

Citoyens de deuxième classe ? Perceptions de la santé et du système de soins chez les francophones du nord-est de l'Ontario

Christiane Bernier

Numéro 28, automne 2009

Les enjeux reliés à la santé des communautés francophones en situation minoritaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044985ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044985ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

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. <https://doi.org/10.7202/044985ar>

Résumé de l'article

Cette enquête a pour objectif d'analyser les représentations que les francophones vivant en situation minoritaire ont de leur santé et de celle de leur communauté, de même que leurs perceptions des systèmes de soins auxquels ils ont accès, particulièrement lorsqu'ils vivent dans des régions rurales ou éloignées. De type qualitatif, l'enquête a été réalisée dans le nord-est de l'Ontario auprès de 32 francophones provenant de dix villes différentes. Les résultats montrent que le mépris de la langue minoritaire, le manque de services et de considération pour les francophones ainsi que le faible intérêt accordé par le gouvernement aux usagers des régions éloignées sont les pivots autour desquels se construisent l'insécurité et les désillusions par rapport au système de santé de la province.

Citoyens de deuxième classe? Perceptions de la santé et du système de soins chez les francophones du nord-est de l'Ontario¹

Christiane BERNIER
Université Laurentienne

Problématique

On assiste depuis une dizaine d'années, en Ontario, comme dans tout le reste du Canada, à des récriminations croissantes à l'égard du système de santé alors que, dans la même période, les budgets qui y sont consacrés ne cessent d'augmenter, et de façon fulgurante.

Un rapport de Statistique Canada (2004) souligne que des huit régions métropolitaines de recensement où les personnes déclarent le plus haut taux de besoins non satisfaits en matière de soins de santé à travers le pays, six sont des municipalités régionales de l'Ontario. Qu'entend-on par besoin non satisfait? Qu'attend-on du système ou des systèmes de santé, en Ontario, pour obtenir de tels résultats?

Depuis que l'on est passé d'une définition négative de la santé (absence de maladie) à une définition positive (la santé comme état de bien-être complet) (Bernier et St-Onge, 2006), on se penche sans cesse sur la question des déterminants sociaux et culturels faisant obstacle à l'atteinte de ce bien-être, en ajoutant périodiquement des éléments à la liste. Mais que sait-on de la façon dont ces divers éléments, au niveau individuel ou même au niveau d'un sous-groupe, sont interreliés? Quel est l'ensemble des éléments qui entrent en jeu dans la représentation qu'ont les personnes de ce qu'elles nomment « santé » ou dans leur perception de leur propre état de santé et de l'état de santé de leur communauté?

L'état de santé de la population varie grandement d'un sous-groupe à l'autre; ces sous-groupes sont définis par la situation socio-économique, le sexe, l'appartenance ethnique, la situation géographique, etc. On sait hors de tout doute, maintenant, que des déterminants non médicaux comme le statut social et le niveau de scolarité sont en corrélation directe avec le mieux-être et la santé. L'on découvre de plus en plus, aussi, que le soutien familial et communautaire, au niveau micro-environnemental de la personne, ajouté aux autres déterminants culturels (mode de vie, etc.), peut être un élément clé, si ce n'est un facteur équivalent au statut social, pour assurer le maintien d'une bonne santé (Corin, 1996). De même, on reconnaît, désormais, que le sexe (Des Meules et Stewart, 2003) et le fait de vivre dans une situation minoritaire peuvent être des facteurs réels de variation de l'état de santé, selon les contextes (Santé Canada, 2001; Bouchard *et al.*, 2006; Bouchard, Berthelot et Gaboury, 2006).

Cadre d'analyse

Les minorités linguistiques

Ce n'est que récemment que l'on a pleinement reconnu, grâce à la compréhension que l'on a acquise de la santé communautaire, la spécificité de la situation des francophones vivant en contexte minoritaire au Canada. Plusieurs études font état de la difficulté pour les francophones en situation minoritaire d'avoir accès de façon équitable à des services adéquats dans leur langue (Andrew *et al.*, 1997; Adam, 2000; M'Bala, 2005; Comité consultatif, 2001; Comité sénatorial, 2002 et 2003; Commission sur l'avenir des soins de santé, 2002). Selon les recherches, la barrière linguistique réduirait le recours de l'individu aux services préventifs, limiterait l'accès à tous les services basés sur la communication (ainsi, entre autres, en santé mentale, en réadaptation, dans les services sociaux, etc.) et le suivi adéquat des patients. Les problèmes de communication contribueraient également à l'accroissement des services d'urgence et au recours à des tests additionnels (Bouchard *et al.*, 2005).

Mais la question du rapport des francophones aux services essentiels et, particulièrement, aux services en santé, dépasse le simple rapport d'individu à individu et donc de la relation professionnel de la santé/patient dans le cas des services de santé, pour englober celle,

beaucoup plus large, du droit des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) à la reconnaissance de leurs besoins spécifiques. Le rappel de quelques repères peut être utile ici.

Au Canada, la Charte de 1982 stipule que nul ne peut être traité différemment, notamment sur la base de l'ethnie ou de la langue, par les pouvoirs publics (parlement et gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux). Ce principe de base se voit renforcé et étendu aux membres des minorités de langue officielle, à la fois au niveau fédéral et au Nouveau-Brunswick par une *Loi sur les langues officielles* et, en Ontario, par la *Loi sur les services en français*.

L'un des trois principaux objectifs de la loi fédérale, telle que modifiée en 1988, porte sur l'importance d'appuyer le développement des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire. La *Loi sur les services en français* de l'Ontario vise à protéger les droits des Franco-Ontariens, en assurant que les services gouvernementaux sont offerts en français dans 25 régions désignées. Cependant, dans leur application, l'une comme l'autre de ces lois ont été depuis le début interprétées de façon très restrictive, limitant à la lettre plutôt qu'à l'esprit de la loi l'intention du législateur. Au fédéral, il a fallu une nouvelle modification à la loi, en 2005, ajoutant l'obligation de faire preuve de « mesures positives » pour appuyer le développement des communautés de langue officielle et promouvoir la dualité linguistique, pour que les institutions fédérales se voient contraintes de rendre compte des actions produites et des progrès accomplis dans la protection et l'épanouissement des CLOSM.

En Ontario, la *Loi sur les services en français* ne s'applique pas aux agences publiques telles que les hôpitaux. Il aura fallu la bataille de l'Hôpital Montfort pour que, grâce à la mobilisation très médiatisée des Franco-Ontariens en faveur de leurs droits à des services de santé en français, le gouvernement, au bout de cinq années de lutte, accepte de reconnaître l'importance d'une institution francophone pour les francophones. Selon Gérald Savoie, on ne connaît pas encore toute la portée de l'application du jugement de la Cour d'appel dans le cas Montfort (2001), lorsqu'il rend la *Loi des services en français* de l'Ontario quasi constitutionnelle en ce qui touche le respect et la protection des minorités linguistiques :

L'un des aspects les plus importants du jugement Montfort est que les droits de la minorité linguistique y étaient pour la

première fois interprétés de façon généreuse plutôt que restrictive (p. 32) [...]. Le jugement Montfort a clairement indiqué que la notion d'« intérêt public » comprend nécessairement le principe constitutionnel fondamental du respect et de la protection des minorités linguistiques (2007 : 40).

Par la suite, le gouvernement ontarien a entrepris, avec le projet de loi 36 (2005), de réformer toute la structure du système de santé de la province. Bien que cette loi, en créant les réseaux locaux d'intégration des services de santé, n'accorde pas la gouvernance de services en français aux francophones, elle reconnaît cependant, dans son préambule, « que le système de santé de l'Ontario devait respecter les dispositions sur la *Loi des services en français* et que ces réseaux devaient agir dans l'« intérêt public » » (*ibid.* : 41).

Pourquoi rappeler ces éléments plus que connus du processus de reconnaissance des droits des minorités linguistiques francophones quant à la langue des services de santé? Tout d'abord, pour faire voir de quelle façon sont liés les concepts de droit des minorités et d'épanouissement des communautés de langue officielle en situation minoritaire: d'un droit individuel reconnu par la Charte, on passe à des quasi-droits de groupe qui doivent être interprétés de façon large et pour lesquels le gouvernement fédéral et celui de l'Ontario ont désormais des obligations fermes. De plus en plus, la notion de développement et d'épanouissement des CLOSM est comprise en fonction d'un apport à la vitalité de ces communautés (Corbeil, Grenier et Lafrenière, 2007). Et lorsqu'on parle de vitalité, il devient impératif d'en établir les indicateurs pour pouvoir mesurer, dans le temps, les progrès accomplis (Johnson et Doucet, 2006). L'un de ces indicateurs avait d'ailleurs été présenté il y a déjà quelques décennies par Raymond Breton (1964). Il s'agit de la complétude institutionnelle, qui fait de la gouvernance de ses principales institutions le principe fondamental de la reproduction d'une communauté. Depuis la fin des années 1990, on assiste, en ce sens, au développement d'un véritable sous-champ de recherche dans le domaine de l'analyse des minorités de langue officielle: en effet, les études de vitalité se sont multipliées, tant chez des chercheurs de différents instituts et centres de recherche que dans plusieurs ministères ou agences gouvernementales.

En deuxième lieu, rappeler le chemin parcouru pour l'obtention des services en français au Canada comme en Ontario, c'est faire état d'un débat de société. Et tout débat, comme toute prise de conscience,

renvoi à des valeurs et donc à des attitudes par rapport à ces valeurs. La transformation des lois est souvent le reflet d'un changement de paradigme comme de l'intégration de ces valeurs dans la société. Si les attitudes montrent une plus grande ouverture face à la reconnaissance de la minorité francophone en Ontario, il en va différemment des comportements, qui, comme chacun le sait, ne sont pas toujours en symbiose avec les attitudes. C'est sur le plan des comportements, tant de la majorité anglophone de la province que des communautés franco-ontariennes, que le travail de reconnaissance et d'acceptation doit désormais se faire: acceptation des droits et des besoins des francophones par la majorité anglophone; réappropriation de leurs droits et établissement de leurs besoins par les communautés francophones. Comme on le verra dans cet article, les deux composantes de cette dialectique tardent à s'arrimer.

Les représentations sociales

L'enquête dont on présente ici une partie des résultats avait pour objectif principal d'analyser les représentations des francophones vivant en situation minoritaire, en Ontario, en ce qui a trait à la santé en général, à leur propre santé, à celle de leur communauté, de même qu'à leurs perceptions des systèmes de soins auxquels ils ont accès, et ce, particulièrement lorsqu'ils vivent dans des régions rurales ou éloignées des grands centres.

Les représentations président à toutes les activités humaines. Il s'ensuit que les actions et les comportements des individus sont influencés par ces constructions symboliques. C'est un savoir que les individus d'une société donnée ou d'un groupe social élaborent au sujet d'un segment de leur existence et qui devient, pour eux, la réalité elle-même, à partir de laquelle ils agiront ou réagiront (Laplantine, 1999). Tout comme Denise Jodelet, on peut penser que les représentations

[...] s'étaient sur des valeurs variables selon les groupes sociaux dont elles tirent leur signification comme sur des savoirs antérieurs réactivés par une situation sociale particulière [...]. Elles sont reliées à des systèmes de pensée plus larges, idéologiques ou culturels, à un état de connaissances scientifiques, comme à la condition sociale et à la sphère de l'expérience privée et affective des individus (1999 : 52).

Il semble primordial, si l'on veut être en mesure d'intervenir tant au niveau de l'offre de soins qu'à celui du développement d'infrastructures communautaires de soutien ou à celui d'une certaine prise en charge de l'individu par lui-même dans des choix de modes de vie sains, et ce, dans toutes les régions de la province, même les plus éloignées, que l'on comprenne d'abord et avant tout comment les individus perçoivent et construisent ces ensembles d'éléments.

Les francophones en contexte ontarien

L'Ontario est la province qui compte le plus grand nombre de francophones au Canada, à l'extérieur du Québec: près d'un demi-million de personnes. Cette population représente environ 4,1 % de la population de la province (Statistique Canada, 2007)². Elle est encore fortement concentrée dans les régions de l'est et du nord-est et elle est majoritaire dans certaines collectivités de ces deux régions.

Un premier rapport sur la santé des francophones de l'Ontario paru en 2000 (Picard, 2000) constatait que leur santé est généralement moins bonne que celle de l'ensemble de la population ontarienne (plus de personnes atteintes d'asthme; plus de maladies cardiaques; plus grande proportion de fumeurs et de personnes ayant des problèmes de santé mentale) et qu'ils présentent des caractéristiques sociodémographiques qui les rendent plus vulnérables (population plus âgée, niveau de remplacement moins élevé, taux de littératie moins élevé). Un deuxième rapport confirme cet état de fait (Picard et Allaire, 2005). On peut y lire que les francophones ont encore une perception moins bonne de leur santé, surtout les femmes, et qu'ils obtiennent des résultats plus faibles quant à l'indice de l'état de santé (HUI)³. Ces caractéristiques sont plus marquées chez les personnes provenant des régions plus au nord de la province (Bernier et Allaire, 2005).

Dès lors, se posent les questions suivantes: si les francophones ont, d'entrée de jeu, une moins bonne santé, comment se vit leur rapport à la santé lorsque la distance dans l'accès aux services et la langue sont prises en compte comme facteurs aggravants? Quel est l'effet, s'il en est un, du peu de disponibilité des soins en français? Et, davantage encore, comment leurs perceptions sont-elles modulées par le faible niveau d'accessibilité des soins en raison des distances et des moyens de transport dans les régions situées plus au nord?

L'enquête : questions méthodologiques⁴

De type qualitatif, l'enquête s'est déroulée en février et mars 2005 dans le nord-est de l'Ontario (sur près de 1 000 kilomètres de territoire), auprès de 32 francophones (23 femmes; 9 hommes), qui ont participé à une entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes. Dans le but d'échantillonner divers types de situation, on a choisi 10 villes et procédé à une répartition par âge. Ainsi, 6 personnes proviennent de villes où l'on retrouve de plus grands centres de soins et une variété de services spécialisés (Sudbury et Timmins); 9 personnes, de villes de 6 000 à 9 000 habitants (Kapuskasing; Verner-Lavigne; Kirkland Lake) où il peut exister un hôpital ou un centre de santé communautaire et un ensemble restreint de services spécialisés; et 16 personnes, de localités de 4 000 à 6 000 habitants (Sturgeon Falls; Cochrane; Iroquois Falls; Hearst) où l'on trouve un hôpital local offrant certains soins primaires et peu ou aucun service spécialisé. Finalement, une personne vient d'un village de 1 500 habitants (Virginiatown).

Sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, la moyenne d'âge de l'échantillon est de 51 ans (7 personnes ont 39 ans et moins, 16 sont âgées de 40 à 59 ans et 9 ont plus de 60 ans); 27 individus sont mariés; 2 sont séparés ou divorcés, 2 sont chefs de famille monoparentale et une participante est veuve. On trouve des enfants à la maison chez le tiers de l'échantillon. Quant au revenu familial, 13 personnes reçoivent moins de 40 000 \$ par année et 9, plus de 60 000 \$. La moitié des personnes travaillent et 11 sont à la retraite. L'échantillon est de type stratifié raisonné et l'échantillonnage a été constitué à l'aide de la technique boule de neige au sein des réseaux francophones des différentes localités.

Le protocole d'entrevue comportait des questions portant sur trois thématiques: 1) la santé personnelle; celle de leur famille et de leur communauté; leur évaluation comparativement à l'environnement; 2) le système de soins (médecin de famille; urgences; distance d'accès aux soins primaires et spécialisés; recension des principaux services de santé dans leur communauté; langue(s) des services; taux de satisfaction; changements urgents à apporter; et 3) soutien familial et communautaire.

Le traitement des données a impliqué une combinatoire de trois méthodes et de deux logiciels. Les distributions de fréquences et les corrélations ont été obtenues à partir de SPSS. L'analyse discursive a été réalisée à la fois par une herméneutique classique à partir des questions de l'entrevue et une analyse quantitative des données textuelles à l'aide du logiciel Alceste. L'analyse textuelle effectuée par Alceste a pris en considération 88 % des éléments du corpus et donne une division des thématiques en quatre classes, d'inégale importance, qui portent sur : 1) ce que l'on fait pour un proche malade (12 %) ; 2) le narratif de situations liées à la maladie et aux hôpitaux (15 %) ; 3) la santé, le soi, l'environnement et la famille (17 %) ; et 4) l'insatisfaction face aux services offerts (55 %).

La synthèse exposée ci-dessous résulte d'une convergence des résultats obtenus par ces trois méthodes et se présente sous trois rubriques : 1) le profil de la situation de santé des participants ; 2) leur perception des services et du personnel médical ; et 3) l'insatisfaction exprimée face au système de santé.

Il est assez aisé de constater, outre les histoires de vécus difficiles ou même traumatisants, que l'insatisfaction générale face aux services de santé est ce qui ressort de plus marquant de ces entrevues. Et on verra que le rapport à la langue, le manque de services et de considération et le faible niveau d'intérêt accordé par le gouvernement aux citoyens des régions éloignées sont les pivots autour desquels se jouent l'insécurité et les désillusions par rapport au système de santé de la province.

Analyse des résultats

1. Portrait global de la situation de santé

Conditions de santé et perception de sa santé

Pour bien comprendre le rapport que les participants entretiennent avec les différents services offerts dans leur communauté et à l'extérieur, nous les avons interrogés sur leur histoire de santé, de même que sur la perception qu'ils ont de leur santé aujourd'hui. En ce qui a trait aux « vécus » de santé, 22 personnes ont eu moins de 5 hospitalisations dans leur vie (incluant les accouchements) et 5 en ont

eu 10 ou plus (dont 2, au moins une vingtaine). Pour 4 des interviewés, la santé est perçue comme « mauvaise » ou « plus ou moins bonne » alors que 9 déclarent qu'elle est « très bonne » (dont 3 qui disent n'avoir jamais été malades). Pour les autres, il s'agit d'un continuum entre « bonne » et « plutôt bonne », avec différents « mais » exprimant des restrictions, ou avec l'ajout de « en ce moment ».

Une vaste gamme de maladies ou de maux divers a été répertoriée, allant du diabète, à divers problèmes cardiaques (5), au cancer du colon, à des accidents de travail graves, à des dépressions récurrentes, de l'obésité, des problèmes de pression artérielle, des ulcères d'estomac, des séquelles liées à un handicap et à des chirurgies de remplacement. Il est intéressant de constater ici que l'affirmation que l'on est en « bonne santé » n'est pas toujours coextensive des ennuis de santé, maladies ou incapacités que l'on déclare. L'idéologie de la « parfaite santé » n'est pas répandue et, souvent, on présente sa santé d'aujourd'hui en relation à des épisodes passés de maladie, d'aggravation ou d'amélioration de son état, d'intervention chirurgicale ou plus simplement en rapport à l'âge.

Être en santé, c'est pouvoir faire les choses que tu aimes faire... dans le sens que c'est sûr que je n'aime pas les mêmes affaires que quand j'avais 20 ans. Je n'ai pas la même santé que quand j'avais 20 ans, mais ça ne veut pas dire que je n'ai pas une bonne santé (M : 58 – Kirkland Lake)⁵.

Il faut dire qu'on a des « mals », je suis rendu dans les soixantaines, il faut avoir des « mals » à quelque part... à part de ça on passe par-dessus et on se réjouit [...].

Ça va bien, j'ai l'arthrite un peu partout, là, j'ai même ce bord-là, il a été déchiré, mais ça m'empêche pas. Je fais mon ski pareil et je pense que c'est ça; l'endurance à beaucoup à faire dedans aussi. Si tu te dis malade, tu vas être malade; si tu te dis que tu n'es pas malade, tu n'es pas malade (F : 62 – Kapuskasing).

Ce qui a pour effet que la représentation de ce qu'est une « bonne santé » est très variable dans l'ensemble de l'échantillon. Ainsi, alors qu'il est aisé de comprendre qu'une personne handicapée à vie, à cause d'un accident survenu dans l'enfance, perçoive sa santé comme « mauvaise », bien qu'elle soit socialement fonctionnelle (autonome, mère monoparentale, ayant un travail permanent et des activités sociales), il est plutôt surprenant d'entendre cette autre handicapée (maladie

dégénérative de la colonne vertébrale depuis l'âge de 15 ans, ayant subi un nombre incalculable d'interventions chirurgicales) déclarer que sa santé est « assez bonne, en ce moment » même si elle est en fauteuil roulant, requiert l'aide d'une personne pour toute activité (toilette, déplacement, motricité, ne peut travailler ou avoir d'enfant) et passe la majorité de son temps au centre de jour pour handicapés de sa localité. Ou, encore, cet homme qui voit aussi sa santé comme « assez bonne » alors qu'il sort à peine d'un problème psychologique grave avec hospitalisation récente de plusieurs semaines, et cette autre personne aux prises avec un problème de glande thyroïde depuis plusieurs années, qui considère que l'anxiété que cela lui fait vivre lui rend la vie insoutenable et perçoit donc sa santé comme « plutôt mauvaise », bien que sa situation médicale objective ne soit pas alarmante dans le moment.

Définir la santé... pour moi c'est quelqu'un qui peut se lever à tous les matins, être capable d'aller travailler ou profiter de la vie au maximum. Tu sais sortir, avoir du *fun*, puis aller faire son jogging ou sa marche ou pas plus que ça (M: 45 – Timmins).

La perception de la santé est aussi liée à son interface sociale. Le discours médical de prévention et de responsabilisation individuelle se retrouve chez une bonne proportion des personnes: d'un côté, on attribue sa « bonne santé » au fait que l'on fasse de l'exercice régulièrement et que l'on « mange bien »; de l'autre, même si on ne se dit pas en si mauvaise santé, on déclare, et en général cette affirmation est reliée au surpoids, que l'on devrait faire plus d'exercice ou manger mieux.

Bien, en général, j'ai une bonne santé. Je souffre d'obésité. Mais, en général, je me crois pas mal chanceuse d'être en santé avec tout ce qu'on voit aujourd'hui. Oui, je me sens très bien. [...] Être en santé, pour moi, c'est l'activité physique régulière, en faisant des choses qu'on aime. C'est aussi manger à sa faim, mais s'assurer que les aliments qu'on mange sont des bons aliments pour nous. Surtout ici, à Sturgeon, on a beaucoup de restaurants et de « *chip stand* » donc... faut aussi consommer avec modération. Donc, pour moi, la santé, c'est ça. C'est faire de l'activité physique, dehors, jouer avec nos enfants (F: 32 – Sturgeon Falls).

[...] le problème a l'air d'être sous contrôle. J'en ai encore de temps en temps, c'est des palpitations de cœur. À part ça, je crois

que mon poids est trop élevé pour mon âge; je devrais perdre du poids un peu. Mais, à part ça, ma santé est bonne [...] Je fais attention à ce que je mange. Je prends mes médicaments tous les jours. Je marche beaucoup, parce que si je ne fais pas ça, je vais courir des troubles dans peut-être quatre ou cinq ans. À cinquante ans, il faut que tu prennes soin de toi-même (M: 50 – Kapuskasing).

Du côté du soutien social ou communautaire, l'intrication serrée des réseaux dans les petites communautés du Nord fait en sorte que, pour la très grande majorité des personnes (27), ce sont la famille, un parent proche (fils ou fille, sœur, beau-frère, cousine même) et, dans une moindre mesure, les amis sur qui on peut compter en cas de maladie ou d'urgence. La plupart des familles, semble-t-il, ont eu leur lot d'accompagnements lors d'accidents ou de cas de maladie impliquant assistance, déplacements et coûts, y compris lorsqu'il s'agit de villes éloignées (plus de 250 kilomètres) qui nécessitent un séjour plus ou moins prolongé, par exemple, à Toronto, à Sudbury ou à Ottawa.

Perceptions de la santé de son environnement

Dans la majorité des cas, on se considère soit au diapason de son environnement, soit en meilleure posture: on évalue sa santé comme meilleure (13) ou semblable (11) à celle des parents, amis ou voisins; et la santé de sa famille apparaît comme semblable (18) à celle des autres familles ou meilleure (8). Par contre, on obtient un portrait nettement plus pessimiste en ce qui a trait à la santé de sa communauté: pour plus de la moitié des individus de l'échantillon, la communauté n'est pas du tout en bonne santé. On exprime des inquiétudes à l'égard du nombre excessif de décès en raison du cancer ou de maladies cardiaques au cours des dernières années; on fait état de plusieurs problèmes liés au vieillissement et à l'environnement.

Pour faire un jeu de mots, je dirais que la santé à Kirkland Lake, elle n'est pas tellement en santé. Quand tu es dans un milieu de mineurs, surtout au niveau des hommes, les chances sont bonnes que tu sois malade parce que les mines, même s'ils ne veulent pas le dire toujours, les mines rapportent des problèmes de cancer. Et certaines études l'ont prouvé. Deuxièmement, encore les hommes, il y a beaucoup d'accidents. Et, ces accidents-là, plus tu vieillis, plus ça te suit, plus que ça te rend la vie difficile (M: 58 – Kirkland Lake).

2. Perception des services et du personnel médical dans son environnement

En se basant sur l'information obtenue, il est possible de dresser un portrait assez contrasté du rapport des interviewés aux divers services de santé offerts dans leur communauté, de même qu'à leur relation au personnel médical.

On peut obtenir des soins primaires près de chez soi, dans la majorité des cas : pour 21 personnes, l'hôpital ou le centre de santé est à moins de 10 kilomètres de la résidence alors que, pour l'autre tiers, il se situe entre 25 et 40 kilomètres; le tiers des répondants a aussi déjà eu recours au service de Télé-santé. Mais avoir un établissement à proximité ne signifie pas nécessairement avoir accès au service.

Vingt-sept personnes disent avoir un médecin de famille, ce qui est à mettre en relation avec la perception de la plupart d'entre elles à l'effet que « les autres, dans la communauté » n'en ont pas et doivent compter sur les « locum ». Et, là, chacun y va de différents exemples d'événements, tous plus difficiles et même parfois tragiques les uns que les autres, vécus par la personne « que l'on connaît » qui n'a pas de médecin de famille. Et, comme un leitmotiv, chaque participant a évoqué, au fil de son discours, l'anxiété à l'idée que « je ne sais pas ce que je vais faire quand il (ou elle : leur médecin) ne sera plus là ».

Donc, la représentation est double ici : pour soi, puisque l'on a accès à un médecin de famille en ce moment, on a une idée assez positive des services médicaux primaires offerts dans les divers lieux de prestation de son environnement, que ce soit au centre communautaire, au bureau du médecin ou à l'hôpital (un peu moins des deux tiers (19) disent se sentir assez bien desservis dans leur communauté à ce sujet); par contre, les participants expriment beaucoup d'inquiétude quant à la possibilité, pour ceux qui « n'ont pas cette chance », de gestion adéquate de leur santé. On en vient même à poser des jugements négatifs à l'égard de l'utilisation qui est faite des services de première ligne. Ainsi en est-il de l'urgence :

La moitié de la population ici va à l'urgence parce qu'ils n'ont pas de docteur. On a des « locum » qui viennent une fois de temps à autre. Les « locum », c'est des docteurs qui viennent d'en dehors et ils prennent une semaine peut-être par mois et ils vont venir.

[...] Le monde qui n'a pas de docteur peut aller voir ce docteur-là... Il n'y a pas beaucoup de docteurs [...] Il y a certainement 40 % de la population, je pense, qui n'ont pas de médecin de famille. C'est beaucoup... (F: 62 – Kapuskasing).

D'autres personnes, elles n'ont pas de docteur; alors elles vont à l'urgence, parce qu'elles n'en ont pas. Ça fait assez dur. Ça coûte cher. À l'urgence, les mêmes médecins qui sont en bas ont chacun leur tour à aller à l'urgence. Durant la journée, ils ont leur pratique. S'il y a de quoi en haut à l'urgence parce qu'il n'y a pas de docteur, la garde qui est dans ce coin-là appelle en bas et dit: « Il y a un patient pour toi en haut. » Ça fait qu'ils ne prennent pas d'autres patients, mais ils vont les voir à l'urgence. Ça paye plus d'aller à l'urgence que ça paye dans leur office (M: 54 – Iroquois Falls).

Moi, personnellement, l'urgence, quand on se rend à l'hôpital... c'est n'importe quoi quand tu ne peux pas avoir de réponse. Si t'as pas de médecin, puis t'es plus capable de te dire: « fais-toi z'en pas, c'est pas grave »... la perception, les sentiments, c'est des choses qui, pour les personnes qui les vivent, sont réelles. Donc, tu ne peux pas dire: c'est quand j'ai une attaque de cœur ou c'est quand je me suis cassé un orteil... D'après moi, une urgence, c'est une perception; quand tu ne peux pas avoir de réponse à tes affaires et que tu ne veux pas prendre de chance sur ta santé: tu te rends à l'urgence. Plus il va y avoir de médecins de famille, et plus tu vas avoir accès à des centres ou des services de santé communautaires, moins... On reproche aux gens de trop se ramasser à l'urgence, mais c'est qu'ils ne peuvent pas avoir la réponse ailleurs. Donc, ils vont la chercher à l'urgence (M: 65 – Iroquois Falls).

3. L'insatisfaction exprimée face au système de santé

La plus importante thématique retenue à l'aide du logiciel Alceste fait état d'un fort discours d'insatisfaction, assez généralisé à travers toutes les entrevues, mais plus particulièrement caractéristique des gens provenant des petites villes éloignées du Nord (en dehors de Sudbury et de Timmins, donc).

Ainsi, au-delà des inquiétudes et de l'exaspération liées au manque de médecins locaux, on exprime son angoisse, sa peur même parfois, quant au peu de services spécialisés disponibles près de chez soi et son insatisfaction de n'être pas servi dans sa langue, mais on fait état

surtout de beaucoup d'indignation et de révolte face au peu de considération dont on est l'objet lorsque les circonstances obligent une personne à se présenter dans les services des grandes villes. Ce que plusieurs interviewés rapportent à ce sujet, c'est que posséder les deux caractéristiques sociodémographiques suivantes : « venir du Nord » et « être francophone » semblerait être la combinaison perdante.

Être francophone : la difficile question de la langue

Dans leurs rapports avec le personnel médical, 26 interviewés affirment saisir les directives qui leur sont données, pour eux ou leur proche ; par contre, 14 déclarent ne pas se sentir toujours compris par les intervenants (ce n'est pas toujours une question de langue, bien que ce soit majoritairement le cas). Pour un peu plus de la moitié de l'échantillon (17), la langue de préférence pour recevoir les soins est clairement le français (certains ne comprennent pas du tout la langue anglaise, d'autres doivent accompagner des parents qui sont unilingues francophones), alors que, pour les 12 autres, cela n'a pas réellement d'importance.

Je trouvais ça dur, parce qu'« avoir mal au cœur » et être *nauseous*, ce n'est pas la même chose. Il me semble qu'il y a une distinction. Mais comment tu dis en anglais? *My heart breaks*? En anglais, ça veut dire que ton cœur est cassé [...] C'est dur de ce côté, mais au moins je suis bilingue. Les personnes qui ne sont pas bilingues, ça doit être plus dur. Comme moi, quand ma mère va au médecin, je vais avec elle ; j'entre avec elle dans l'office pour faire sûr que ce que le médecin dit, que c'est bien compris, parce que ma mère est française... (F: 39 – Kapuskasing).

C'est garanti que c'est toujours plus facile dans notre langue maternelle. Ici, nous autres, on peut s'exprimer en anglais ou en français, mais si on va voir des spécialistes, il faut qu'on tombe en anglais. Quand tu tombes en anglais, même si ça fait des années que tu parles anglais, quand tu tombes dans les termes médicaux, c'est toujours plus dur à comprendre... Puis, c'est dur à avoir des soins bilingues (M: 55 – Virginiatown).

Quand tu décris une maladie, c'est facile ; mais quand tu veux exprimer tes sentiments, comment la maladie t'affecte : on n'a pas les mêmes mots. Je trouve que c'est plus difficile d'exprimer nos sentiments. Comme, là, je suis écoeuvée d'être malade. Comment tu peux dire ça? (F: 54 – Cochrane)

Une question s'est posée: y avait-il certaines corrélations entre le rapport à la préférence de la langue et certaines caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon, notamment, la ville de provenance et le niveau d'instruction? En fait, il n'y a pas de différence statistiquement significative selon la ville de provenance, mais il y en a une, toutefois, en ce qui a trait au niveau de scolarité: les personnes ayant un niveau ne dépassant pas le primaire et celles, au contraire, qui possèdent un diplôme postsecondaire réclament avec force le français: les premières parce qu'elles sont unilingues, les secondes pour obtenir la reconnaissance des droits linguistiques. Chez les participants qui n'ont pas poursuivi leurs études au-delà du secondaire, la langue des services importe peu. Cette observation confirme des recherches antérieures sur le sujet (Laflamme et Dennie, 1990).

La langue dans laquelle l'ensemble de l'échantillon reçoit les soins, dans les faits, varie nettement d'un endroit à l'autre, pour les services de base, mais lorsqu'il s'agit de soins spécialisés, le personnel médical est pratiquement toujours anglophone. Pour les soins primaires, 8 personnes les reçoivent en français uniquement et 13 en anglais. Pour les 11 autres personnes, le service se fait dans les deux langues, dépendamment du personnel disponible ou du type de service.

Vivre dans les régions éloignées: la préoccupation de la distance

Près de la moitié des individus (14) a recours aux services spécialisés pour eux-mêmes; l'autre moitié les utilise pour un proche. La distance est évidemment au cœur des préoccupations. Les services spécialisés sont difficilement accessibles, tous l'ont indiqué: 11 personnes doivent parcourir plus de 350 kilomètres (dont 3, plus de 750 kilomètres) pour voir un spécialiste, alors que 17 font un trajet de 70 à 300 kilomètres. Comme l'exprime cette personne ayant une condition cardiaque précaire:

La santé, pour moi? C'est une peur. J'espère de tomber malade aux bons endroits. Si tu m'avais dit le mot « santé » quand j'étais au Sault, j'avais très peur. Je ne voulais pas tomber malade là-bas. À Sudbury, je me sens en confiance. Il y a une crainte attachée à ça... et un réconfort d'attaché à ce mot-là, quand je suis à Sudbury (F: 47 – Sudbury).

J'entends les frustrations des gens; il faut qu'ils attendent longtemps pour avoir des rendez-vous, pour voir des spécialistes. [...] Il faut qu'ils se déplacent souvent: Timmins, Sudbury, Thunder Bay, Toronto, pour – j'entends dire souvent – aller voir le médecin 5 minutes, mais ça leur a pris 8 heures à revenir. Plus ça prend de temps à revenir, plus c'est difficile pour eux autres. C'est stressant. Si c'est l'hiver, c'est encore pire... (M: 38 – Hearst).

Les soins spécialisés, c'est comme une personne qui a besoin de quelque chose de plus que général. Moi, j'irais dire qu'à Cochrane même, c'est un gros zéro. On n'a pas de spécialistes ici. J'irais plutôt dire... on est pognés pour s'en aller à Sudbury. *Let's put it this way*: on est pognés. C'est Sudbury, c'est Sudbury, c'est Sudbury. C'est toujours ça, Sudbury, dans le Nord (M: 70 – Cochrane).

Citoyens de deuxième classe? Le prix de la considération...

Même si cela leur apparaît parfois difficile, les gens du Nord savent qu'ils habitent loin... et s'ils n'en acceptent pas toujours les inconvénients, le fait de « venir du Nord » est toujours inscrit dans leur mode de vie, leur histoire, leur discours. Cela fonde en grande partie leur vision d'eux-mêmes: il y a, en effet, une représentation symbolique forte et positive à « être du Nord », une reconnaissance de son identité, de sa particularité: on est « plus vrai » quand on vient du Nord. Les poètes et écrivains franco-ontariens s'en sont d'ailleurs fait de valeureux chantres. Ainsi, les résidants des petites villes du Nord acceptent qu'ils doivent se déplacer, pour eux ou pour quelqu'un de proche, lorsqu'il s'agit de traitements hautement spécialisés... Cela fait partie de leur univers, de leur vie.

Par contre, ce qu'ils ne peuvent concevoir, c'est pourquoi, alors qu'ils doivent nécessairement parcourir une importante distance, s'organiser, assurer le voyage et les coûts, pourquoi, donc, n'obtiennent-ils pas un appui suffisant lorsqu'ils arrivent à Toronto, à Ottawa ou même à Sudbury? Pourquoi ne sont-ils pas traités comme ils le devraient? Ils ont été nombreux à relever le mépris et la condescendance avec lesquels on les reçoit et on les traite.

On dirait que les gens qui travaillent ici, dans le Nord, veulent bien t'aider. C'est quand tu t'en vas en dehors. Ça a l'air qu'on a

trois têtes ou ben quoi?... Tu viens du Nord? Mon dieu!... Y'a-tu des Esquimaux dans le Nord?! Tu sais ce que je veux dire... C'est là où est le manque, on dirait, de communication entre les deux. [...] Il faut qu'ils arrêtent de penser que les gens du Nord sont de deuxième ou de troisième classe. Les gens du Nord, ils paient des taxes, comme tout le monde! (F: 62 – Iroquois Falls)

Pour notre petit hôpital à Iroquois Falls, faut que je dise que les gardes-malades sont très bonnes. Je n'ai jamais entendu que t'as été mal traité; mais va dans le Sud, t'es juste un numéro. T'es traité comme un chien (F: 38 – Iroquois Falls).

En fait, la question fondamentale qui se pose, selon certains d'entre eux, est: comment se fait-il que toute la logistique qu'ils doivent déployer, souvent dans des conditions difficiles de déplacement ou de logement et d'insécurité, ne soit jamais prise en compte dans leurs rapports au médecin, au traitement et au suivi, lorsqu'on leur demande, par exemple, de revenir dans deux jours ou toutes les semaines? Et, plus encore, dès que le traitement, les tests ou l'entretien avec le spécialiste sont terminés, jamais, semble-t-il, on ne s'enquiert de la façon dont les personnes pourront retourner chez elles, particulièrement lorsqu'elles ont été amenées d'urgence à l'hôpital en ambulance-hélicoptère. On parle d'absence de compassion, de décontextualisation totale de l'individu, du sentiment d'avoir une valeur moindre.

C'est une des choses qui n'est pas juste. Il y a du monde, combien il y en a qui n'ont pas de char, faut qu'ils payent quelqu'un pour se rendre... Mais faut que ce soit adressé, ça, parce que le monde du nord de l'Ontario n'est pas traité comme le monde du sud de l'Ontario [...] j'ai perdu dans les trois dernières années des amis pas mal jeunes. Et, puis, il y en a d'autres que... il aurait fallu qu'ils aillent à des places qu'ils figuraient qu'ils étaient pas capables de se rendre là [pour avoir des soins]... Ils ne voulaient pas achaler personne, puis, ça, on voit ça souvent dans le cancer... Alors, ils manquent leur coup. Il y a de grandes injustices dans les moyens qu'ils donnent au monde du Sud par rapport au monde du Nord (M: 54 – Iroquois Falls).

Selon certains participants, les gens « du Sud » bénéficieraient même de programmes d'aide financière et de soutien lorsqu'ils doivent se déplacer plus au nord, notamment d'Ottawa à Sudbury pour les traitements de cancer, programmes qui, semble-t-il, n'existent pas dans les mêmes termes lorsque ceux du Nord voyagent vers le Sud.

Supplique au gouvernement

Lorsqu'on leur pose la question : « Si vous pouviez parler aux décideurs, au gouvernement, qu'est-ce que vous leur diriez au sujet du système de santé? », les participants, sont unanimes à dire qu'il faut injecter de nouvelles sommes d'argent dans les services hospitaliers et communautaires du Nord et à demander que soient développés des incitatifs pour que des médecins – francophones, si possible – s'installent dans leurs petites villes, en suggérant, même, selon certains, que l'on accélère la reconnaissance des diplômes des médecins étrangers qui veulent s'installer en Ontario.

Je leur dirais qu'il faut qu'ils apprennent à arrêter de couper. Les hôpitaux... ça se court comme des fous, il n'y a pas assez de monde. Faut qu'ils fassent quelque chose pour le nord de l'Ontario, qu'on ait des docteurs... pour encourager les docteurs à venir s'établir dans les petites communautés. Puis le coupage, il faut que ça arrête (F: 38 – Iroquois Falls).

Je dirais que c'est ridicule, d'après moi, le système de santé, toutes les coupures qu'ils font pour la santé. Parce que c'est des personnes humaines... Ils donnent combien d'argent pour des choses inutiles et puis ils coupent sur la santé. Moi, c'est mon point en général. Parce que la santé, c'est important. Aujourd'hui, eux autres, avec leurs coupures, les personnes âgées, ils les tassent de côté, « les personnes âgées n'ont plus besoin de rien, eux autres ». Ils sont après les arranger pour les euthanasier (F: 77 – Kapuskasing).

Je leur dirais que... il faut plus d'infirmières dans les hôpitaux. Les infirmières, je trouve qu'elles font pitié. Elles sont stressées. On dirait que ça finit que l'autre patiente, la patiente qui est en meilleure santé dans une chambre, s'occupe de l'autre, tu sais... parce que les infirmières peuvent pas. Un moment donné, j'ai eu un problème avec mon « IV » parce que c'était sorti et ça saignait partout. L'infirmière s'est mise à pleurer parce que, là, je venais de la reculer dans son horaire là... et elle était déjà en retard pour donner ses pilules et là, il fallait qu'elle s'occupe de moi avant de faire ses tâches. Elle était comme surchargée, puis elle était plus capable... (F: 47 – Sudbury).

Et en ce qui a trait aux droits linguistiques, on souligne avec force que c'est au gouvernement, et non aux individus, que revient de faire

en sorte que les francophones soient servis dans leur langue, c'est à lui de voter une loi qui rendrait incontournable le personnel bilingue dans les hôpitaux, les urgences, les centres de santé, qui donnerait à la langue minoritaire ses lettres de noblesse, son statut d'équité. Ce n'est pas aux individus de porter le poids de cette bataille, sans reconnaissance officielle et sans réelle obligation pour les institutions. Comment, en effet, se battre pour ses droits linguistiques en situation de crise ou d'urgence? Comment exiger d'être servi en français quand sa santé ou la santé d'un proche est en jeu, que ce soit pour les services primaires ou spécialisés?

C'est à la province de l'Ontario de s'ouvrir le bec là-dessus et dire : « Vous allez offrir des services dans les deux langues! » C'est notre problème à Cochrane (M: 70 – Cochrane).

Le monde, les gouvernements nous disent: « Plaignez-vous. Si vous vous plaignez pas, utilisez le service (comme il est). » Ce service-là, c'est ben beau, mais quand tu arrives en urgence avec ton jeune à l'hôpital ou avec ta femme, ou *whatever*, et que c'est une urgence, tu commences pas à chercher le français, tu sors ce que tu peux d'anglais [...] Deuxièmement, quand les gens t'ont servi, même dans leur langue qui n'est pas la tienne, et qu'ils ont fait le meilleur qu'ils ont pu, tu peux pas te plaindre parce qu'ils ne parlent pas la langue. Parce que si tu parles, ils vont prendre ça personnel. [...] Un docteur, ou surtout une infirmière qui a fait de son mieux pour te donner ce qu'elle pouvait te donner, mais elle parle pas ta langue et qu'à la fin tu vas porter une plainte parce qu'elle ne parle pas la langue, c'est pas vrai qu'elle va s'en foutre. Elle va prendre ça personnel. Tu ne peux pas faire ça. C'est pour ça que la loi devrait être qu'il y ait du monde là qui puisse te servir. Le monde devrait comprendre ça, les anglophones et les gens de service (M: 58 – Kirkland Lake).

Conclusion

Que ressort-il de ce tour d'horizon portant sur ce que les francophones du Nord vivent quotidiennement en rapport à leur santé, aux soins et aux difficultés auxquelles ils sont exposés?

Bien sûr, la problématique des régions éloignées ne leur appartient pas en propre. Mais, à la question posée en début d'analyse, on peut répondre que si, en plus de ne pas avoir suffisamment de services ou

de médecins ou de devoir assumer des contraintes liées à la distance, comme tous ceux qui vivent loin des grands centres, ils doivent ne pas être entendus dans leur langue lorsqu'ils sont dans une situation de vulnérabilité, alors que, d'entrée de jeu, ils représentent une population plus à risque parce que moins en santé que les autres Ontariens, comment ne pas penser que cela affecte et leur rapport aux services et leur rapport à la gestion de leur santé? Comment ne pas penser que cela peut amener certains d'entre eux à baisser les bras et à accepter une santé à rabais, dont la conséquence peut être une qualité de vie moindre, surtout chez les personnes plus âgées? Comment ne pas se demander s'ils reçoivent un traitement équitable? La santé, ce n'est pas qu'une question d'attitude ou de pensée positive, malgré toute l'importance qu'il faut accorder à la responsabilisation individuelle et à la prise en charge dans ce domaine.

En voulant aller vérifier plus en profondeur comment se passent réellement les choses dans le vécu quotidien des francophones du Nord, nous avons observé toute une économie de la gestion des personnes au sein des systèmes de soins où certaines caractéristiques des malades sont moins prises en compte que d'autres.

En deçà de ce qu'ont pu faire voir les analyses discursives axées sur le lexique, en deçà d'une herméneutique, même, qui a pu mettre en évidence l'inquiétude liée à l'excentrement, l'importance des réseaux familiaux, la colère, l'humiliation et le sentiment d'injustice, les entretiens ont mis en lumière des histoires qui rappellent la « perversité » du système de santé, ses points aveugles, sa difficulté à ne pas succomber à une hiérarchisation des malades et à ne pas tomber dans le piège d'une lecture en fonction des représentations sociales; son incapacité à actualiser le concept de santé positive envers le malade.

Ce qui ne peut que nous interpeller quant à la gravité des conséquences possibles pour les personnes qui, précisément, sont éloignées des grands centres et dont, de surcroît, les réseaux, ou sont limités ou ont à supporter le poids excessif de la prise en charge.

Par ailleurs, il est aisé de constater aussi que si les droits de la minorité francophone en Ontario sont de plus en plus reconnus sur le plan législatif et sur le plan des attitudes sociales globales et que l'on accepte de plus en plus l'importance du concept de vitalité pour en rendre compte, ils ne sont pas encore intégrés, tant dans les

comportements des membres de la majorité que dans les méandres du système. Les différents niveaux de gouvernement ont l'obligation, désormais, de soutenir le développement et l'épanouissement des communautés linguistiques en situation minoritaire. Du point de vue de l'individu, la vitalité de sa communauté passe, en premier lieu, par la perception de la santé de celle-ci, comme de sa capacité à avoir accès aux services nécessaires en temps opportun. Le hiatus entre ces deux exigences demeure profond, tant on a pu voir que la question de l'accessibilité reste entière et que l'on fait, encore et toujours, porter aux membres de la communauté en situation minoritaire le fardeau de l'application de la loi.

Resterait à aller voir si, cinq ans après leur implantation, les nouveaux réseaux locaux d'intégration fonctionnent bien et sont en mesure de développer de réelles façons de faire en partenariat avec les représentants francophones de chaque région.

NOTES

1. Cette enquête a bénéficié du soutien du Consortium national de formation en santé (CNFS).
2. 4,1 %, si l'on ne prend en compte que la réponse « français » à la question de la langue maternelle. Cette proportion s'élève à 4,4 %, si l'on y ajoute les réponses « anglais et français » (Statistique Canada, 2007).
3. Le *Health Utility Index* est une mesure générique de l'état de santé fonctionnel, à partir de huit attributs, destinée à évaluer les aspects à la fois quantitatif et qualitatif de la vie au moyen de cotes allant de 0,0 (pire état de santé, décès) à 1,0 (meilleur état de santé, parfaite santé).
4. Mes remerciements vont à Simon Laflamme pour son aide précieuse lors de la collecte de données et des analyses impliquant les logiciels SPSS et Alceste.
5. Les extraits d'entrevues sont codifiés de la façon suivante: M(asculin) ou F(éminin), âge, ville de provenance.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM, Dyane (2000). *Langue et santé: deux aspects du même engagement*, Ottawa, Commissariat aux langues officielles.
- ANDREW, Caroline, et al. (1997). *Les conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario: un enjeu pour les femmes*, pour la Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, Ottawa, Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
- BERNIER, Christiane, et Gratien ALLAIRE (2005). « Auto-évaluation de la santé, incapacités et améliorations à la santé », dans Louise Picard et Gratien Allaire (dir.), *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Service de santé publique de Sudbury et Institut franco-ontarien, p. 41-52.
- BERNIER, Christiane, et Renée ST-ONGE (2006). « La vision postmoderne de la santé: pièges d'un nouveau paradigme? », dans Christiane Bernier et Renée St-Onge (dir.), *Penser la santé des femmes dans la diversité*, Sudbury, Prise de parole, p. 7-28.
- BOUCHARD, Louise, et al. (2005). « La recherche sur les déterminants de la santé », dans *Rapport final: la recherche, un levier pour améliorer la santé, 1^{er} Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, Secrétariat national du CNFS, p. 24-29.
- BOUCHARD, Louise, et al. (2006). « Capital social, santé et minorités francophones », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, supplément 2 (mai-juin), p. S17-S21.
- BOUCHARD, Louise, Jean-Marie BERTHELOT et Isabelle GABOURY (2006). *Vivre en situation minoritaire influence-t-il la santé? La minorité francophone au Canada*, Toulouse, Association des épidémiologistes de langue française (ADELF).
- BRETON, Raymond (1964). « Institutional Completeness of Ethnic Communities and the Personal Relations of Immigrants », *Journal of American Sociology*, vol. 70, n° 2 (septembre), p. 193-205.
- COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (2001). *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Ottawa, Santé Canada, [En ligne], [http://santefrancais.ca/documents/CCCFSM_report_LR.pdf] (14 mai 2008).
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2002). *La santé des Canadiens: le rôle du gouvernement*

- fédéral: rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada*, le Comité était présidé par Michael Kirby, [En ligne], [<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repoc02vol6-f.htm>] (10 octobre 2008).
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2003). *Réforme de la protection et de la promotion de la santé du Canada: le temps d'agir*, le Comité était présidé par Michael Kirby, [En ligne], [<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repfinnov03-f.htm>] (10 octobre 2008).
- COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (2002). *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada: rapport final*, la Commission était présidée par Roy J. Romanow, Ottawa, Gouvernement du Canada, n° catalogue CP32-85-2002F.
- CORBEIL, Jean-Pierre, Claude GRENIER et Sylvie LAFRENIÈRE (2007). *Les minorités prennent la parole: résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, [En ligne], [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/91-548-XIF/91-548-XIF2007001.pdf>] (10 octobre 2008).
- CORIN, Ellen (1996). « La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie », dans Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore R. Marmor (dir.), *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*, trad. Michèle Giresse, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 103-141.
- DES MEULES, Marie, et Donna STEWART (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes: une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- EVANS, Robert G., Morris L. BARER et Theodore R. MARMOR (dir.) (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*, trad. Michèle Giresse, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- EVANS, Robert G., et Greg L. STODDART (1996). « Produire de la santé, consommer des soins », dans Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore R. Marmor (dir.), *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*, trad. Michèle Giresse, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 37-73.
- JODELET, Denise (dir.) (1999). *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- JOHNSON, Marc L., et Paule DOUCET (2006). *Une vue plus claire: évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire*, Ottawa, Commissariat aux langues officielles.
- LAFLAMME, Simon, et Donald DENNIE (1990). *L'ambition démesurée: enquête sur les aspirations et les représentations des étudiants et des étudiantes franco-phones du nord-est de l'Ontario*, Sudbury, Prise de parole et Institut franco-ontarien.

- LAPLANTINE, François (1999). « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie », dans Denise Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, p. 297-318.
- M'BALA, José (2005). *État de la recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire: bibliographie thématique*, avec la collaboration de Louise Bouchard, Christine Dallaire et Anne Gilbert, Ottawa, Consortium national de formation en santé, [En ligne], [<http://www.cnfs.net/publications/recherche-sur-la-sant-des-com-munaut-s-francophones>] (12 mars 2010).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA ET ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, Conférence internationale pour la promotion de la santé, du 17 au 21 novembre.
- PICARD, Louise (2000). *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Division du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, Service de santé publique.
- PICARD, Louise, et Gratien ALLAIRE (dir.) (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Service de santé publique de Sudbury et Institut franco-ontarien.
- SANTÉ CANADA (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé = Language Barriers in Access to Health Care*, préparé par Sarah Bowen, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces_f.pdf] (8 juin 2008).
- SAVOIE, Gérald R. (2007). « Le grand réveil franco-ontarien : de Montfort à la gouvernance francophone en santé », dans Sylvain Vézina (dir.), *Gouvernance, santé et minorités francophones : stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada*, Lévis, Les Éditions de la Francophonie, p. 23-43.
- SCHIELE, Bernard, et Louise BOUCHER (1999). « L'exposition scientifique : une manière de présenter la science », dans Denise Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, p. 429-447.
- STATISTIQUE CANADA (2004). *La santé des Canadiens vivant dans les régions métropolitaines de recensement*, Ottawa, n° catalogue 89-613-MIF.
- STATISTIQUE CANADA (2007). *Recensement de 2006*, Ottawa, n° catalogue 97-555-XWF2006002.