

Reflets

Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire



Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto

Françoise Boudreau

Volume 5, numéro 2, automne 1999

La santé des francophones de l'Ontario

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/026273ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/026273ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (imprimé)

1712-8498 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boudreau, F. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto. *Reflets*, 5(2), 123-154. <https://doi.org/10.7202/026273ar>

Tous droits réservés © Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire, 1999

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto¹

Françoise Boudreau

Introduction

Dans le cadre de la mise en application de la Réforme ontarienne en santé mentale qui promettait de « Mettre la personne au premier plan » (1993), le Conseil régional de santé du Toronto métropolitain² a créé un comité chargé d'effectuer une étude de besoins auprès des francophones de la région souffrant de problèmes sévères et persistants de santé mentale³. Celle-ci s'avérait essentielle en vertu de la *Loi 8* et de plus, des documents de la réforme classifiaient les francophones de la province comme étant un des groupes qui n'était pas « servis adéquatement » dans ce domaine (1993: 31)⁴. Ici, notre but n'est pas de présenter un compte-rendu du rapport (Boudreau, 1996), mais d'en revoir certaines données tant quantitatives que qualitatives afin de présenter un portrait inusité d'une population de francophones vivant avec de graves problèmes de santé mentale dans la région de Toronto.

Le présent article aura deux composantes majeures. Dans un premier temps, à l'aide des données de StatistiquesCanada, nous avons tenté d'estimer l'ampleur de la demande potentielle

des francophones à Toronto pour des services psychiatriques. Quelle est l'étendue des besoins? Doit-on parler de dizaines, de centaines ou même de milliers de personnes qui, dans la région de Toronto souffriraient de problèmes de santé mentale et auraient droit aux services en français? Pour faire cette exploration statistique, nous avons fait appel au *Supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la Santé de l'Ontario* de 1991 et à l'aide des variables disponibles, nous avons comparé, chez les francophones et les non francophones, l'ampleur des besoins exprimés et le taux d'utilisation des services. Les membres de la minorité francophone auraient-ils des niveaux de besoins et des comportements d'utilisation des services de santé mentale différents « des autres » Ontariens? Si oui, quels indices le *Supplément* peut-il nous offrir en vue d'une explication? L'expérience du « minoritaire », telle que décrite par les littéraires et sociologues de cette francophonie, peut-elle légitimement faire partie de cette explication? Quelques réflexions sur le portrait épidémiologique ainsi produit serviront de porte d'entrée vers la composante qualitative de cette étude où nous mettrons, effectivement, « la personne au premier plan ». À cette fin, nous avons interviewé 22 francophones aux prises avec des problèmes de santé mentale dans la région de Toronto et qui ont été ou sont toujours des utilisateurs de services, soit en anglais, soit en français. En leur donnant la parole, nous souhaitons surtout entendre leurs points de vue concernant la nécessité d'avoir des services en français. Nous désirions ainsi avoir un aperçu des « trajectoires suivies », des barrières auxquelles ils se sont heurtés, des désirs et des lacunes à combler. Sans généraliser, ni prétendre à l'exhaustivité des expériences, ces témoignages nous ont permis de saisir le tragique de la situation de ces personnes et de personnes comme elles, à l'aube de l'an 2000.

« Nous désirions ainsi avoir un aperçu des « trajectoires suivies », des barrières auxquelles ils se sont heurtés, des désirs et des lacunes à combler. »

Bref portrait épidémiologique

Toute réponse à la question concernant le nombre de francophones à Toronto et de là, de la grosseur du bassin de population ayant droit à des services de santé mentale en français, dépend de

la définition choisie pour y répondre. L'accent peut être mis sur les 2 245 personnes identifiées par Statistiques Canada qui, en 1991, ne parlent que le français comme langue officielle à Toronto ou encore, sur les 11 110 qui ne parlent que le français à la maison ou les 40 570 qui déclarent avoir le français comme langue maternelle ou même, sur le groupe très disparate des 139 035 personnes qui disent connaître le français et l'anglais comme langues officielles, mais dont bons nombres ne songeraient jamais à se prévaloir des droits conférés par la *Loi 8*. Une variable linguistique créée par Statistique Canada justement pour les fins d'application de la *Loi sur les langues officielles* et selon laquelle « la minorité francophone » de Toronto compterait, en 1991, 42 068 personnes nous offre un bon compromis (Tableau 1)⁵.

Tableau 1 — Population selon la première langue parlée et « minorité francophone ». Ontario, Toronto et Région du Grand Toronto, 1991

Première langue officielle parlée	Ontario	Toronto	Région du Grand Toronto
Total	9 977 055	2 255 170	4 282 195
Anglais	9 255 865	2 094 120	4 052 640
Français	483 445	31 610	60 815
Anglais et français	52 410	20 915	29 255
Ni anglais, ni français	185 335	108 525	139 450
Minorité francophone⁶	509 650	42 068	75 443

Source: Statistique Canada. Recensement de 1991 (échantillon de 20 %). Totalisations spéciales produites par Statistiques Canada pour René Guindon, ACORD.

Bien que chacune de ces personnes soit en droit de recevoir des services en français, nous n'avons pas d'informations factuelles concernant le nombre exact de personnes qui auraient, à tout moment, besoin de ces services ou le nombre exact de personnes qui s'en prévalent dans quelle que langue que ce soit. Nous ne

pouvons que faire certaines estimations. Ainsi, le ministère de la Santé de l'Ontario situe à 2 %, le taux standard de prévalence de maladies mentales de nature « grave, sévère et persistante » ou « chronique » chez les Ontariens (Ontario Health Survey 1990: 1). Une simple extrapolation suggère donc que dans son ensemble, la minorité francophone de Toronto et celle plus englobante du Grand Toronto compteraient respectivement un total de 841 et de 1 509 personnes qui souffrent de problèmes sévères et persistants en santé mentale. Parmi celles-ci, il y aurait 45 personnes à Toronto et 72 dans le grand Toronto qui, de surcroît, ne savent pas du tout parler anglais.

Les résultats du *Supplément sur la santé mentale de l'Enquête Santé de l'Ontario* de 1991 jettent un peu plus de lumière sur la situation⁷. Selon eux, le taux annuel de prévalence de toutes formes de troubles mentaux graves, modérés ou plus légers, calculé au cours de l'année précédant l'enquête, se situait à 19,5 % pour tous les Ontariens. Selon ces résultats, en un an, près d'une personne sur cinq en Ontario aurait vécu au moins un des troubles de santé mentale mesurés par l'enquête. Ce ratio de un sur cinq est déjà bien connu.

Nous nous sommes alors demandé si le taux de prévalence, de même que le taux annuel d'utilisation de services révélé par l'enquête, car toutes les personnes affectées ne consultent pas nécessairement, serait semblable pour les francophones et les non-francophones de la province⁸. Déjà, Néré St-Amand avait démontré que les Acadiens du Nouveau-Brunswick étaient « sur-représentés de façon significative, au niveau des traitements en psychiatrie » (1985: 164). À son tour, Snow (1987: 85) rapporte que « dans le nord du Nouveau-Brunswick, où vivent la majorité des Acadiennes et Acadiens, on peut observer un taux d'internement en psychiatrie double de celui de la moyenne canadienne » (cité dans St-Amand et Vuong 1994: 182). Par contre, Woolfson (1975) et Langelier (1982) ont établi que les Franco-Américains sous-utilisaient les services de santé mentale. Certaines études attestent d'un niveau de prévalence élevé ou plus élevé de troubles de nature mentale chez les groupes minoritaires (Fisher 1969; Neighbors 1986; Leong 1986;

« ...le taux annuel de prévalence de toutes formes de troubles mentaux graves, modérés ou plus légers, calculé au cours de l'année précédant l'enquête, se situait à 19,5 % pour tous les Ontariens. »

Passamanick 1963; Wallen *et al.* 1992), accompagné d'un taux plus bas d'utilisation des services (Woodward *et al.* 1992), en particulier des services externes (Wallen 1992; Scheffler et Miller, 1989). D'autres études sur le sujet rapportent un taux d'utilisation de l'urgence (Scheffler et Miller 1989; Snowden et Cheung 1990) et un taux de réhospitalisation plus élevés chez les groupes minoritaires (Havassy et Hopkin 1989). D'autres études notent une plus forte proportion d'admissions involontaires (Lindsey et Paul 1989; St-Amand 1985). À leur tour, Bavington et Majid soulignent que les groupes minoritaires de la Grande-Bretagne sous-utilisent les bénéfices du Service National de la Santé (1986: 91). Par contre, au Canada, une analyse des premières admissions pour patients schizophrènes a révélé que les groupes culturels et linguistiques minoritaires étaient sur-représentés (Bland et Orn 1981, repris dans Beiser 1988:14). Et pourtant, Woodward démontre que la population américaine d'origine hispanique a un taux de prévalence de troubles mentaux similaire à celui de la population générale, mais un taux d'utilisation des services beaucoup plus faible (Woodward *et al.* 1992: 224)⁹.

« Nos propres calculs, venant du *Supplément sur la Santé mentale*, révèlent que, chez les francophones de l'Ontario, le taux de prévalence de diagnostics psychiatriques au cours de l'année précédant l'enquête s'élevait à 22,4 % et à 18,1 % chez les autres. »

Nos propres calculs, venant du *Supplément sur la Santé mentale*¹⁰, révèlent que, chez les francophones de l'Ontario, le taux de prévalence de diagnostics psychiatriques au cours de l'année précédant l'enquête s'élevait à 22,4 %¹¹ et à 18,1 % chez les autres. De plus, cette différence demeurait, qu'il s'agisse de francophones du milieu rural comme du milieu urbain, des hommes comme des femmes, des personnes vivant dans le Nord ontarien comme dans le Sud et Centre Sud (Boudreau, Lin et Barnes 1997). Ainsi, les mêmes taux s'appliqueraient à Timmins et à Toronto. Par extrapolation, nous pouvons donc soutenir qu'en un an, 9 423 personnes faisant partie de la minorité francophone de Toronto et 16 899 du Grand Toronto auraient besoin de services de santé mentale (Tableau 2). Il en serait ainsi pour 503 francophones de Toronto et 810 du Grand Toronto qui ne savent pas du tout s'exprimer en anglais.

Tableau 2 — Prévalence de problèmes graves et persistants et prévalence de tout problème de santé mentale au cours des douze derniers mois chez les francophones de l'Ontario, de Toronto et du Grand Toronto, selon qu'ils ne parlent que le français comme langue officielle ou qu'ils font partie de la « minorité francophone », 1991

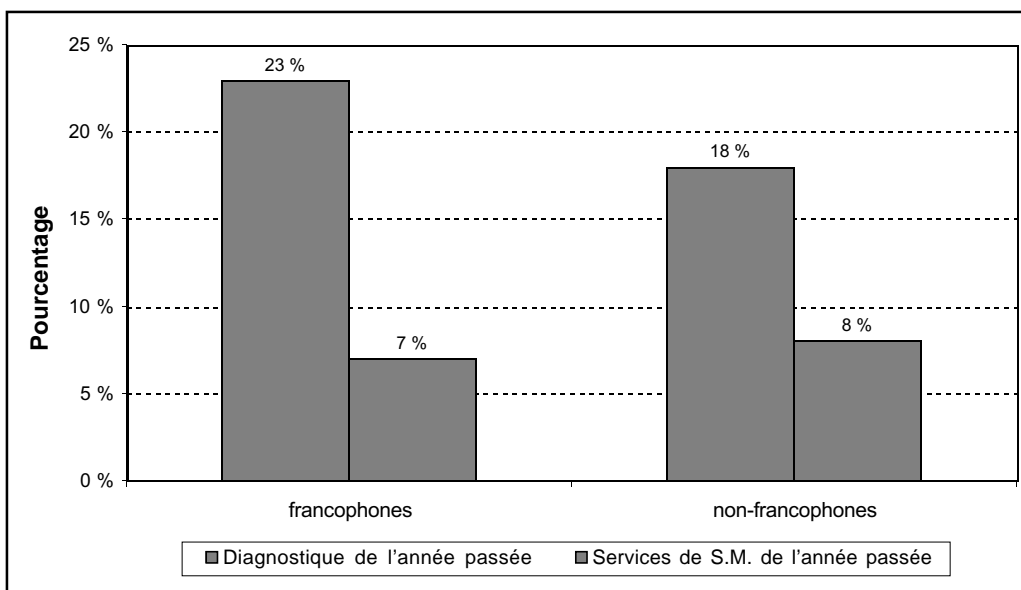
Minorité francophone	Population	Prévalence de problèmes graves et persistants (2% de la population)	Prévalence de tous les problèmes en douze mois (22,4% de la population)
Ontario	509 650	10 193	114 161
Grand Toronto	75 443	1 509	16 899
Toronto	42 068	841	9 423
Français seule langue officielle			
Ontario	54 245	1 085	12 151
Grand Toronto	3 615	72	810
Toronto	2 245	45	503

Source : Extrapolations basées sur les données de Statistiques Canada, 1991 et de René Guindon, ACORD, 1994

Le *Supplément sur la Santé Mentale de l'Ontario* recelait autre chose. Qu'il s'agisse de l'année précédant l'enquête ou durant leur vie entière, les francophones éprouvent plus souvent que les non-francophones des difficultés au niveau de la santé mentale. Ceci apparaît tant au niveau du diagnostic¹² (voir Figure 1 pour l'année précédant l'enquête) qu'au niveau de la perception que les répondants se font eux-mêmes de leur état de santé mentale (Boudreau 1996). Toutefois, comme le démontre la figure 1, leur taux d'utilisation de ces services ne diffère pas de celui des non-francophones (7,5 % et 7,7 % respectivement). On peut en conclure qu'il semblerait y avoir un niveau de besoins « non comblés », peut-être est-ce beaucoup dire, plus élevé chez les francophones. Non seulement nous ne savons pas dans quelle

langue les services ont été reçus, mais si ceux-ci ont été comblés à court ou à long terme et avec « satisfaction ». La composante qualitative de cette étude en révélera plus long à ce sujet. Au préalable, cependant, il importe d'explorer plus profondément les données du *Supplément* afin de voir si celles-ci n'auraient pas quelques indices à offrir pour aider à répondre à deux questions inéluctables: pourquoi les francophones de l'Ontario auraient-ils plus de difficultés et donc, un plus grand besoin de services de santé mentale? Et, pourquoi y aurait-il un niveau plus élevé de besoins dits « non comblés »?

Figure 1 — Besoins de services en santé mentale non comblés chez les francophones et non-francophones de l'Ontario (15-64 ans)



Source : *Supplément sur la santé mentale de l'Enquête Santé de l'Ontario (1991)*

À la recherche d'une explication socio-démographique, culturelle ou linguistique

À l'aide des variables disponibles dans le *Supplément*, nous avons pu explorer, de façon rudimentaire, trois avenues d'explications possibles. S'agit-il de différences essentiellement socio-démographiques? Doit-on parler de particularités attitudinales et culturelles? Doit-on y voir l'effet pénible de barrières linguistiques?

En premier lieu, les différences observées se maintiennent autant chez les hommes ou les femmes, chez les personnes de milieux rural ou urbain, chez celles du Nord de l'Ontario ou du Sud et par conséquent, il semblerait que ce qui affecte ces Francophones les affecte tous également. De plus, l'échantillon francophone du *Supplément sur la Santé mentale* reflétait dans toutes ses caractéristiques le profil socio-démographique des francophones de l'Ontario. Ils avaient un niveau d'éducation moins élevé, un revenu familial inférieur, un revenu personnel inférieur, peu importe la région, chez les personnes âgées de 44 ans et plus et surtout, chez les personnes âgées de 55 à 64 ans et enfin, une plus grande proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves que les non-francophones. Nous savons de plus que les francophones de l'Ontario présentent un niveau élevé d'analphabétisme (Wagner 1990) et une plus grande mobilité géographique (ACFO 1989). Toutes ces caractéristiques sont, de longue date, reconnues comme des facteurs de risque dans le domaine de la santé mentale (Ontario Health Survey 1990).

Au niveau des attitudes soutenues par les francophones face à la santé mentale, les résultats de l'enquête concordent avec certaines tendances à expliquer. En effet, il semble que les répondants francophones seraient un peu plus disposés à admettre qu'ils ont des problèmes de santé mentale (12,1 % contre 9,8 %) ¹³. En revanche, ils seraient moins disposés à dire qu'ils se prévaudraient de services s'ils avaient un problème grave (11,7 % contre 15,4 %). Par ailleurs, moins de francophones que de non-francophones seraient embarrassés d'admettre à leurs amis qu'ils reçoivent des

« ...l'échantillon francophone du *Supplément sur la Santé mentale* reflétait dans toutes ses caractéristiques le profil socio-démographique des francophones de l'Ontario. »

« ...il semble que les répondants francophones seraient un peu plus disposés à admettre qu'ils ont des problèmes de santé mentale (12,1 % contre 9,8 %) »

services psychiatriques (34,6 % contre 43,1 %). Par contre, ils se disent tout aussi inconfortables à l'idée de discuter de leurs problèmes personnels avec des professionnels (20,6 % contre 19,6 %). Désir profond de solutionner ses problèmes tout seul, en famille ou entre amis, peur de déranger ou d'attirer l'attention « des autres » et surtout de mal paraître aux yeux des « étrangers », particulièrement si ces derniers font partie de la majorité anglophone? L'énorme pouvoir de ces sentiments avait été observé en Acadie par St-Amand (1992) et associé à la condition de minoritaire. Dans son étude de la famille canadienne-française traditionnelle au Vermont, Woolfson explique la sous-utilisation des services de santé mentale chez ceux-ci dans ces mots: « recourse to outside aid is an indication that the family cannot handle its own affairs. It is a defeat only accepted as a last resort » (1975: 13). Selon Langelier, qui se penche aussi sur la réalité franco-américaine, cette barrière culturelle serait exacerbée par l'expérience religieuse du confessionnal: « which makes people reluctant to speak out face to face, in daylight, in an open space, to a person not bound by the same religious rules as is the priest » (1982: 239). Finalement, une étude plus récente de St-Amand et Vuong auprès d'ex-psychiatisés du Nouveau-Brunswick « démontre que le réseau sur lequel s'appuient les ex-psychiatisés francophones interrogés est davantage social (famille, groupes d'entraide), alors que pour la population anglophone, l'appareil institutionnel (psychiatres, institutions et cliniques) jouent un rôle déterminant » (1994: 194). Tout ceci concorde avec les résultats du *Supplément* selon lesquels les francophones disaient être à la fois moins prêts à discuter de leurs problèmes personnels avec des professionnels et moins embarrassés d'en discuter avec leurs amis. Que les francophones dépendent plus de leurs réseaux d'entraide pourrait expliquer jusqu'à un certain point, une sous-utilisation des services professionnels et institutionnels. Est-ce dire que nous trouverons chez les 22 répondants interviewés et qui ont eu recours aux services publics, que les aidants naturels jouent un faible rôle dans leur vie? Ajoutons que cette tendance à recourir à son milieu d'aide naturel pourrait se révéler bénéfique. Néanmoins, il demeure que ces mêmes francophones ont, selon la *Loi 8*, droit à des services dont ils ne se prévalent pas autant que les autres et

« *Que les francophones dépendent plus de leurs réseaux d'entraide pourrait expliquer jusqu'à un certain point, une sous-utilisation des services professionnels et institutionnels.* »

que ceci peut-être aussi dû à une barrière linguistique, socio-culturelle ou autre qui ne devrait pas exister.

À ce niveau, la variable « langue parlée à la maison » de l'enquête s'avère fort intéressante et permet de vérifier l'hypothèse suivante. S'il s'agissait d'une barrière principalement linguistique, nous pourrions nous attendre à ce que le taux d'utilisation des services soit plus élevé chez les francophones qui parlent l'anglais à la maison. En effet, ne se sentiraient-ils pas plus à l'aise de parler avec un professionnel, dans la langue utilisée de toutes façons, dans les relations familiales et intimes à la maison?

L'hypothèse n'a pas été confirmée. Il n'y avait aucune différence au niveau de l'utilisation des services au cours de l'année précédant l'enquête entre francophones parlant français et francophones parlant anglais à la maison. Qui plus est, moins de francophones parlant anglais à la maison déclaraient avoir utilisé de tels services au cours de leur vie (20,8 % contre 24,7 %). Pourtant, une plus forte proportion de ces francophones avaient vécu au moins un problème psychiatrique (24,9 % contre 18,6 %) au cours de l'année précédant l'enquête et ont révélé qu'ils considéraient comme étant « mauvais » leur état de santé mentale (24,9 % contre 20,1 %), soit un sur quatre au lieu de un sur cinq. Les données fort limitées du *Supplément* ne permettent pas de pousser plus loin notre questionnement, mais conduisent à faire certaines réflexions. En effet, nos constatations semblent offrir encore plus de crédibilité aux conclusions de Berry *et al.* (1987) qui identifient comme facteur de risque en santé mentale, un niveau croissant d'assimilation à une culture majoritaire. En clinique, le psychanalyste français Demangeat identifie « l'autre langue comme symptôme » en en parlant comme « la nostalgie d'une langue autre » ou encore, « d'une intimité révolue » avec soi-même ainsi que « la division du sujet » qui emploie la « bilangue » (1989: 373-375) dans la vie de tous les jours.

Est-il aussi légitime de chercher quelque explication dans les écrits de nos littéraires francophones qui ont constamment utilisé la métaphore de la folie pour illustrer les conséquences de la condition de minoritaire en Ontario? Nous pensons, entre autres, aux écrits de Patrice Desbiens qui dédie sa poésie « à ceux qui

« En effet, nos constatations semblent offrir encore plus de crédibilité aux conclusions de Berry *et al.* (1987) qui identifient comme facteur de risque en santé mentale, un niveau croissant d'assimilation à une culture majoritaire. »

ont faim et sont mangés » (1977). Il écrit: « il me manque des morceaux, il en traîne partout » (1978 : 68), « je suis plein de trous » (1978 : 69) ou encore, « Je suis le franco-ontarien dans le Woolworth abandonné de ses rêves » (1977 : 38)¹⁴. Ces énoncés illustrent si bien le terrible sentiment « d'aliénation et de dépossession » qui les habitent. Dans un livre au titre bilingue fort révélateur, *L'homme invisible/The Invisible Man*, Desbiens divulgue de façon troublante les sentiments de division et d'invisibilité qui torturent son héros et de là, la culture franco-ontarienne. Ici, « l'homme invisible n'ose plus rien dire, n'ose plus rien faire » (Desbiens 1981 :33). Si l'on admet que cette « critique acerbe de la société (...) témoigne spécifiquement de la condition franco-ontarienne » (Carrière 1993 :308), il ne s'agirait plus d'examiner la plus grande prévalence de troubles mentaux et la sous-utilisation des services uniquement en termes de barrières linguistiques ou attitudinales, mais de faire hommage à l'expérience même du minoritaire décrite par Fernand Dorais comme cet être « fatalement condamné à une incessante dérive. Il est humilié, bafoué, vidé de son appartenance au sens, marginalisé, réduit au silence » (cité dans Paré 1994 :27). Qui plus est, l'Ontario français serait un « peuple de névrosés », « spectateur de sa propre existence », « infantilisé », « coupé de la véritable intervention dans le monde qui l'entoure et le détermine » (cité dans Paré 1994 : 28). Aux dires de François Paré, l'argumentation est « violente » (1994 : 28) et selon nous, son application à toute une collectivité de termes associés aux symptômes de la folie est dévastatrice. Pourtant, Paré insiste : « la menace de la folie vraie, de la folie démente et destructrice de l'identité, se situe au cœur même des cultures de l'exiguïté et de tous les discours marginaux. Cette folie n'est pas bonne à voir ni à entendre; elle est souffrante, condamne au silence » (1992 : 120). Est-ce bien ce que le *Supplément* sur la santé mentale a mesuré? Est-ce de cette folie que nous observons les manifestations épidémiologiques? La prudence sociologique nous commande de sérieuses réserves!

Bien que ces écrivains de la littérature francophone de l'Ontario se veulent les portes-paroles de leur communauté « touchée par la malédiction collective » (Paré 1992 : 130), n'est-

il pas abusif, excessif et même insoutenable de considérer « la folie furieuse et démente » rencontrée chez certains de leurs personnages comme représentative d'une conscience collective et surtout individuelle généralisée Franco-Ontarienne? Pourtant, ces mises en scènes rejoignent, il faut le dire, la terminologie tout aussi évocatrice de démence, du sociologue Roger Bernard qui parle de culture éclatée, d'embrouillement de frontières linguistiques et culturelles, de fragmentation irréversible, de désagrégation des sentiments d'appartenance, de métissage identitaire, de périphérisation de la francité, de dépossession culturelle et de situations d'impasse, d'obnubilation par le bilinguisme et le biculturalisme (1990; 1991a; 1991b; 1993; 1994; 1998). Et selon lui toujours, « nous sommes continuellement confrontés à cette dure réalité des « étrangers à nous-mêmes », conclue-t-il à la fin de son livre, *Le Canada français: entre mythe et utopie* (1998 : 213).

« Jusqu'à quel point ces symptômes culturels jouent-ils au niveau individuel? »

Jusqu'à quel point ces symptômes culturels jouent-ils au niveau individuel? Loin de nous l'idée de se laisser emporter à poser un diagnostic médical et psychiatrique sur toute une population qui serait faite de généralisations faciles à partir d'un résultat d'enquête, de métaphores littéraires et d'une analyse sociologique particulièrement percutante. Nous avons jugé bon de questionner des francophones de Toronto aux prises avec des troubles mentaux, pour connaître leur vision des choses et explorer surtout les différentes trajectoires suivies en ce qui a trait à leur besoin ou non de services en français et aux barrières rencontrées pour l'obtention de ces services. Il est temps de les écouter.

Vingt-deux francophones nous parlent : qui sont-ils?

À la demande du Conseil régional de santé, plusieurs agences, institutions et intervenants offrant des services de santé mentale à Toronto ont contacté des clients francophones avec qui ils avaient eu des contacts et les ont invités à participer à notre étude. Vingt-deux d'entre eux ont accepté d'être interviewés¹⁵. Il y avait deux

fois plus de femmes que d'hommes. Leur âge se répartissait entre cinq ans et 94 ans. Les trois enfants étaient représentés par leurs parents. Il n'y avait pas d'adolescents¹⁶ et les adultes étaient âgés, en général, entre 35 et 64 ans alors que six avaient au-dessus de 65 ans. Quatorze sont Canadiens Français: quatre sont originaires de l'Ontario, onze du Québec, un du Nouveau-Brunswick. Les autres, tous citoyens Canadiens, viennent de la France, du Liban, de l'Égypte, du Maroc et d'Haïti. Ils étaient ici, en général depuis plus de dix ans, bon nombre ayant passé presque toute leur vie ici.

Au niveau de la langue comprise et parlée, vingt et un de nos répondants considèrent que leur français est excellent¹⁷. Huit considèrent que leur anglais est excellent, et quatorze le considèrent comme étant soit pauvre (9) ou assez bien (5). Douze parlent uniquement ou principalement le français au cours de leurs activités quotidiennes. Cinq parlent uniquement ou principalement anglais. Deux parlent les deux langues de façon égale et deux parlent le français, l'anglais et une troisième langue.

Clairement, il ne s'agit pas de présenter cette population comme représentative des divers segments constitutifs de la francophonie torontoise. Il s'agit plutôt de communiquer à travers ces témoignages individuels révélateurs de besoins et d'expériences qui parfois se distinguent et bien souvent ont beaucoup en commun les uns avec les autres. C'est une population qui veut et doit absolument être entendue.

De quels problèmes de santé mentale s'agit-il?

Avant de mettre l'accent sur le rapport que nos répondants entretiennent avec la langue utilisée en thérapie, il importe de comprendre la gravité de leur « problème de santé mentale ». Il importe de les connaître au moins un peu, malgré l'anonymat, pour bien les entendre. Aucun, il faut bien le dire, n'a directement associé son état de santé à sa condition de minoritaire, mais celle-ci, comme nous le verrons, est omniprésente dans leur conception

« On parle de schizophrénie, de dépression, d'angoisses, d'anxiété et de phobies, d'ennui, de solitude, de stress, de harcèlement, de drames familiaux et conjugaux, d'embolie, de séropositivité et de Sida, de paranoïa, de symptômes maniaco-dépressifs, d'instabilité émotionnelle et de tentatives de suicide. »

de soi et revient inéluctablement au niveau du récit des difficultés rencontrées en thérapie. Les termes utilisés pour qualifier leur malaise entremêlent causes apparentes et effets, le physiologique, le relationnel, le situationnel et l'intensément personnel. « Moi, c'est la tête, la mémoire, le découragement ». On parle de schizophrénie, de dépression, d'angoisses, d'anxiété et de phobies, d'ennui, de solitude, de stress, de harcèlement, de drames familiaux et conjugaux, d'embolie, de séropositivité et de Sida, de paranoïa, de symptômes maniaco-dépressifs, d'instabilité émotionnelle et de tentatives de suicide. « Quelle vie! Ça vaut rien, j'suis pas capable... J'ai pris un couteau et j'me suis coupé le cou... j'essayais de le rentrer mais pas assez fort et puis c'était noir et j'me sentais serré, fini, plus capable de vivre », nous confie ce vieillard arrivé en Ontario dans les années 50. Et puis, « quand on se sent isolé, on oublie qui on est », dit une Québécoise dans la cinquantaine qui vit en Ontario depuis l'adolescence. On y retrouve toute une gamme de tragédies personnelles et humaines. « J'ai plus les symptômes majeurs, d'entendre des voix, paranoïa, d'me voir à la télévision... Mais j'ai encore l'angoisse intérieure », révèle cette quadragénaire en Ontario depuis plus de vingt ans... ou encore, « Mon psychiatre pensait que c'était parce que j'étais homosexuel, mais c'est parce que mon amant venait de me quitter », déclare cet homme dans la trentaine, ici depuis une dizaine d'années. Parfois, on se veut plus discrète sur la nature de ce qui nous a traumatisée : « J'ai été élevée dans des circonstances émotionnellement et psychologiquement très dures ». Parfois, on évoque le déclenchement inattendu, foudroyant : « J'étais une enfant sage. À l'adolescence, tout a éclaté... ». Pour les enfants, on attribue les problèmes à « l'hyperactivité » ou à « l'épilepsie ».

Puis, il y a les drames familiaux (« Tout a commencé quand mon fils ... ») ou les déchirures (« Après la mort de mon enfant, j'ai fait une très grosse dépression, je ne pouvais plus bouger ou rien faire ») et les déceptions profondes face à sa vie et son travail (« C'était la frustration de vivre au niveau où je vis et de travailler dans des domaines qui ne sont pas nécessairement stimulants intellectuellement alors que je connais mes capacités qui sont très grandes »).

Enfin, tous peuvent dire quand les problèmes ont débuté, soit récemment (dans 13 cas, il y a moins de cinq ans) ou il y a fort longtemps (pour trois, il y a plus de 16 ans), dans leur région natale (9) ou à Toronto (13).

Langue parlée et langue préférée en thérapie

Quinze de nos répondants préfèrent ou préféreraient nettement recevoir des services de santé en français; cinq autres disent qu'ils n'ont pas de préférence, une personne est incertaine et une n'en veut pas. Pourtant seulement six personnes sur vingt-deux parlent français avec leur intervenant principal, au moment de l'enquête. Ce n'est donc pas uniquement parce qu'on n'en veut pas que l'on n'a pas de services en français! Comme nous le verrons ci-dessous, certains ne le demandent pas, d'autres se battent pour en avoir et ne rencontrent que refus, d'autres cherchent en vain. Rares sont ceux et celles à qui l'on en a offerts spontanément. Seules trois personnes se rappellent que quelqu'un ait pris cette initiative: une à l'urgence, une par une infirmière et un par un médecin de famille francophone qui voulait la référer à un psychiatre. Une d'entre elles, par contre, se dit offusquée qu'on lui ait offert des services en français, car elle y voyait une façon de la contrôler, de se débarrasser d'elle et de limiter ses choix. Bref, elle y voit une marginalisation, exclusion, « ghettoïsation » et n'aime pas ça : « J'me sens pas chez moi en me faisant dire ça! Si j'suis là, c'est parce que je veux l'être et puis les services en français, ils devraient avoir des gens qui parlent français au moins à chaque endroit plutôt que d'avoir un endroit précis où on doit aller pour des francophones ».

« ...et puis les services en français, ils devraient avoir des gens qui parlent français au moins à chaque endroit plutôt que d'avoir un endroit précis où on doit aller pour des francophones. »

Les raisons pour lesquelles on ne demande pas de services en français varient énormément. On n'en veut tout simplement pas: « quand on vient rester dans un pays anglophone, on doit s'intégrer. C'est pas à eux de s'intégrer. C'est à nous de s'intégrer [...] On vient ici pour s'intégrer ». Ou encore, on n'a pas de nette préférence, donc, on ne voit pas pourquoi demander: « Moi, l'anglais pis le français, c'est pareil pour moi, y a pas de différence... »

Mon anglais est 100 % ». Ou encore, lorsqu'on vit en Ontario depuis l'âge de 13 ans, le français, pour ses soins en santé mentale, « n'est pas vraiment nécessaire [...] Après cinquante ans de vie bilingue, je ne pense pas qu'il y ait des choses que je préférerais exprimer dans une langue ou une autre. Les deux langues sont là pour que j'exprime ce que j'ai à exprimer ». Partie du Québec pour l'Ontario, il y a déjà plus de 75 ans, une répondante par contre, aurait aimé avoir des intervenants francophones pour l'aider avec sa schizophrénie, mais « c'était déjà trop demander », dit-elle. Elle n'aurait pas osé :

De toute façon [...] , j'étais tellement heureuse d'avoir un peu d'aide. J'me suis dit, il faut bien être connue: j'arrive quelque part, ils m'accueillent sur une autre planète, est-ce qu'il faut que je demande en plus des soins particuliers? Bien, déjà que c'était beau, j'ai pas pensé que je recevais pas assez. Puis, je m'suis mise à apprendre l'anglais un peu mieux. [...] Maintenant, c'est tellement naturel de penser en anglais que j'y pense plus.

De plus, maintenant, il faudrait se réadapter, et cela serait trop difficile, alors elle ne demande toujours pas: « Y a tout un vocabulaire de santé mentale que j'ai appris en anglais, puis maintenant, le dire en français, j'aurais des problèmes. Faudrait que j'regarde dans un dictionnaire ».

« *L'embarras, la gêne, la confusion, le dépaysement lorsqu'on se trouve à l'hôpital jouent aussi un rôle important.* »

L'embarras, la gêne, la confusion, le dépaysement lorsqu'on se trouve à l'hôpital jouent aussi un rôle important. Un homme de plus de 70 ans nous dit: « J'ai pas demandé de services en français parce que ça m'embarrassait d'être là [...] J'ai pas demandé parce que je savais pas où j'étais rendu ». Puis, cela aurait demandé trop d'énergie, énergie qu'en ce moment, après sa tentative de suicide, il n'avait pas: « J'étais faible un peu, non, j'ai pas demandé de services en français [...] On ne sait pas ce qu'on fait, on est découragé, ça fait comme si on a les mains molles [...] On n'a pas de force. Puis d'la tête, on en a pas, on est perdus [...] ». Malgré son anglais vacillant, son « jargon », comme il dit, on ne lui a pas offert d'interprète.

« Il y a également...les règles de la politesse, bien endoctrinées, surtout celles qui gèrent le comportement du minoritaire face au majoritaire, du vaincu face au vainqueur. »

Il y a également, et nous en connaissons tous le pouvoir, les règles de la politesse, bien endoctrinées, surtout celles qui gèrent le comportement du minoritaire face au majoritaire, du vaincu face au vainqueur. Une Québécoise dans la quarantaine, en Ontario depuis cinq ans et demi, rencontre finalement en thérapie de groupe une autre cliente francophone qui, pourtant, refuse de lui parler en français, « par respect pour les autres ». « Pourtant, dit-elle, on ne se crie pas à toute tête en français, on se parle! ».

Pour d'autres, enfin, ce n'est pas qu'on ne demande pas, c'est qu'on ne demande plus. On capitule, saisis d'un sentiment de frustration :

On a beaucoup de mal, à tous les niveaux, du gouvernement, à tous les niveaux, de se servir du français. On se moque de nous, on nous prend pour des idiots. Et surtout, jamais dans un hôpital, on n'a jamais été accueillis en français, alors, on ne demande même plus car on nous regarde comme des animaux étranges venus d'ailleurs. C'est sûr qu'on en souffre.

« ...d'autres ont l'impression de se battre perpétuellement et ce, sans grand succès. »

Alors que certains ne demandent pas, ou ne demandent plus, d'autres ont l'impression de se battre perpétuellement et ce, sans grand succès. Québécois demeurant à Toronto depuis une douzaine d'années, il est âgé dans la trentaine, est séropositif et souffre, dit-il, de « dementia ». Il a beaucoup de difficultés à vivre à Toronto. « C'est un combat constant [...] », ceci le rend encore plus malade.

À vivre ici à Toronto et à me battre tous les jours pour avoir des services dans ma langue me rend dépressif. Ça sert à rien pour moi de voir un psychiatre en anglais parce qu'il y a des termes que je ne comprends rien, puis j'peux pas m'exprimer. Ce qui vient chercher en dedans de moi, au plus profond, c'est ma langue maternelle [...] Je cherche quelqu'un, un psychiatre francophone avec qui je peux me vider le cœur, mais je ne trouve pas.

Partout, il ne rencontre que résistances et refus :

On m'a partout répondu: You speak English quite good [...] . Ben, je n'en ai eu aucun service, pas du tout de services en français, j'ai eu aucun service. On m'offre toujours des services d'anglophones, je ne peux pas m'exprimer assez bien [...] Alors je refuse d'y aller [...] Ça devient pour moi un cauchemar! [...] Ça me tue de pas avoir les services en français dont j'ai besoin.

Il s'est adressé à l'Église pour de l'aide. Même là, dans sa propre communauté, il n'a pas été bien reçu : «Y'a une église francophone dans le quartier. J'ai demandé de l'aide à cette église là. On ne voulait pas m'aider. On m'a dit : on ne vous voit pas souvent à l'église, on ne vous connaît pas, vous pourriez être un voleur, on ne peut pas vous aider ». Défait, il a trouvé sa solution : « Je retourne au Québec pour avoir des services garantis en français ».

Québécois d'origine et homosexuel, un autre répondant est en Ontario depuis huit ans. Il fait une tentative de suicide après avoir vu deux psychiatres anglophones qui selon lui « étaient homophobes » et avaient des idées préconçues sur son mal. Il précise que : « d'avoir pu m'exprimer en français aurait prévenu ma tentative de suicide ». Il cherche toujours, sans trouver.

J'ai toujours des commentaires lorsque j'essaie de m'exprimer en français ou de recevoir des services en français. Ils me disent tu peux parler anglais un peu, t'es capable de t'exprimer en anglais. Tu dis : oui, j'suis capable de m'exprimer en anglais pour te dire qu'je suis malade, mais pas pour expliquer les problèmes exacts que j'ai. J'peux pas le faire en anglais parce que j'connais juste les termes en français.

On se rappellera ici d'un rapport sur la même problématique présenté par l'Association canadienne pour la santé mentale en 1987 pour la région Ottawa-Carleton et ayant comme titre percutant, *Quand je suis malade, je ne suis pas bilingue* (1987). C'était vrai hier, c'est vrai aujourd'hui.

« Il arrive souvent que la demande de services en français soit comprise comme une exigence de nature strictement idéologique ou politique... »

Parfois l'attitude rencontrée est hostile : « Ils ne nous aiment pas beaucoup les Anglais! », dit l'une. Il arrive souvent que la demande de services en français soit comprise comme une exigence de nature strictement idéologique ou politique : « On m'identifie très vite au Québec. Certaines personnes ont des préjugés au sujet des Québécois! ». Le risque est toujours là et lorsqu'on est vulnérable, on ne peut pas se payer d'attiser la rancœur, la xénophobie.

Mais les barrières ne se limitent pas à cette attitude réfractaire, si souvent rencontrée. Parfois, on cherche, on trouve, mais « ces services sont trop loin »; « c'est pas à notre portée », nous dit cette femme seule; « c'était le soir et je ne voulais pas faire le trajet par métro; je conduis pas beaucoup » nous explique une autre ou encore, ce n'est pas ce dont on a besoin : « on a pas assez de portes de sorties pour aller chercher du secours; à Montréal, j'avais toutes les sorties. Y'a pas le service dont on a besoin dans les écoles françaises », nous dit un père émigré d'outre-mer il y a quelques années et dont la petite fille d'âge scolaire doit demeurer à la maison et apprendre l'anglais deux heures par jour, aux frais de la commission scolaire anglophone du secteur afin qu'elle puisse intégrer leurs classes spéciales. « J'aime autant oublier le système français », conclue-t-il.

Finalement, on ne sait pas où chercher, où trouver : « J'aurais aimé un médecin francophone, mais où le trouver? » est une question entendue maintes fois lors de nos entrevues. Le sentiment « de ne pas avoir les outils nécessaires », « de frustration », « d'impuissance », est intolérable.

L'expérience des services en anglais lorsqu'on n'a pas le choix : « torture, cauchemar... »

L'absence de service en français s'avère être une véritable tragédie pour bons nombres de nos répondants. Leurs témoignages sont fort révélateurs de situations intenable et souvent extrêmement dangereuses. Deux nous ont dit : « Je suis une bombe à retardement ».

Nous les avons tous laissés parler, s'ouvrir le cœur, en français : « On m'a traitée plus différemment que j'étais différente » . Parfois l'intervenant fait un effort, mais pour un temps seulement :

Quand il y avait des situations angoissantes, quand je cherchais mes mots, il essayait de me corriger, de m'aider [...] J'aurais aimé une personne avec qui je pouvais parler. Maintenant, il ne fait pas de psychothérapie, il prescrit des médicaments. On ne parle pas beaucoup. C'est surtout pour me prescrire des médicaments [...] Mon mari me reproche d'avoir une vraie pharmacie dans ma chambre [...] J'ai dû aller récemment dans un foyer de désintoxication afin de prendre moins de médicaments.

Et puis, pour certains, mieux vaut sortir de là :

Je vous le jure, madame, quand j'étais malade, j'ai passé proche de mourir. Je faisais une maladie qu'on appelle dementia et c'est extrêmement difficile de demander à quelqu'un qui parle une autre langue de parler une autre langue. [...] Pendant deux semaines, les médecins me disaient quelque chose, ça me rentrait pas du tout dans la tête et j'ai rien compris de ce qu'ils disaient [...] J'ai perdu du poids parce que personne ne me comprenait quand je disais ce que je voulais manger pour vivre. J'ai dit au lieu de rester à l'hôpital pour mourir, je vais à la maison pour vivre. Je serais resté à l'hôpital, je serais mort.

Le stress en rend un autre encore plus malade :

J peux aller magasiner en anglais, mais pas parler de mes émotions [...] Je peux y arriver avec mon gynécologue, mais lorsqu'il s'agit d'émotions et de santé mentale, cela m'est impossible, c'est un stress épouvantable de devoir le faire en anglais. Je l'ai vécu et ça me rendait malade, encore plus malade.

Au moins, l'anglais est une langue humaine, cela reconforte :

C'était en 72 et c'était en anglais. Ça m'a étonnée, j me suis dit, tiens, un semblant d'humain. J'avais

pris des cours d'anglais à l'école et je savais que c'était une langue humaine, mais j'la comprenais pas. Mais tout d'même, j'savais qu'il y avait un peu de familiarité là-dedans, c'était d'la même espèce. À part ça, tout était étrange [...] J'savais que c'était une autre planète.

Et puis, certaines personnes sont oubliées et s'enfouissent dans les rues. Au poste de police qu'elle avait appelé pour de l'aide, en arrivant sur le pouce avec son enfant à Toronto, une jeune mère réussit à communiquer avec « le langage des signes appris au Québec! ». Le jour même, une fois son enfant en sécurité avec l'Aide à l'enfance, elle tente de se jeter en bas d'un pont.

À l'hôpital, tout s'est passé en anglais. J'en ai demandé (des services en français) mais ils ont dit qu'il n'y en avait pas. On m'a laissée pour acquis là. On m'a foutu dans un lit, je faisais partie des meubles. On pouvait pas communiquer avec moi. On m'a pas offert d'interprète.

Deux semaines plus tard, elle sort de l'hôpital pour prendre un peu d'air frais et se perd dans Toronto. « Je n'ai pas pu retrouver l'hôpital ». Enceinte de son deuxième enfant, elle passe les prochains six mois de sa grossesse dans les rues, sans abri. « C'est frette Toronto, l'hiver! ». Au moment d'accoucher, elle appelle l'urgence...

Certains sont plus chanceux, dirait-on. Ils ont un conjoint, une mère qui peut les aider à traduire ou agir comme interprète, situation loin d'être désirable ou confortable.

(Le psychiatre) était un homme très compréhensif, très doux, très calme [...] Mon gros stress, c'était qu'avant de partir, j'demandais à mon mari qui, lui, est parfaitement bilingue, comment tu dis ça en anglais. Puis là, je préparais mes entrevues avec le psychiatre d'avance avec mon mari en demandant les termes en anglais. Alors, c'était une torture. Alors, j'pouvais vraiment pas guérir parce que chaque fois que j'voyais le psychiatre, même s'il était extraordinaire, le fait pour moi, surtout malade comme je l'étais, d'avoir à dire mes problèmes

émotifs en anglais, c'était une torture. (Ma fille) fait ce qu'elle peut. Quand la thérapeute lui parle, elle va répondre en fonction de ce qu'elle a compris et très souvent, elle va venir me voir et me demander : maman, comment dit-on telle chose en anglais. Alors, je traduis.

« *La thérapie de groupe, en anglais, s'avère souvent un véritable supplice... »*

La thérapie de groupe, en anglais, s'avère souvent un véritable supplice, comme en témoigne une Acadienne à Toronto depuis 20 ans :

La thérapie de groupe, en anglais, ça me rendait malade. Ça m'aidait pas dans l'état où j'étais [...] J'me culpabilisais tellement, j'me trouvais tellement stupide, de pas parler anglais [...] Ça me bloquait, me stressait. J'avais mal au ventre avant d'aller, ça me rendait encore plus malade. Je voyais tout ce monde qui parlait en anglais. J'les enviais, alors moi j'me démolissais, j'suis donc stupide, j'arrive même pas à parler couramment anglais comme eux. Ça m'emmerdait énormément.

Et elle ajoute :

[...] j'les vois pleurer, bon, j'comprends qu'ils sont [...] upset [...] parce que ça pleure. Mais ce qu'ils vivent à l'intérieur, j'le ressens mais j'comprends pas le pourquoi [...] Fait qu'à kek part, j'me sens perdue. J'suis dans un groupe où je vois plein d'émotion, puis j'arrive pas à comprendre le pourquoi [...] Puis, quand c'est mon tour à parler, j'leur en veux pas parce que j'ai appris à rire de mes erreurs que j'fais en anglais, sauf que c'est frustrant dans un autre sens parce que j'essaie de dire kek chose, pis j'cherche une compassion kek part et tout ce j'ai comme feedback, c'est des pouffées de rires.

Mais, nous dit une autre répondante, qui parle souvent tout haut tout seul en public, il y a tout de même un avantage à ne pas être compris:

J'ai arrêté d'me retenir. À quoi ça sert. J'ai quelque chose à me dire, j'me le dis. Puis, j'va te dire, souvent, ça

sort en français. Alors, c'est pas embarrassant, la plupart comprennent pas [...] Puis, quand je veux un siège dans le métro, je me mets à parler ainsi en français et j'ai trois sièges à moi toute seule: mais essayer d'avoir l'air folle, tu peux avoir l'air fou. Faut l'faire avec classe!

L'expérience des services en français : succès parfois bien mitigé!

« Personne ne prend les services en français pour acquis simplement parce que la Loi 8 leur en donne le droit. »

Certains trouvent finalement un psychiatre francophone par l'entremise de l'annuaire francophone, une infirmière qui parle français dans un hôpital et qui agit comme guide, le Centre médico-social de Toronto, SOS femmes, le Centre Héritage, le Centre des Pionniers, et même le Centre francophone qui offre de bons conseils. Ils trouvent parfois en utilisant des moyens tout à fait inusités. Un de nos répondants, entre autres, s'est adressé au Bloc Québécois pour leur demander de lui trouver un psychiatre francophone à Toronto, ce qu'ils ont fait. Nos répondants attribuent généralement cette « découverte » à la « chance », et, de fait, ils se considèrent nettement « chanceux ». Personne ne prend les services en français pour acquis simplement parce que la *Loi 8* leur en donne le droit.

Une Française, merci mon Dieu! J'avais un médecin extraordinaire, puis elle était canadienne-française, à part ça. J'ai été chanceuse. (J'avais été) barouettée de gauche à droite mais enfin, on (S.O.S. femme) m'a trouvé ce médecin-là. C'est une femme extraordinaire [...] S.O.S. femme, une chance que j'les ai eus, je serais bien folle aujourd'hui.

Avoir finalement trouvé le nom d'un psychiatre francophone dans l'annuaire francophone de Toronto et qu'il ait accepté de la recevoir sans référence de la part d'un généraliste, pour une autre, « c'est le plus beau cadeau de la terre [...] Alors pour moi, c'était plus qu'un million! Sa réponse était oui! Parce que je sentais que j'étais

en train de me noyer. Puis quand j'ai vu ce psychiatre (sic) là, ça été le bois d'épave auquel je me suis accrochée pour pas me noyer ».

Pourtant, l'expérience n'est pas toujours satisfaisante. On est parfois profondément déçus. « J'ai pas été satisfaite de l'effort de l'école (francophone, en psychopédagogie), c'était pas assez complet ». Parfois on se rend compte que le service pourtant francophone n'est pas adapté à ses besoins: « C'est des fausses promesses! [...] J'peux pas parler, elles sont toutes sourdes! Sont toutes à moitié mortes sur une chaise roulante [...] C'est platte! Je fais rien, absolument rien ici ».

« Et puis le français parlé par les intervenants... laisse parfois à désirer. ... « Je sais qu'ils s'essaient beaucoup [...] ça doit être difficile pour eux mais, je sais pas pourquoi, c'est plus facile pour moi de parler anglais que pour eux de parler français ». »

Et puis le français parlé par les intervenants dans certaines institutions, même accréditées, laisse parfois à désirer. Alors, on fait la seule chose polie et possible: « Je sais qu'ils s'essaient beaucoup [...] ça doit être difficile pour eux mais, je sais pas pourquoi, c'est plus facile pour moi de parler anglais que pour eux de parler français ». Et ajoute-t-elle à propos d'une institution où on offre des services en français, « Au moins ici si je dis un mot en français car je le trouve pas en anglais, ils vont le comprendre! ». L'expérience est assez courante, on s'y reconnaît facilement: « J'ai finalement trouvé un intervenant qui parle français, mais quand j'ai réalisé que son français était pire que mon anglais, j'ai décidé de parler anglais, pour lui aider ».

Enfin, rien n'est garanti à vie. Après avoir passé des mois, enceinte, dans les rues de Toronto, cette jeune mère de deux enfants maintenant, avait trouvé. Et pourtant:

ma plus grosse crainte est dans le temps des fêtes, quand il y a eu des coupures dans les services sociaux, ça a été de perdre ma thérapeute. Ça a eu un gros impact sur moi, sur ma qualité de vie avec mes enfants. Mon insécurité s'est manifestée par de l'impatience, manque de sommeil, nervosité [...] des crises de larme. Pour l'instant, je ne me verrais pas vivre un avenir rapproché, sans thérapeute. Je dégénérais rapidement.

Spécifions ici que les personnes interviewées avaient toutes fait appel à des services publics de santé mentale, c'est ainsi qu'on a

pu les repérer. Pourtant, si on se fiait uniquement aux données du *Supplément de Santé Mentale de l'enquête sur la Santé de l'Ontario* examinées en première partie de cet article, elles auraient donc toutes trouvé une réponse à leurs besoins de services. Nous sommes bien loin de la réalité!

Et la famille, le réseau, la communauté, l'aide naturelle?

« Presque personne n'avait, dans la communauté, quelqu'un avec qui « se vider le cœur » comme ils l'auraient tant désiré. »

Dans presque tous les cas, les adultes étaient isolés, seuls dans la vie. « J'ai perdu ma dignité, mon emploi, mes amis », nous dit l'un. « T'es vu comme un crack pot, une personne qui abuse des drogues [...] Une personne qu'il faut se tenir de loin », nous dit un autre. « Quand j'avais besoin de parler avec quelqu'un, on me disait qu'on avait pas le temps, alors je me disais que ce ne sont pas des amis », renchérit-il. Presque personne n'avait, dans la communauté, quelqu'un avec qui « se vider le cœur » comme ils l'auraient tant désiré. Ils ne savaient pas trop de quoi on parlait lorsqu'on mentionnait leur « communauté culturelle ». « Je ne fais partie de rien » est la réponse générale. « Elle est où, cette communauté francophone? », nous ont demandé plus d'uns, « tout est éparpillée! » ont déclaré les autres. Côté religion, ils disent souvent avoir une certaine foi, mais font rarement partie d'une Église. Bien que certains disent avoir confiance, si nécessaire de trouver là du support, le seul qui nous a dit l'avoir fait, est retourné bredouille. Un autre énonce catégoriquement « L'Église, je ne voudrais pas du tout qu'ils sachent que j'ai des problèmes de santé mentale! ».

Souvent leurs enfants, leurs aidants naturels, ne les comprenaient pas. « Donnez, donnez [...], mais ne recevez rien », dit une mère qui se sentait abandonnée. « Ma famille? », dit une autre, « Non! c'est pas du méchant monde. Ils ont leur petite vie et ne veulent pas être dérangés avec des gros problèmes comme moi ».

Ce que vous aimeriez plus que tout au monde?

Quand on leur demande quels services ils aimeraient plus que tout au monde, pris par surprise, nos répondants expriment d'abord des désirs bien modestes et presque instinctivement reliés à une meilleure qualité de vie: un bain plus que deux fois par semaine, de la meilleure nourriture et la messe en français tous les jours si on réside en institution, de l'aide pour lire (« pour être plus indépendant, car les yeux déclinent »), des services accessibles pour la chaise roulante et quelque chose à faire de ses journées! Une autre répond spontanément: « Un million! ». Puis, on y réfléchit, et chacun y ajoutant du sien, une longue liste de désirs bientôt apparaît; on mentionne le psychiatre, le psychologue, le travailleur social, le psychopédagogue pour ses enfants, l'infirmière visiteuse et le pharmacien qui « peut aussi sauver des vies » ou encore, pour plus d'accessibilité, une ligne téléphonique d'information pharmaceutique. On mentionne surtout le groupe thérapeutique ou groupe de soutien, pour contrer la solitude et partager. « Ce serait merveilleux », tout en français et accessible. On parle de programmes de réentraînement au travail, de programmes de jour et de services de répit pour les parents, de services d'urgence. Certains voudraient de l'aide pour faire le magasinage et même l'ouvrage de maison lorsqu'on ne s'en sent pas capable. On souhaite des intervenants qui comprennent la problématique homosexuelle, multiculturelle, immigrante et réfugiée. Une répondante nous raconte qu'elle fait des hallucinations ancrées dans sa culture d'origine que le psychiatre ne connaît pas. On suggère la création d'un bottin ou d'un annuaire francophone de tous les services dont une personne dans leur situation aurait besoin « comme ça, on saurait où chercher »; de même qu'un système de transport qui pourrait les mener là où sont les services, étant donné les longues distances à parcourir.

« Mais surtout, on voudrait tellement une personne avec qui parler vraiment, « sur qui compter, se défouler » dans sa langue. »

Mais surtout, on voudrait tellement une personne avec qui parler vraiment, « sur qui compter, se défouler » dans sa langue.

« Une personne, comme vous », dit-on, « en qui on a confiance, avec qui on peut s'exprimer ». Puis, avec un brin d'espoir: « si vous revenez, je parlerai encore! ».

Conclusion et réflexions

« Entre droits acquis et services reçus, cependant, doit s'insérer tout un travail de planification et de réalisation tant de la part des instances gouvernementales, institutionnelles et communautaires que des intervenants et même des récipiendaires. »

« Les défis sont énormes tant au sein de la communauté qu'au niveau du système... »

Depuis 1986, suite à la *Loi 8 sur les Services en français* de l'Ontario, les francophones souffrant de problèmes de santé mentale dans toutes les régions désignées ont le droit de recevoir les services dont ils ont besoin en français. Entre droits acquis et services reçus, cependant, doit s'insérer tout un travail de planification et de réalisation tant de la part des instances gouvernementales, institutionnelles et communautaires que des intervenants et même des récipiendaires. Le but de cet article était de présenter un portrait, tant épidémiologique que profondément humain de ces francophones qui, à Toronto, rencontrent toujours de solides barrières à l'obtention de services, doivent encore « se battre », « chercher sans être certains de trouver » et compter sur « la chance » pour avoir réponse à leurs besoins en français. Il est clair que les francophones aux prises avec de tels problèmes ne sont « pas encore servis adéquatement » comme le dit si bien le document de la réforme initiée en 1993. Loin de là! Les défis sont énormes tant au sein de la communauté qu'au niveau du système : fragmentation géographique et vaste diversification ethnoculturelle de la communauté, dispersion et inaccessibilité des services sur un territoire étendu, gamme extrêmement limitée de services, manque de personnel francophone qualifié, de facteurs incitatifs pour en attirer, en former, budget non protégé, coupures gouvernementales qui sabrent au cœur même des services, absence de communication, de leadership et de partenariats vivifiants entre services et agences désignées, promesses non tenues, manque d'intérêt de la part des intervenants, attitudes préjudiciables et parfois hostile envers les francophones, manque d'information tant chez les intervenants anglophones que francophones à savoir où trouver... À l'aube de l'an 2000, l'heure est à la réforme et les francophones devront

compter sur une volonté politique convaincue, courageuse, déterminée et omniprésente de se conformer aux exigences de la Loi 8. C'est une arme pourtant bien faible et vulnérable lorsque viennent s'interposer, surtout à Toronto, le jeu puissant des nombres et les discours sur le partage équitable des ressources entre groupes ethno linguistiques. C'est là, le plus grand défi, car les besoins sont énormes de toutes parts, les mémoires historiques courtes et la compétition féroce. Ainsi, il n'en tient qu'à une phrase, la seule sur les services francophones glissée au terme d'un paragraphe sur la démographie de Toronto, dans un document de discussion du Conseil Régional daté du mois d'août 1998 et intitulé *Implementing the Mental Health System Design* :

The top five « home language » spoken in Toronto are English, Chinese, Italian, Portuguese and Spanish. In addition, 25 % of the residents reported a « home language » other than English or French, the two official languages. It is well recognized that culture plays a significant role in the way mental health problems are perceived and handled. The city of Toronto is designated to provide services to the Francophone community under the French Language Services Act (1998: 2).

Malheureusement, le bassin de population francophone est minime en comparaison. Un document subséquent dont le but est de décrire la stratégie de partenariat entre le Conseil régional et le Ministère en vue de la mise en application du système de santé mentale de Toronto se fait plus discret, silencieux même, sur la Loi 8, mais communique fort bien la nature de l'obligation, de la difficulté et de l'embarras.

Handling the implementation related activities in the transition phase will be particularly difficult since the system manager must be seen to be fair and impartial, while at the same time adhering to all the policies to which the system players are subject (e.g. the policy and principles outlined in Putting the People First) (s.d.: 19)

Voilà donc où nous en sommes... à l'aube de l'an 2000.

Bibliographie

- ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ONTARIO (ACFO) (1989). *Les Francophones tels qu'ils sont. Regard sur l'Ontario français à l'aube de la Loi de 1986 sur les services en français*, Ottawa, ACFO.
- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (ACSM) (1987). *When I'm Sick, I'm Not Bilingual: Position Paper on the Planning of French Language Mental Health Services for Adults Between the Ages of 16 to 65*, Section Ottawa-Carleton (Novembre).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third edition - revised. DSM-III-R)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- BAVINGTON J. ET A. MAJID (1986). « Psychiatric Services for Ethnic Minority Groups », in John L. Cox, *Transcultural Psychiatry*, Great Britain, Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn
- BEISER, M. (1988). *Review of the Literature on Migrant Mental Health*, (Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees.) Canada, Ministry of Supply and Services Canada
- BERNARD, R. (1990). *Le déclin d'une culture. Recherche, analyse et bibliographie sur la Francophonie hors Québec, 1980-1989*, Ottawa, Fédération des jeunes Canadiens français (FJCF).
- BERNARD, R. (1991a). *Un avenir incertain. Comportements linguistiques et conscience culturelle des jeunes Canadiens français*, Ottawa, Fédération des jeunes français.
- BERNARD, R. (1991b). *Le travail et l'espoir: migrations, développement économique et mobilité sociale Québec/Ontario, 1900-1985*, Hearst, Le Nordir.
- BERNARD, R. (1993). « La Culture éclatée », *Liaison*, no. septembre.
- BERNARD, R. (1994). *La question identitaire au Canada francophone. Récits, parcours, enjeux, hors-lieux* (Jocelyn Létourneau, dir; Roger Bernhard, col.), Québec, PUL.
- BERNARD, R. (1998). *Le Canada Français: entre mythe et utopie*, Hearst, Le Nordir.
- BLAND et ORN dans Beiser, M., (1981). *Review of the Literature on Migrant Mental Health*, Canada, Ministry of Supply and Services
- BOUDREAU, F. (1996). *The Needs of Francophones with Severe Mental Health Problems in Metropolitan Toronto: « I Only Have the Words in French »*, a report of the French-Speaking Mental Health Qualitative Needs-Based Assessment Study Committee, Toronto, Metropolitan Toronto District Health Council.
- CARRIÈRE, F. (1993). « La métamorphose de la communauté franco-ontarienne, 1960-1985 », dans Cornelius J. Jaenen (s. la dir. de), *Les Franco-Ontariens*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 305-341.
- CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ DE TORONTO (S.D.) *A Strategy for MTDHC/MOH to Implement the Metro Toronto Mental Health System*, A discussion Paper
- CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ DE TORONTO (1998). *Implementing the Mental Health System Design for Toronto*. A discussion Paper, August 1998.
- DEMANGEAT, M. (1989). « L'autre langue comme symptôme », *Psychiatrie Française*, no mai, 73-75.
- DESBIENS, P. (1977). *Les conséquences de la vie*, Sudbury, Prise de Parole.
- DESBIENS, P. (1978). *L'espace qui reste*, Sudbury, Prise de Parole.
- DESBIENS, P. (1981). *L'homme invisible/The Invisible Man*, Sudbury, Prise de Parole et Moonbeam, Penumbra Press.

- HAVASSY, B.E. et J.T. HOPKIN (1989). « Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients », *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 820-823.
- LANGELIER, R. (1982) « French Canadian Families » in M. McGoldrick, J.K. Pearce, J. Giordano, *Ethnicity and Family Therapy*, New York, The Guilford Press, 229-246.
- LEONG, F.T. (1986) « Counseling and psychotherapy with Asian Americans: review of the literature », *Journal of Counseling Psychology*, 33, 196-206
- LINDSEY, K.P. and G. L. PAUL, (1989) « Involuntary Commitments to public mental institutions : issues involving the overrepresentation of Blacks and assessment of relevant functioning », *Psychological Bulletin*, 106, 171-183
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1993). *Putting People First: The Reform of Mental Health Services in Ontario/ Mettre la personne au premier plan: La réforme des services de santé mentale en Ontario*, Toronto, Queens Printer for the Government of Ontario
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1995). *Implementation Planning Guidelines for Mental Health Reform*, Toronto, Queen, Printer for the Government of Ontario.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1995b) *Mental Health Supplement: User's Manual*, Volume 1: Documentation.
- NEIGHBORS, H.W. (1984) « Professional help use among Black Americans: implications for unmet need », *American Journal of Community Psychology*, 12, 551-566
- PARÉ, F. (1992). *Les littératures de l'exiguïté*, Hearst, Le Nordir.
- PARÉ, F. (1994). *Théories de la fragilité*, Essai, Hearst, le Nordir.
- PASSAMANICK, B. (1963) « A survey of mental disease in an urban population : An approach to total prevalence by race », *American Journal of Psychiatry*, no 119, 2999-3054.
- SHEFFLER, R.M. & MILLER, A.B. (1989). « Demand analysis of mental health service use among ethnic subpopulations », *Inquiry*, 26, 202-215.
- SNOW, C. (1987). « Le taux élevé d'internement dans le Nord du Nouveau-Brunswick », *Égalité*, no 21, printemps, 81-87
- SNOWDEN, L.R. & CHEUNG, F.K (1990). « Use of inpatient mental health services by members of ethnic minority groups », *American Psychologist*, 45, 347-355.
- ST-AMAND, N. (1985). *Folie et oppression*, Moncton, Les Éditions d'Acadie Ltée.
- ST-AMAND, N. (1992). « Une Acadie troublée: santé mentale ou marginalisation des démunis? », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 5, no 1, printemps, 147-158.
- ST-AMAND & N. VUONG, D. (1994). « Quand la langue fait une différence. Ce que des « bénéficiaires » pensent du système de santé mentale », *Sociologie et Sociétés*, Vol. XXVI, 1, 178-196.
- WAGNER, S. 1990, *Analphabétisme de minorité et Alphabétisation d'affirmation nationale à propos de l'Ontario français*, Alpha communautaire chez les Franco-Ontariens, 9, Toronto, Ministère de l'éducation.
- WALLEN, J. (1992). « Providing Culturally Appropriate Mental Health Services for Minorities », *The Journal of Mental Health Administration*, Vol. 19, no 3, 288-295.
- WOOLFSON, P. (1975) « Traditional French-Canadian Family Life Patterns and Their Implications for Social Services in Vermont », *A Franco-American Overview* (Vol. 2) Cambridge, National Assessment and Dissemination Center for Bilingual/Bicultural Education.

WOODWARD, A.M., A. D. DWINELL and B. S. ARONS (1992). « Barriers to Mental Health Care for Hispanic Americans : A Literature Review and Discussion », *The Journal of Mental Health Administration*, Vol. 19, no 3, 224-236.

Notes

1. Nous aimerions remercier les membres du comité dont j'assumais la présidence et, tout particulièrement, Madame Anne-Marie Couffin, coordonnatrice des Services en français du Conseil régional de santé de Toronto, le Dr. Gary Freeman, Directeur du Child Development & Counseling Services de North York General Hospital, Madame Julie Gaudet, Nurse Manager, Psychiatric & Adolescent Medicine du Hospital for Sick Children, Madame Elisabeth Lin et Isobel Barnes de l'Institut Clarke de psychiatrie, Madame Mardy Sounders du North York General Hospital et Madame Anne Molgat, chercheuse et rédactrice qui ont tous participé à la réalisation du rapport. Les commentaires et réflexions exprimés dans cet article sont mon unique responsabilité. Enfin, nous voulons remercier chaleureusement les vingt-deux personnes qui ont accepté de partager leurs expériences personnelles avec nous afin de nous aider à mieux comprendre la situation des francophones en Ontario qui ont de graves problèmes de santé mentale à l'aube de l'an 2000.
2. Depuis l'avènement de la Mégacité, en 1998, la municipalité métropolitaine de Toronto, comprenant Toronto, Scarborough, East York, North York, York et Etobicoke, est maintenant connue sous le nom de Toronto. La région du Grand Toronto, regroupe en plus de Toronto, les divisions de Durham, York, Peel et Halton.
3. La grande priorité de la réforme était, en effet, de répondre aux besoins des personnes et familles qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale sévères et persistants, c'est-à-dire où la personne est 1) munie d'un diagnostic tel que schizophrénie, troubles affectifs graves, syndrome cérébraux organiques, psychoses et autres; 2) dont l'invalidité est telle qu'elle l'empêche de fonctionner normalement et, 3) dont la durée se rapporte à la nature chronique de la maladie.
4. Le document identifiait certains groupes devant recevoir une attention spéciale au niveau de la planification des services: les femmes, les enfants, les adolescents, les francophones, les autochtones, les membres de groupes ethnoculturels et les gens à diagnostic mixte (1993: 31)
5. Nous devons, en surcroît, noter la grande diversité ethnoculturelle de cette minorité francophone qui n'est pas mise en évidence dans ce portrait. Un francophone sur cinq à Toronto appartient à une minorité visible (20 %) et presque un francophone sur trois est un immigrant (30,3 %) dont 47,5 % viennent de pays Européens et les autres sont en provenance d'Afrique, d'Asie, du Moyen-Orient, de l'Australie et des Iles Maurices.
6. La minorité francophone comprend les personnes qui ont le français comme première langue officielle parlée et la moitié des personnes qui ont le français et l'anglais. La première langue officielle parlée est une variable constituée pour les fins d'application de la Loi sur les langues officielles. Elle tient compte, premièrement, de la connaissance des langues officielles, deuxièmement, de la langue maternelle et, troisièmement, de la langue parlée à la maison (Guindon, R (1994). « Dossier statistique sur la francophonie de la région métropolitaine de Toronto et de ses environs ». La Société d'études et de conseil ACORD incorporée: 10).

7. Les enquêteurs ont utilisé une version du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de l'Université du Michigan développée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui peut s'administrer par questionnaire. Les entrevues sont structurées de façon à pouvoir identifier et classer les désordres mentaux selon les définitions et critères contenus dans le DSM-III-R publié par l'Association américaine de psychiatrie. Les résultats offrent une approximation considérée comme raisonnable d'un diagnostic qui serait posé par un professionnel lors d'une évaluation clinique. Le questionnaire incluait aussi le niveau d'invalidité encourue et de la perception qu'une personne se fait de sa propre santé mentale.
8. L'échantillon étant trop petit pour se concentrer uniquement sur Toronto.
9. Cette apparente absence de cohérence dans les résultats obtenus, reflète la complexité de la situation et doit être examinée entre autres en relation avec la présence ou non d'un système d'assurance maladie.
10. Les réponses offertes par la population francophone au *Supplément sur la Santé Mentale* n'avaient jamais été examinées. Pour plus d'informations sur l'enquête, consultez le guide de l'usager de l'*Enquête Santé de l'Ontario*, Ministère de la Santé, 1992.
11. Les Francophones sont définis ici en termes de la langue parlée à la maison et/ou la présence d'une identité francophone.
12. Toujours posés à l'aide du CIDI
13. Les tableaux et résultats complets de cette étude peuvent être consultés dans le rapport: *The Needs of Francophones with Severe Mental Health Problems in Metropolitan Toronto*: « I only have the Words in French ». Les différences présentées ici ne sont pas énormes, mais assez pour suggérer une tendance. (Boudreau 1996).
14. Patrice Desbiens, cité dans François Paré, 1994 : 131-132.
15. Le questionnaire semi-structuré a été soumis à un groupe-pilote composé de six personnes ayant des problèmes de santé mentale et dont la langue maternelle était autre que l'anglais ou le français. Le comité d'éthique de l'Hôpital Général de North York a exigé qu'un psychologue soit toujours disponible au moment où se faisaient les entrevues. Aucune personne en état de crise ou en phase aiguë de sa maladie n'a été interviewée. Les entrevues ont duré entre une et trois heures et se sont déroulées sans incidents. La moitié se sont faites par téléphone et l'autre en personne. Seule la personne faisant les entrevues connaissait l'identité des répondants et tout indice a été détruit après l'entrevue afin de préserver la confidentialité.
16. Certains adolescents contactés par leur médecin acceptent d'abord de participer. Pourtant, ils informent la personne qui fera l'entrevue qu'ils n'ont vraiment pas de problème de santé mentale.