès aux services sociaux et de santé dans la société ontarienne et canadienne. Les données recueillies seront pertinentes pour contribuer à l'avancement des connaissances et à l'amélioration des pratiques au sein des services sociaux et de santé.

Confidentialité et anonymat : Durant ma participation à ce projet de recherche, certaines informations me concernant seront recueillies par la chercheure notamment les enregistrements audios de mon entrevue. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Aucune information permettant de m'identifier ne sera présente dans les rapports et autres publications issues de cette recherche. Les noms des participantes ne seront pas utilisés. Il n'y aura pas de descriptifs situationnels et/ou démographiques qui permettront d'identifier les participantes, afin de préserver l'anonymat de chacune. Pour se référer aux participants, la chercheure utilisera, dans le cadre de son mémoire de maîtrise, des pseudonymes. Les noms des participantes seront gardés séparément des données d'entrevues. Les seules personnes qui auront accès la véritable identité des participantes seront la chercheure et sa directrice de mémoire.

Conservation des données : Les fichiers audios des enregistrements et les transcriptions d'entrevue seront conservés dans l'ordinateur personnel de la chercheure, lequel est muni d'un mot de passe et est en possession constante de celui-ci. Les documents papier seront conservés dans un casier verrouillé à l'École de service social, dans l'édifice de la Faculté des sciences sociales. À la fin de ce projet de recherche, l'ensemble des documents (papier, électronique sur clé USB, audio) seront placés sous clé dans le bureau de la directrice de mémoire pendant une période de cinq (5) ans et seront détruits par la suite.

Participation volontaire : Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Le retrait ou la non-participation n'aura aucun impact sur les services reçus par le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa. Si je choisis de me retirer de l'étude, l'option de retirer les données recueillies me sera proposée.

Renseignements et surveillance des aspects éthiques : Pour plus d'informations au sujet de l'étude, je peux communiquer avec Vanessa Dubuc, chercheure, au (819) 639-4770 ou au vdubu079@uottawa.ca, ou avec Marjorie Silverman, directrice de mémoire, au (613) 562-8000, poste 3456 ou marjorie.silverman@uottawa.ca.

Le comité d'éthique de l'Université d'Ottawa a approuvé les aspects éthiques de ce projet de recherche. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Acceptation : Je, _____, accepte de participer à cette recherche menée par Vanessa Dubuc, étudiante à la maîtrise en service social de l'École de service social à l'Université d'Ottawa, supervisée par Marjorie Silverman.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec le chercheur ou son superviseur.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant

Date

Je, _____, certifie avoir expliqué à la participante les objectifs, les implications du projet de recherche, avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'elle reste à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrite ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature de la chercheure

Date

ANNEXE D — CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

04/02/2019

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	S-12-18-1374
Titre du projet / Project Title	Comprendre l'expérience des femmes âgées en matière de l'accessibilité aux services sociaux et de santé en contexte francophone minoritaire
Type de projet / Project Type	Mémoire de maîtrise / Master's major research paper
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	04/02/2019
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	03/02/2020

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Vanessa DUBUC	École de service social / School of Social Work	Chercheur Principal / Principal Investigator
Marjorie SILVERMAN	École de service social / School of Social Work	Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Barbara GRAVES** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics