

Reflets

Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire



Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens : du rapport Dubois à la cause Montfort

Anne Gilbert, Michèle Kérisit, Christine Dallaire, Cécile Coderre et Jean Harvey

Volume 11, numéro 1, 2005

Exclusion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/013058ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/013058ar>

[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

Gilbert, A., Kérisit, M., Dallaire, C., Coderre, C. & Harvey, J. (2005). Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens : du rapport Dubois à la cause Montfort. *Reflets*, 11(1), 20–48. <https://doi.org/10.7202/013058ar>

Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens : du rapport Dubois à la cause Montfort

*Anne Gilbert, Michèle Kérisit, Christine Dallaire,
Cécile Coderre et Jean Harvey*
Professeurs, Université d'Ottawa¹

La communauté franco-ontarienne fait aujourd'hui de la santé une de ses priorités. La lutte pour la survie de l'Hôpital Montfort, la mise sur pied de centres de santé communautaire dans plusieurs localités de la province, l'organisation d'un forum sur la santé des femmes francophones de l'Ontario en 1999 et la création de la Table de concertation en santé de l'Ontario en 2001 sont quelques exemples qui témoignent du dynamisme à l'œuvre. Cet intérêt pour les questions de santé ne date cependant pas d'hier. En effet, la question des services en français en Ontario a une longue histoire. Dès les premières heures du peuplement francophone en Ontario, mais surtout depuis la fin du XIX^e siècle et jusque dans les années 50 et 60, des institutions de santé gérées par des communautés religieuses catholiques ont offert aux francophones un certain accès à des soins dans leur langue. La question de la gestion et de l'accès à des services de santé en français s'est surtout posée lorsque les services sont passés sous le giron du secteur public ontarien au moment de la laïcisation des services et de la montée en puissance d'un État-providence répondant, comme partout au Canada, aux aspirations des générations d'après-guerre.

L'objectif de cette étude de cas est de mettre en lumière l'évolution des discours énoncés par les organismes franco-ontariens oeuvrant à l'échelle de la province et plus particulièrement dans

l'Est de l'Ontario. Nous avons analysé les documents qu'ils ont produits concernant la santé des francophones et les services auxquels ils estiment avoir droit. La région de l'Est a été retenue en raison de la masse critique de francophones qui y vivent, mais aussi en raison de la présence de nombreux organismes desservant les francophones dans le domaine de la santé. On y observe, par exemple, certaines des premières initiatives en matière de mobilisation et de revendication de services de santé en français après la parution du rapport Dubois en 1976. Ces initiatives ont été marquantes dans l'avancement du dossier et reposent sur une documentation variée qui articule les prises de position et les arguments des organismes franco-ontariens.

Méthodologie et cadre d'analyse

Notre analyse porte sur les définitions de la santé qui ont été mises de l'avant par les différents groupes sociaux et associatifs franco-ontariens au gré de leur mobilisation dans ce dossier, et sur les explications offertes de ce qui détermine la santé. Elle vise aussi à cerner l'environnement sociopolitique dans lequel la production discursive francophone sur la santé s'est construite en Ontario, en tentant de comprendre comment des idées et des discours sur la santé ont pu prendre forme, tenus par certains groupes sociaux qui composent les communautés francophones en Ontario. Les questions que nous nous sommes posées sont donc les suivantes : quelles sont les conditions sociopolitiques qui ont permis la mise en mots des revendications francophones sur la santé? Comment a-t-on défini les besoins des Franco-Ontariennes et des Franco-Ontariens en matière de santé? À quelles dynamiques fait-on appel pour assurer aux francophones une meilleure santé, individuelle et collective? Quelles sont les justifications invoquées?

Pour répondre à ces questions, nous avons fait l'analyse d'un éventail de documents sur la santé émanant d'une part d'organismes provinciaux tels que l'Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO), la Table de concertation en santé,

la Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario (TFFCP), Action Éducation Femmes Ontario, et d'autre part d'organismes œuvrant dans l'Est de l'Ontario tels que le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, le Centre de santé communautaire de l'Estrie, le Conseil régional de santé de l'Est de l'Ontario et l'Hôpital Montfort. Nous nous sommes limités aux documents publiés à large circulation et facilement accessibles — études, plans de développement et mémoires adressés aux instances gouvernementales en particulier. Nous avons exclu de notre recherche les positions individuelles présentées devant des comités ou des tribunaux ainsi que les documents émanant d'organismes regroupant des professionnels de la santé. Notre but, en effet, est de mettre en lumière l'évolution et les multiples courants qui traversent le discours sur la santé des organismes issus de la société civile francophone ontarienne, sans nier que ce discours a pu prendre forme, parfois dans des instances professionnelles ou bureaucratiques (Andrew *et al.* 1997). De plus, nous avons choisi d'analyser les textes produits depuis la première étude de besoins en matière de santé en Ontario parue en 1976 (rapport Dubois). Nous avons surtout mis l'accent sur les documents publiés depuis l'adoption de la *Loi de 1986 sur les services en français* (Loi 8) en Ontario, qui a constitué le véritable coup d'envoi de la mobilisation dans ce dossier. Nous avons aussi inclus les documents associés à la cause Montfort, qui terminent la période sur laquelle porte notre étude.

« ... tous les discours sur la santé n'ont pas la même portée politique et les plans d'action leur étant associés diffèrent largement. Selon nous, en invitant à certaines façons de faire plutôt qu'à d'autres, ces discours ont un impact majeur sur les orientations du développement à long terme de la francophonie ontarienne. »

L'identification des principaux thèmes qui émergent de ces documents nous permet de mieux saisir les orientations que peut prendre le développement des services pour les francophones, car ces thèmes donnent un sens aux actions que posent les organismes franco-ontariens. En effet, tous les discours sur la santé n'ont pas la même portée politique et les plans d'action leur étant associés diffèrent largement. Selon nous, en invitant à certaines façons de faire plutôt qu'à d'autres, ces discours ont un impact majeur sur les orientations du développement à long terme de la francophonie ontarienne. On peut supposer en effet que lorsqu'ils parlent de santé, les groupes engagés dans ce dossier font référence à un ensemble d'autres problèmes auxquels les membres de

cette communauté sont confrontés. C'est ainsi que ces discours révèlent la façon dont sont perçues les inégalités au sein même des communautés francophones, les opportunités de développement et les obstacles à ce développement. On peut aussi y percevoir les manières par lesquelles s'expriment les revendications pour les droits collectifs des francophones de l'Ontario et les formes que prend la dynamique du développement de cette communauté.

En effet, les discours sur la santé et les services contribuent à produire et reproduire les identités collectives. Ils cimentent l'unité des groupes, mais peuvent aussi cristalliser les débats. Ils contribuent également à donner un sens à l'action collective et positionnent la communauté dans le contexte sociopolitique dominant. En ce sens, ces discours sont des actes. Par leur fonction mobilisatrice et argumentative, ils animent une dynamique interne à la communauté franco-ontarienne, en permettant la revendication de ressources et en engendrant les réactions d'autres groupes, des autorités politiques et de milieux sociaux spécifiques comme les milieux de la santé. La production discursive franco-ontarienne sur la santé est donc à la fois redevable d'un contexte sociopolitique contingent, qui canalise les possibilités d'expression, tout en générant des espaces de création, par les interstices desquels s'expriment les visions du monde, les revendications collectives, les projets de société. Ainsi en est-il dans le domaine de la santé, comme dans tous les secteurs de la vie sociale. C'est pourquoi notre analyse ne peut souscrire à l'existence d'un discours unanime sur la santé; elle cherche plutôt à faire ressortir la multiplicité des discours en prenant en compte les positionnements des groupes et les orientations qu'ils ont pu prendre pendant les vingt dernières années. En effet, un organisme publie parfois, dans un même document ou d'un document à l'autre, des énoncés qui reproduisent différents discours sur la santé, voire des fragments discursifs contradictoires, plutôt que des énoncés qui relèvent d'un discours unique cohérent.

Notre analyse n'a cependant retenu que le discours prépondérant au sein de chaque publication de façon à y établir une chronologie des discours dominants, de même que les positions divergentes qu'adoptent les différents organismes franco-ontariens.

« La production discursive franco-ontarienne sur la santé est donc à la fois redevable d'un contexte sociopolitique contingent, qui canalise les possibilités d'expression, tout en générant des espaces de création, par les interstices desquels s'expriment les visions du monde, les revendications collectives, les projets de société. Ainsi en est-il dans le domaine de la santé, comme dans tous les secteurs de la vie sociale. »

Nous avons divisé la production discursive sur la santé de francophones de l'Ontario et particulièrement ceux de l'Est en trois périodes distinctes, suivant en cela les différents contextes dans lesquels elle a émergé. Cette chronologie sert de cadre à l'analyse que nous proposons dans cet article : celle de l'éveil de la communauté franco-ontarienne aux revendications en santé, soit de 1976 à 1986; celle du développement des discours sur les services de santé en français de 1986 à 1997, dont le début est marqué par l'adoption de la *Loi sur les services en français* et qui se termine avec la restructuration du système de santé par le gouvernement conservateur en 1997; en troisième lieu, celle de l'affaire Montfort et de l'essor des réseaux, de 1997 à nos jours, qui a vu un changement important dans les stratégies de luttes franco-ontariennes en matière de santé. Notre article propose principalement une analyse de la production discursive des deux premières périodes que nous venons de définir et se limite à un bref aperçu de la troisième période qui fera l'objet d'une analyse plus approfondie ailleurs.

Cependant, les discours sur la santé que reproduisent les organismes franco-ontariens ne sont pas seulement traversés par ce qui se passe en Ontario. L'évolution des conceptions de ce que sont la santé et ses déterminants, les maladies et leurs causes et les ressources qu'une collectivité doit y consacrer, conceptions mises de l'avant par le gouvernement fédéral et l'Organisation mondiale de la santé, ont affecté ce qu'ont dit les Franco-Ontariennes et les Franco-Ontariens sur la santé depuis le début des années 80.

L'émergence des revendications en matière de santé (1976-1986) : l'enjeu d'un service dans la langue de la minorité

Le contexte sociopolitique qui préside aux premiers balbutiements de la production discursive sur la santé des francophones se présente comme une conjonction d'actions législatives et administratives

des gouvernements fédéral et de l'Ontario à la fois dans les domaines de la politique linguistique et de la politique de la santé. En effet, c'est dans ce contexte que l'ACFO va commencer à agir dans le champ de la santé.²

Pour bien comprendre les racines de ce contexte, il faut remonter à 1966 avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-maladie* adoptée par le gouvernement fédéral. Celle-ci introduit le financement partagé de services de soins médicaux par le fédéral et les provinces. La responsabilité de la gestion des services incombe aux provinces exclusivement, sauf en ce qui a trait aux Forces armées et aux Premières Nations. La loi établit cinq principes devant guider l'offre et la prestation des services de santé : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. C'est ce dernier principe qui sert d'assises à la revendication du droit à des services en français. Parallèlement, toujours au niveau fédéral, on assiste à une série d'événements portant sur la question linguistique. En 1967-68 se déroulent les travaux de la Commission royale sur le bilinguisme et le biculturalisme qui provoquent un débat national sur les langues officielles et aboutiront à la *Loi sur les langues officielles* de 1968. Ces travaux conduisent le gouvernement ontarien à une série d'initiatives qui auront des répercussions dans le domaine des services de santé. En effet, en 1967 le premier ministre John Robarts propose un plan de prestation de services gouvernementaux en français pour les Franco-Ontariens, là où le nombre le justifie. Cette approche pragmatique (Cardinal, 2001) ne se concrétise qu'en 1975, par la mise sur pied du Comité d'action sur les services de santé en français (aussi connu sous le nom de Comité Dubois), fortement appuyé par l'ACFO qui ne s'était jusqu'alors pas vraiment intéressée au dossier santé.

Le Comité Dubois entreprend de faire le point sur la situation en matière de santé en Ontario français : il envoie donc un questionnaire aux principaux acteurs du système de santé dans les régions afin de faire l'inventaire des besoins en matière de services. Le rapport de ce Comité, produit en 1976, pose les premiers jalons d'une réflexion sur les besoins en services de santé de la population francophone de l'Ontario³, en particulier dans l'Est et

le Nord de la province, régions où la population francophone est la plus importante⁴. Le rapport démontre l'insuffisance des services dans ces régions⁵, ainsi que l'absence de mécanismes permettant d'assurer l'accès des Franco-Ontariennes et des Franco-Ontariens à des services médicaux dans leur langue. En intitulant son rapport *Pas de problème*, le Comité résume, selon lui « la réponse des responsables des services de santé qui n'ont pas encore perçu les besoins d'un groupe linguistique minoritaire. Cette simplification d'une situation pourtant très complexe dénote sans doute l'attitude que rencontre trop souvent la population française de l'Ontario » (Dubois *et al.* 1976, page titre du rapport).

Le message que lance le comité au gouvernement ontarien est clair : là où le nombre le justifie, il faut faire au français une place suffisante pour que les francophones ontariens soient assurés d'obtenir des services hospitaliers dans leur langue. Même si l'accent est mis sur les services hospitaliers, les auteurs se sont aussi penchés sur d'autres types de services de santé. Toutes les composantes de ce qui deviendra la plate-forme des revendications de l'ACFO en ce qui a trait aux services de santé se retrouvent dans les autres recommandations du rapport. En voici les grandes lignes : l'idée de la désignation d'institutions et de services bilingues, l'embauche de médecins et de cadres francophones, la représentation équitable des francophones au sein des instances décisionnelles dans les institutions de santé, le développement des services adaptés aux besoins des francophones au niveau des handicaps physiques et mentaux ainsi que la formation de professionnels francophones dans le domaine de la santé.

Le discours tenu dans ce document est relativement typique de celui qui domine à l'époque quant à la santé et aux mécanismes souhaités pour qu'une action politique soit possible dans ce domaine. En premier lieu, il reproduit le point de vue de l'institution médicale, selon lequel la santé serait étroitement liée à la disponibilité des soins et à leur utilisation. Ce point de vue fait de la mise en place d'un « système de prise en charge de la maladie » l'objectif premier des interventions publiques et collectives en matière de santé (Evans et Stoddart 1996; Robertson 1998). On y aborde essentiellement la santé dans la perspective d'un système de

santé que l'on veut accessible à tous les citoyens et les citoyennes, indépendamment de leur revenu, de leur lieu de résidence et, dans le cas qui nous intéresse ici, de leur langue maternelle. La vision mise de l'avant dans le rapport Dubois reprend à son compte cette approche centrée sur l'appareil de soins. Elle défend le principe voulant que chacun puisse avoir accès aux soins dont il a besoin, principe qui est à la base même du système de santé mis en place au Canada depuis les années cinquante. Deux éléments sont alors considérés comme essentiels pour définir des services accessibles : d'une part, la quantité des services disponibles dans une région donnée; d'autre part, la qualité des rapports entre les patients et le personnel médical, en particulier le médecin

En deuxième lieu, le rapport Dubois fait appel à la mobilisation des groupes qui ont constitué le socle de la vie associative de l'Ontario français. En effet, les auteurs du rapport incitent les francophones de l'Ontario à prendre leur place dans la revendication de soins de santé accessibles en français. Cet appel à la revendication de droits s'adresse à toute la communauté et à ses diverses associations représentatives, incluant la Fédération des femmes canadiennes-françaises, le Club Richelieu, l'Union culturelle des Franco-Ontariennes, l'Association des enseignants franco-ontariens et l'ACFO. Le rapport fait aussi appel à la mobilisation des « élites » franco-ontariennes pour inciter à l'action dans le dossier.

Souffrant d'une pénurie de professionnels et d'hommes d'affaires, les Franco-Ontariens manquent souvent de chefs qui pourraient les regrouper et faire front commun. Le ministère seul ne pourra remédier à tous les problèmes (...) (Dubois et al. 1976 : 117).

Ainsi, les conclusions du rapport tirent leur légitimité d'un triple ancrage : ancrage dans l'histoire franco-ontarienne, ancrage juridique dans le système de santé canadien et ancrage linguistique. Ce dernier ancrage est d'ailleurs conçu comme fondamental pour la santé des francophones. Le rapport s'appuie sur des études scientifiques⁶ pour démontrer que « les francophones, même bilingues, doivent avoir accès à des services en français parce que

la langue maternelle, qui constitue la base du développement de la personnalité et permet le plus facilement d'exprimer ses besoins et ses sentiments, revêt une très grande importance dans la relation entre la personne ou l'institution qui prodigue les soins et la personne qui les reçoit ». En plus, le rapport affirme qu'il a « été prouvé que le traitement médical en souffre lorsqu'on a recours aux interprètes » (Dubois *et al.* 1976 : 117).

Tout se passe, en fait, comme si le rapport Dubois et certaines initiatives qui l'ont suivi faisaient peu de cas des nouveaux discours sur la santé qui émergent à cette époque au gouvernement fédéral tout d'abord, puis au niveau des provinces. Pourtant, le rapport Dubois sort deux ans après le rapport Lalonde (1974) qui fait grand bruit dans les instances fédérales. En partie motivé par des préoccupations à l'égard des coûts du système de soins, et s'éloignant de l'idée qu'une meilleure santé est le résultat de services de santé nombreux et accessibles, le rapport Lalonde met l'accent sur la responsabilité individuelle en matière de santé, notamment l'observance d'habitudes de vie saines. Dès la parution du rapport Lalonde, l'attention des gouvernements se porte sur le contrôle des coûts du système de soins et sur la mise en place de programmes de promotion de la santé, entraînant de ce fait l'institutionnalisation du discours de la promotion de la santé (Robertson 1998).

Cette première période nous révèle l'émergence d'un discours sur la santé dans la communauté francophone de l'Ontario. Nous y constatons l'interrelation étroite entre trois thèmes que nous retrouverons dix ans plus tard dans les initiatives menées à l'occasion de la mise en place de la *Loi de 1986 sur les services en français* : les thèmes jumeaux de la quantité des services disponibles et de la qualité des soins liée en particulier à la possibilité de s'exprimer en français, toutes deux garantes de l'accessibilité au système de soin, et le thème de la gouvernance des services par des francophones, garantie tant par la formation de personnel francophone médical et paramédical que par la gestion des services.

Accès, droits et gouvernance (1986-1997) : l'héritage du rapport Dubois

Les revendications de l'ACFO

Un peu plus de dix ans après le rapport Dubois, la question de la santé des Franco-Ontariens et des Franco-Ontariennes était de nouveau posée, cette fois dans le cadre de la *Loi de 1986 sur les services en français*. Cette loi, qui garantit l'accès à des services en français dans les organismes gouvernementaux des régions les plus francophones de la province, a donné le coup d'envoi à tout un ensemble d'initiatives et de revendications visant le développement des services de santé en français. Au palier provincial, l'ACFO organisait en 1988 un forum sur les services de santé en français sous le titre *La loi 8 est-elle en santé?* afin de « permettre à la communauté franco-ontarienne de contribuer activement à l'implantation de la Loi 8 » (ACFO 1989a : 3). Plus de 250 personnes y ont participé, dont de nombreux professionnels de la santé spécialement recrutés par l'ACFO. Ce forum visait à faire le point sur l'état des services de santé en français à l'échelle de la province et à développer une stratégie capable de susciter, dans le cadre de la loi, la mise sur pied de services qui répondent aux besoins de la communauté franco-ontarienne. Plusieurs recommandations ont émané de la rencontre. On peut en dégager les principes de base sur lesquels vont désormais se fonder les revendications franco-ontariennes dans le domaine de la santé, et qui seront identifiées plus explicitement dans le plan d'action que se donne l'ACFO quelques mois plus tard (1989b) : accès à la gamme la plus large possible de services en français; gestion des services en français par des francophones et participation des francophones à leur planification; constitution de réseaux d'intervenantes et d'intervenants et concertation locale et régionale; recrutement et formation de professionnels. Ce sont les mêmes objectifs qui sont retenus par les acteurs de la santé et des services sociaux réunis par l'ACFO en 1991, pour l'élaboration du *Plan de développement global de la communauté*

franco-ontarienne 1992-1997 (ACFO 1991). Tous ces documents sont unanimes pour affirmer que le développement des services en français est un droit dont jouissent les francophones en vertu de la Loi, droit auquel il faut les sensibiliser. Dans l'ensemble, les thématiques qu'ils formulent reprennent ce qui a déjà été mis de l'avant par le rapport Dubois de telle sorte que ses constats et ses recommandations se retrouvent réappropriés et transformés en revendications de la communauté.

Les antennes du ministère de la Santé dans les régions

En parallèle aux initiatives de l'ACFO, le ministère de la Santé de l'Ontario, par l'intermédiaire de ses deux conseils régionaux de santé de l'Est, soit le Conseil régional de santé de l'Est et le Conseil régional de santé du district d'Ottawa-Carleton, planifie des études sur la situation en termes d'accessibilité de services en santé en français. Ces études s'inscrivent dans le processus de désignation des établissements de santé, comme l'exige son mandat⁷. Trois d'entre elles ont retenu notre attention. Les deux premières ont été menées sous l'égide du Conseil régional de santé de l'Est — qui dessert les comtés unis de Prescott-Russell ainsi que Stormont, Dundas et Glengarry — en 1988 et en 1989 (CRS de l'Est de l'Ontario 1988 et Conseil et Gestion d'Organisations Inc. 1989). La troisième, datant aussi de 1989, émane du Conseil régional de santé du district d'Ottawa-Carleton (Comité des services en français du CRS du district d'Ottawa-Carleton 1989). Elles ont été produites par les comités des services en français spécialement formés dans ces conseils régionaux de santé pour planifier la mise en œuvre de la Loi. Le gouvernement de l'Ontario leur a confié le mandat de :

dresser un plan régional qui indiquerait la gamme des services de santé existants, lesquels de ces services sont offerts en français, ainsi que lesquels dev[r]aient l'être pour combler les lacunes existantes et mener à bien le processus de désignation des établissements/agences aptes à dispenser une partie ou la totalité

de leurs services en français (Conseil et Gestion d'Organisations Inc. 1989 : 2).

En raison de leur positionnement en tant que planificateurs en matière de santé et de leurs mandats respectifs, ces conseils et comités contribueront à répandre le point de vue de l'institution médicale sur la santé évoqué plus haut, qui fait de la disponibilité des soins et de leur utilisation le principal objectif à atteindre en matière de santé, et ce, en lien direct avec le mandat qui leur est confié par le ministère. Leur discours porte en effet essentiellement sur la plus ou moins grande capacité du système de soins en place de prodiguer des services en français, selon les domaines et selon les établissements et organismes, avec une attention particulière portée aux hôpitaux. Les recommandations portent sur les lacunes à combler, tant en ce qui concerne la disponibilité des services qu'en ce qui touche leur utilisation par les populations francophones. La question de l'embauche, de la rétention et de la formation du personnel est évoquée dans chacun des trois documents comme faisant étroitement partie de la problématique.

D'une certaine façon, et pour des raisons que l'on peut s'expliquer, la production discursive sur la santé en Ontario français s'ancre dans un discours d'experts (les professionnels de la santé auxquels l'ACFO fait appel) et de gestionnaires (les antennes régionales du ministère ontarien de la Santé).

Pourtant, la composition du comité de services en français du district d'Ottawa-Carleton, par exemple, laisse entrevoir l'émergence d'autres acteurs et d'autres tendances qui commencent à traverser les discours sur la santé et la façon de l'assurer. En effet, outre les représentants de l'Académie de médecine, du Conseil régional de santé, des directeurs d'hôpitaux et des institutions universitaires, y siègent des membres de divers organismes communautaires tels le Conseil de planification sociale et des représentants de la communauté. S'ajoutent à ces derniers, des représentants préoccupés par certaines problématiques spécifiques : vieillissement, santé mentale, services aux enfants et toxicomanie. C'est que depuis le début des années 80, le secteur des services en français s'est complexifié et a vu la naissance d'acteurs

« C'est que depuis le début des années 80, le secteur des services en français s'est complexifié et a vu la naissance d'acteurs communautaires œuvrant dans le domaine de la santé au sens large. »

communautaires œuvrant dans le domaine de la santé au sens large. En fait, le secteur communautaire, qui est conçu par le Conseil des services en français du district d'Ottawa comme devant combler les lacunes du système hospitalier, développe, tout au long des années 80, un discours multiple qui sera particulièrement dynamique au début des années 90.

C'est donc dans un dialogue permanent entre fonctionnaires responsables de l'application de la *Loi de 1986 sur les services en français*, directeurs d'organismes et d'institutions francophones, associations de la société civile (en particulier l'ACFO) et, parfois, acteurs du développement communautaire en matière de santé (en particulier groupes de femmes) que se forment des revendications propres aux francophones de l'Ontario. Cela ne veut pas dire, cependant, que tous donnent au terme de « santé » le même sens ou comprennent de la même façon le développement des services de santé en français. Chaque groupe d'acteurs tient un ensemble de discours portant sur l'accès aux services (visant en particulier la quantité de services et de professionnels disponibles), les droits des francophones à des services dans leur langue (renforcés par la Loi 8) et la nécessité d'inclure des francophones dans les instances des organismes. Ces discours, par ailleurs, s'entrecroisent et s'entremêlent, se contestent entre eux en fonction non seulement de la position des groupes sur l'échiquier politique (au sens large) mais aussi de représentations sociales sur ce que sont la santé et ses déterminants, la maladie et ses causes et sur les ressources qu'une collectivité doit consacrer à ces questions. Parmi ces discours, il nous semble que celui qui porte sur la santé communautaire est le plus visible.

Le discours de la santé communautaire : les aspects sociaux de la santé

Ce que l'on pourrait appeler ici le « discours communautaire » sur la santé qu'évoquent les organismes franco-ontariens a été reproduit parfois parallèlement, parfois en dialogue avec les

revendications et les discours sur l'accessibilité, les droits et la gouvernance des services tels que nous les avons décrits plus haut. Nous y consacrons ici une section à part dans la mesure où il nous semble important de pouvoir démêler les différentes facettes d'un discours mille fois repris, mais recouvrant souvent de multiples significations. Les racines de ce discours communautaire sont diverses. Elles puisent à la fois dans certaines traditions communautaires franco-ontariennes en particulier pour les groupes de femmes (Coderre 1995) et dans les bouleversements qu'a connus le domaine de la santé au Canada et en Ontario dans les années 80.

En effet, la problématique des coûts croissants des services de soins qui est apparue au début des années 1970 provoque la montée du discours sur la promotion de la santé, dont le début remonte à la publication du rapport Lalonde (1974) que nous avons déjà évoqué. Ce rapport introduit l'idée qu'il existe d'autres déterminants de la santé que la capacité de se faire soigner par le système médical. Il souligne notamment le rôle des habitudes de vie et l'importance de mettre sur pied des programmes incitant les individus à adopter des habitudes de vie saines pour réduire l'incidence des maladies et en particulier les maladies chroniques. Il serait ainsi possible de diminuer le recours aux services et donc de faire des économies de système. En 1986, le rapport Epp, du nom du ministre fédéral de la Santé à l'époque, élargit cette perspective, et ce, en lien avec les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce rapport reconnaît explicitement que la non-santé est fortement liée à des facteurs externes au système de santé lui-même, et en particulier à l'environnement. C'est en renforçant les communautés que l'on serait le plus à même d'assurer aux Canadiennes et aux Canadiens une bonne santé. Au début des années 90, se développe donc le discours connu sous le vocable « santé des populations » stipulant que le système de soins n'est pas le déterminant principal de la santé et qu'il existe plusieurs déterminants dont le plus important serait la « prospérité socio-économique » (Robertson 1998).

Les centres anglophones ou francophones de santé communautaire (CSC) de l'Ontario contribuent largement à la popularité

de cette vision de la santé dont ils ont grandement bénéficié, par ailleurs, dans les années 80 et au début des années 90⁸. Ces centres, qui sont au nombre de 54 actuellement en Ontario, dont cinq francophones (Association of Ontario Health Centres 2003), participent à la vision d'une santé ancrée dans les conditions sociales des populations dans lesquelles ils sont implantés. La gamme des services offerts par ces centres inclut donc, en plus de services médicaux de première ligne, des services de développement communautaire, des services de nutrition, de santé mentale et des programmes sociaux visant des problématiques spécifiques aux populations qu'ils desservent (violence, handicap, etc.). Les équipes qui y travaillent sont multidisciplinaires et leur clientèle est souvent plus démunie, plus fragile. Gérés par des conseils d'administration sur lesquels siègent des représentants de la communauté, les centres aspirent à « démocratiser » les soins de santé et à se faire les porte-parole de leurs membres (c'est-à-dire leur clientèle).

« C'est dans le contexte de la production d'un discours centré sur l'accès à des soins en français, ... que la communauté franco-ontarienne s'est dotée de centres de santé communautaire. »

C'est dans le contexte de la production d'un discours centré sur l'accès à des soins en français, tel que nous l'avons vu, que la communauté franco-ontarienne s'est dotée de centres de santé communautaire. Le cheminement a cependant été long. Par exemple, le Centre médico-social de Toronto est officiellement né en 1989. Sa « gestation » a cependant commencé dès le début des années 80. Selon Romulus, son premier directeur, « cette vision a pris naissance au sein de la section régionale de Toronto de l'ACFO. Le projet s'est ensuite détaché de l'ACFO pour devenir celui d'un comité communautaire distinct » dont la demande de subvention a été approuvée en 1988 (Romulus 1995 : 19).

Dans les années qui suivent, quatre nouveaux centres francophones verront le jour : Le Centre de santé communautaire de l'Estrie (basé à Cornwall, mais avec des satellites à Alexandria et Crysler), le Centre de santé communautaire de Hamilton-Wentworth, puis celui de Sudbury (qui possède aussi des antennes à Chelmsford et à Hanmer) et le Centre de santé communautaire du Témiscamingue à New Liskeard.

La vision de la santé dans laquelle s'inscrivent de tels centres est différente de celle qui a été évoquée dans la section précédente.

Elle se distingue par l'attention qu'elle porte aux déterminants sociaux de la santé tout d'abord, et reconnaît le rôle premier joué par l'environnement socio-économique et politique dans lequel les comportements de santé se forment. Elle diffère aussi et surtout par le rôle qu'elle confère à la prise en charge individuelle et collective et au développement communautaire comme un moyen de promouvoir la santé. Une étude menée sous l'égide du Centre communautaire de l'Estrie préconise ouvertement une tout autre approche de la santé que celle qui est centrée sur les soins (Béland 1996). C'est ainsi que le discours porte beaucoup moins sur les conditions sociosanitaires des francophones et leurs comportements à risque que sur les déterminants plus proprement socio-économiques de leur santé, tels que la pauvreté, le sous-emploi, la piètre qualité de logement, l'analphabétisme et autres expressions de leur manque d'intégration socio-économique. Il privilégie une action visant ces déterminants, présentée comme tout aussi nécessaire en ce qui concerne les effets sur l'état de santé que la poursuite du développement du système de soins. On notera que l'étude de Béland fait peu de place aux individus et à leur langue de communication pour aborder plutôt la question sur le plan de communauté d'appartenance. Les auteurs disent souhaiter « un processus d'appropriation par la communauté des résultats de la recherche et une prise en charge des problématiques spécifiques de la communauté » (Béland 1996 : 157). Le discours communautaire sur la santé se fait ainsi l'écho, en milieu franco-ontarien, d'un point de vue beaucoup plus interventionniste en ce qui a trait aux politiques sociales. L'effort destiné à améliorer la santé des francophones de l'Ontario doit aller bien au-delà de la simple fourniture de soins en français par les institutions publiques.

Cette brève description du développement des centres de santé communautaire francophones et des discours sur la santé qu'ils produisent et reproduisent montre qu'il est important de comprendre les contextes dans lesquels émergent les initiatives franco-ontariennes en matière de santé. Il nous faut en effet souligner plusieurs grands facteurs présents dans le développement d'un discours communautaire franco-ontarien sur la santé, tel que développé par ces centres.

« ...il importe de constater à quel point la volonté politique de faire du « communautaire » un point d'accès aux services de santé, tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, a joué sur la possibilité de voir émerger un discours sur la santé communautaire. »

En premier lieu, il importe de constater à quel point la volonté politique de faire du « communautaire » un point d'accès aux services de santé, tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, a joué sur la possibilité de voir émerger un discours sur la santé communautaire. Les centres de santé francophones ont en effet été mis en place entre 1988 et 1995, au moment où d'une part les pressions fiscales exigeaient de nouvelles formes de prestation des services (donnant la primauté aux services de première ligne), et où, d'autre part, commençait à dominer un certain discours sur les déterminants de la santé.

En deuxième lieu, cette mise en contexte politique ne devrait pas engendrer une sous-estimation de la spécificité francophone des revendications sur la santé communautaire en Ontario. Ces revendications se distinguent dans la façon dont les centres envisagent les défis qu'ils rencontrent : dispersion géographique des populations desservies; coûts supplémentaires dus à la nécessité d'offrir des services de base (qui ne se trouvent pas nécessairement ailleurs dans la communauté), aux distances à parcourir et à l'élaboration de matériel promotionnel et éducatif adapté aux réalités franco-ontariennes (Centres de santé communautaire francophones de l'Estrie, Hamilton-Wentworth-Niagara, Sudbury, Témiscamisque, Toronto 1999).

Avec le gel des subventions et de la création de centres de santé communautaires décrété en 1994 et en partie levé en 1999 (date à laquelle il a été possible à certains centres francophones de mettre sur pied leurs satellites), les défis se sont accumulés. Les objectifs de développement communautaire sont parfois mis en sourdine parce qu'il faut bien répondre à la demande de soins purement médicaux. Les pratiques participatives sont mises à mal par l'avènement des politiques de santé du gouvernement conservateur en 1995. Les Centres interviennent dans un contexte de coupures budgétaires, de restructuration du système au profit de la création de grands centres hospitaliers, d'augmentation des coûts des médicaments et de fragilisation grandissante des populations les plus démunies qu'ils desservent. Les objectifs des Centres se font en conséquence moins entendre et sont moins « populaires » auprès d'une population apparemment plus préoccupée par

les listes d'attente, les coûts du système ou les développements spectaculaires des sciences biomédicales.

Le discours sur les déterminants de la santé s'est aussi accompagné, en Ontario français, d'une volonté de mener des études sur les conditions de santé de la population franco-ontarienne. Le *Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario* (Boudreau et Farmer 1997) et le *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (REDSP 2000) utilisent les enquêtes générales sur la santé en Ontario de 1990 et 1996 respectivement pour faire un portrait épidémiologique des francophones de l'Ontario. On y présente leur santé en l'analysant non en fonction des soins auxquels ils ont accès (ou non), mais en fonction de l'ensemble des déterminants de la santé (modes de vie, nutrition, comportements de santé, soutien social, etc.). Pour les auteurs de ces rapports, le but du diagnostic posé sur l'état de santé de la population francophone est de développer des services qui lui conviennent mieux, en établissant des liens de cause à effet directs entre identification des conditions de santé et besoins en services. L'équation besoin en matière de santé et besoins en services est mise en lumière, faisant, en dernier ressort, d'un système de soins de santé en français le déterminant central de la santé des francophones de l'Ontario

« D'autres travaux sur la santé des francophones, utilisant également le concept de déterminants sociaux de la santé, ont été produits dans les années 90, mais en déplaçant le regard du développement de services au développement de la communauté. »

D'autres travaux sur la santé des francophones, utilisant également le concept de déterminants sociaux de la santé, ont été produits dans les années 90, mais en déplaçant le regard du développement de services au développement de la communauté. L'étude menée en 1993 par Action Éducation Femmes Ontario à la demande du Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale reprend une vision de la santé basée sur l'analyse de ses déterminants sociaux. Intitulée Dialogue santé 1993, cette étude visait à « permettre aux communautés francophones de l'Ontario d'entamer une première discussion sur les déterminants de la santé et de développer une perspective franco-ontarienne sur les facteurs déterminants en matière de santé » (p. 3). Le document est clair en ce qui a trait aux buts.

Il ne s'agit pas de demander au gouvernement de recréer un système de santé, mais plutôt de l'inviter

à favoriser et à supporter des initiatives franco-ontariennes en matière de santé, cette dernière étant entendue dans son sens holistique et incluant la santé physique, psychologique, intellectuelle, culturelle, morale et spirituelle. Il s'agit donc pour le gouvernement d'appuyer les groupes déjà engagés et ainsi permettre l'autoresponsabilité des individus, familles, associations, institutions et communautés francophones en termes de santé (p. 21).

C'est ainsi que les recommandations qui ont émané du processus lient santé et éducation de façon intrinsèque. Les deux autres thèmes qui s'en dégagent sont l'emploi et l'équité, ainsi que la santé communautaire. Enfin, le document place au centre de la réflexion la situation particulière des femmes en matière de santé.

L'étude publiée par la Table féministe francophone de concertation provinciale (TFFCP) sous le titre *Les conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes* (Andrew et al. 1997) reprend ces thèmes en les poussant plus loin. Préparée par le Réseau des chercheuses féministes de l'Ontario français, elle a comme double objectif « d'analyser les conditions de possibilité des services en français en Ontario et de proposer des moyens en vue d'une plus grande prise en charge individuelle et collective des francophones par eux-mêmes dans le domaine de la santé et des services sociaux » (Andrew et al. 1997 : 1).

Dans un premier temps, les auteures se sont penchées sur les conditions de santé des femmes francophones afin de comprendre comment celles-ci pouvaient ou pourraient affecter leurs rapports aux services. Si le chapitre 4 reprend les données épidémiologiques du *Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario* (1997), le cinquième chapitre s'attarde à comprendre comment les femmes qui ont été longuement interviewées définissent elles-mêmes leur santé. L'analyse de leurs propos conduit les auteurs à conclure que les répondantes font des liens directs entre leur état de santé et leur capacité de développer et maintenir des réseaux sociaux,

en particulier francophones. Elle montre aussi combien l'accueil, l'écoute et la sensibilité aux problèmes psychosociaux qu'elles rencontrent de la part de services qui ne sont pas nécessairement médicaux sont importants pour les femmes qui ont le plus souvent la responsabilité de la santé des membres de leur famille. Les femmes interviewées apprécient particulièrement la polyvalence des organismes de santé. Bref, elles revendiquent de « bons services en français » et semblent particulièrement attachées au modèle développé par les centres de santé communautaire. Les femmes reproduisent donc des discours ancrés dans un modèle communautaire, polyvalent et multidisciplinaire.

Outre ces discours qu'évoquent les femmes franco-ontariennes sur leur santé, trois conditions de possibilité de mise en place de services en français ont retenu l'attention des auteures du rapport, à savoir la mobilisation d'acteurs clés, le contexte politique et la législation. Les auteures de l'étude soulignent le faible engagement de la population francophone dans le dossier, qui « laisse plutôt son pouvoir de contrôle, de gestion et de mise en œuvre entre les mains des experts et DG [directeurs généraux] ainsi que de certains fonctionnaires » (Andrew *et al.* 1997 : 156). Elles reconnaissent leur rôle essentiel, mais se demandent toutefois s'ils peuvent assurer à eux seuls la défense, la mise en œuvre et le développement des services. L'avenir des services en français dépendrait à leurs yeux du « développement d'un réseau d'acteurs collectifs partageant une vision de la santé qui s'articulerait autour du social et qui privilégierait des services de qualité en français » (Andrew *et al.* 1997 : 180). L'enracinement de ces acteurs dans leur milieu est évoqué comme une condition nécessaire à la consolidation des services, tout comme le besoin d'approches qui respectent les diversités régionales. Les questions de la diversité des clientèles et du multiculturalisme qui caractérisent plusieurs régions de la province sont aussi soulevées pour la première fois en ce qui concerne le dossier de la santé. En soulevant la question de la qualité des services offerts, et non seulement la quantité des services de santé disponibles en français, la TFFCP retravaille le discours des associations qui revendiquent l'accès aux services. L'accès n'est plus seulement défini uniquement en fonction de la

planification de services, du nombre de membres francophones du personnel, mais il tient compte aussi de la perspective des usagers et des usagères sur les services qui leur sont offerts. D'où, souligne la TFFCP, l'importance de tenir compte de la diversité de la population francophone.

L'affaire Montfort (1997 à nos jours) : création d'un nouvel espace politique et réarticulation des discours

La *Loi de 1986 sur les services en français* a donc suscité la production de nombreux documents sur l'offre et la demande de soins de santé en français et les façons d'assurer le développement des services. Un autre événement allait, à partir de 1997, pousser les francophones de l'Est à émettre de nouvelles revendications et à s'inspirer de nouveaux discours pour appuyer leurs demandes dans le domaine de la santé. L'heure est alors aux compressions budgétaires et aux réorganisations massives dans le cadre de la « Révolution du Bon Sens » entreprise par le gouvernement conservateur élu en 1995. Le 24 février 1997, quelques mois après sa mise sur pied, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario annonce la fermeture de l'Hôpital Montfort à Ottawa. Cette décision sera par la suite révisée et la fermeture est ainsi commutée par la transformation de l'institution en centre ambulatoire. Cette transformation implique la perte du service d'urgence ainsi qu'une bonne partie des programmes de soins dits aigus, c'est-à-dire la plupart des services essentiels à la formation de professionnels de la santé francophones. La Commission demandait en échange la mise sur pied d'un réseau pour identifier les besoins des francophones de l'Est en matière de santé et pour faciliter le développement des services de santé en français au sein des institutions désignées ou appelées à l'être. Bien que le Réseau des services de santé en français de l'Est ait été créé et investi par les francophones dès sa mise en place, la décision de la

Commission de réduire les services de Montfort provoque alors un mouvement de protestation chez les francophones ainsi que des poursuites judiciaires pour « sauver Montfort. » La cause *Lalonde c. Commission de restructuration des services de santé* s'est soldée par une victoire définitive le 1^{er} février 2002 lorsque le gouvernement ontarien a décidé de ne pas demander à la Cour Suprême d'en appeler de la décision favorable à Montfort rendue le 7 décembre 2001 par la Cour d'appel de l'Ontario.

Bien que cet article se limite à un bref aperçu des discours énoncés dans le cadre de cette affaire, il est possible d'émettre quelques hypothèses pour nourrir la réflexion sur la crise Montfort et la création du Réseau en tant que moment décisif dans la formulation des revendications franco-ontariennes en matière de santé. Nous constatons d'abord que les documents produits dans le contexte de ces bouleversements, tels que le *Mémoire* soumis à la Commission (Hôpital Montfort 1997), reproduisent le discours communicationnel prônant l'accès à des services en français. Les administrateurs de Montfort arguent que la réduction de ses services et de ses programmes serait une atteinte sans précédent à la qualité des services de santé en français en Ontario. Montfort s'inspire aussi du discours sur la santé communautaire en insistant qu'elle est le seul hôpital communautaire desservant les francophones d'Ottawa-Carleton et de Prescott-Russell. Toutefois, cette articulation du discours communautaire semble signaler un glissement du sens de « communautaire ». En effet, elle s'éloigne d'une approche « participative » favorisant la collaboration des membres de la communauté à la prise de décision sur l'offre des programmes et des services, telle que privilégiée par les groupes de femmes et les centres de santé communautaire, pour assurer plutôt le pouvoir décisionnel des administrateurs et des professionnels de la santé.

Par ailleurs, un discours émerge pour la première fois dans la production discursive soutenant les revendications en matière de santé autour de l'affaire Montfort : le discours institutionnel (Gilbert 2003). En effet, ce discours, qui a historiquement servi à soutenir les luttes scolaires francophones, est énoncé pour la première fois devant les tribunaux pour affirmer l'importance des

« ...un discours émerge pour la première fois dans la production discursive soutenant les revendications en matière de santé autour de l'affaire Montfort : le discours institutionnel ... ce discours, qui a historiquement servi à soutenir les luttes scolaires francophones, est énoncé pour la première fois devant les tribunaux pour affirmer l'importance des institutions de santé pour la survie de la communauté francophone. »

institutions de santé pour la survie de la communauté francophone. On énonce alors un discours culturaliste qui suppose que l'identité francophone relève d'une « essence » culturelle et que l'Hôpital Montfort joue un rôle dans l'affirmation de cette identité culturelle et de l'appartenance franco-ontarienne. Le jugement de la Cour d'appel a d'ailleurs confirmé cet argument déjà accepté par la Cour divisionnaire de l'Ontario (Le Droit 2002 : 34). La pertinence du discours sur le rôle essentiel des institutions gérées par les francophones est ainsi légitimée par ces décisions juridiques et devient donc un nouvel appui à la formulation des stratégies en matière de santé. Bien que l'ACFO (2002a et 2002b), le « secteur santé » de l'Entente Canada communauté-Ontario (2001) et le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario reproduisent ce discours institutionnel, les revendications des organismes francophones se font toutefois beaucoup plus timides que les avocats de Montfort en ce qui a trait à cette question.

Les événements entourant la crise Montfort amorcent un virage important dans les revendications franco-ontariennes à cause de leurs conséquences spécifiques pour les francophones de l'Ontario, mais aussi en raison de leur impact sur les actions du gouvernement fédéral et celles de la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) à l'égard de la santé des francophones minoritaires. En effet, la crise a non seulement mobilisé les Franco-Ontariens et les Franco-Ontariennes mais elle a incité l'intervention, plus ou moins directe, du gouvernement fédéral. Il est notamment intervenu dans ce dossier en créant le Centre national de formation en santé (CNFS) pour consolider le rôle de formation des professionnels de la santé francophones à l'Hôpital Montfort. Les bouleversements engendrés par la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario ont créé un contexte au niveau du gouvernement fédéral qui a favorisé l'intensification des actions de la FCFA dans le dossier de la santé et sa collaboration avec le ministère fédéral de la Santé, couronnée par l'établissement d'un comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.

Quoique la FCFA et le Comité consultatif réfèrent au passage à certains déterminants de la santé des francophones, ils s'intéressent

d'abord et avant tout aux infrastructures de soins, à leur réseautage et à leur financement. Ces revendications qui prônent l'établissement de réseaux émergent de l'intersection du discours de l'institutionnalisation et du discours de l'accès à des services en français. En effet, c'est dans une perspective d'enchâssement institutionnel bien davantage que dans celle de la prise en charge communautaire qu'il faut comprendre qu'on n'ose guère pousser trop loin la revendication pour des services spécifiques de langue française, pour se replier plutôt sur la mise sur pied de réseaux, devant permettre de créer « un espace francophone dans le domaine de la santé ». La vision qu'a développée la FCFA au gré de ses différentes initiatives depuis 1997 est reprise par l'ACFO (ACFO 2002a et 2002b), par la Table de concertation en santé de l'Ontario (2002) et par le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (PGF/GTA Recherche 2002). Bref, la ré-articulation depuis 1997 des discours déjà énoncés dès 1976 ou 1986-88 et l'émergence de nouveaux discours et de nouvelles stratégies dans le contexte de la crise Montfort témoignent des changements importants autant au niveau du contexte politique que de la dynamique dans la formulation des revendications franco-ontariennes.

Conclusion

Depuis près de 15 ans, la francophonie ontarienne est engagée dans une mobilisation importante dans le dossier de la santé. Elle l'a fait en s'appuyant sur différentes considérations idéologiques et politiques qui parfois se combinent et parfois se contredisent. Certains organismes n'hésitent pas à reprendre à leur compte le discours médical orienté vers l'accès au système de santé et à le transformer en discours axé sur l'accès à un service dans sa langue, centré sur les possibilités d'une bonne communication avec le personnel médical. D'autres en font plutôt une question de droits de la communauté franco-ontarienne à des services en français, gérés et planifiés par des francophones, qui en assurent par ailleurs

la prestation. D'autres, enfin, proposent une stratégie qui emprunte à une vision beaucoup plus communautaire, voire participative, de la santé. Cette dernière s'arrime à une vision qui accentue les dimensions socio-économiques de la santé et s'avère très critique du discours médical. Plus récemment, la francophonie ontarienne s'inspire de trente ans de lutte en éducation pour revendiquer ses propres institutions médicales de même que la formation de réseaux pour assurer l'accès à des soins de santé en français. Ce faisant, elle transforme et le discours communicationnel et le discours communautaire. Ainsi, les revendications soulèvent-elles de multiples enjeux, sinon contradictoires, tout au moins difficiles à réconcilier. Toutefois, depuis la crise Montfort, il devient évident que la FCFA, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire du ministre fédéral de la Santé et maintenant la Société santé en français, le nouvel organe issu des initiatives de la FCFA, démontrent une volonté d'unifier les stratégies des communautés francophones, incluant celles des organismes franco-ontariens.

Cet effort de réconciliation n'aurait pas encore porté ses fruits. En effet, le discours actuel sur la santé des Franco-Ontariennes et des Franco-Ontariens semble aujourd'hui on ne peut plus confus. Entre l'enjeu de la communication, qui appelle à une revendication pour des services dans la langue de la minorité, accessibles au plus grand nombre, celui des droits à de tels services, tels que reconnus par la Loi 8 par exemple, une volonté de faire du secteur communautaire le point d'accès d'une santé en français, et la mise en place d'institutions francophones dans le domaine de la santé, l'hésitation est palpable, si bien qu'on vise tous azimuts, sans arriver à articuler un discours cohérent. On peut certes évoquer le rôle des circonstances, qui fait en sorte que l'on doive revoir sans arrêt la façon d'aborder la question, les stratégies, voire les tactiques de revendication. Une analyse événementielle plus serrée que celle que nous avons conduite dans le cadre de cette étude serait fort utile pour comprendre cet enjeu. En effet, le discours est fortement lié aux possibilités réelles d'action politique dans le domaine dans un contexte global où l'accès aux ressources et au pouvoir se modifie considérablement sur de courtes périodes

« On pourrait alors mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre en reliant plus étroitement les discours soutenant les revendications franco-ontariennes en matière de santé à l'évolution de l'environnement politique plus large, tant en ce qui a trait à la santé qu'aux politiques et programmes visant les minorités francophones. »

de temps. On pourrait alors mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre en reliant plus étroitement les discours soutenant les revendications franco-ontariennes en matière de santé à l'évolution de l'environnement politique plus large, tant en ce qui a trait à la santé qu'aux politiques et programmes visant les minorités francophones.

Sans compter que derrière ces choix quant aux discours qui seraient les plus porteurs, se profilent des rapports de pouvoir et des luttes d'influence pour articuler des visions parfois bien différentes sur la santé. Une analyse plus approfondie d'un événement tel que la crise Montfort permettrait de tenir compte de la complexité de la production discursive. Elle pourrait cibler les producteurs des discours et les intérêts qu'ils défendent, individuellement et collectivement. Une telle avenue permettrait de dégager les possibilités réelles de leur unité et les enjeux qui la sous-tendent, en ce qui concerne les possibilités d'améliorer la santé des francophones et des collectivités auxquelles ils appartiennent. L'attention portée aux producteurs du discours aurait l'avantage de ramener l'attention sur les actions et les stratégies de chacun, car il peut exister un écart entre discours et pratiques privilégiées. Par exemple, il peut y avoir un écart entre les énoncés et les « mots clés » que répètent les organismes franco-ontariens pour obtenir des fonds gouvernementaux et la mise en œuvre des stratégies choisies. Comme il peut exister un écart entre l'énonciation d'un discours « communautaire » afin de satisfaire aux attentes des francophones et les mesures effectivement mises en place. Bref, les discours ne sont qu'une des portes d'entrée facilitant la compréhension de la dynamique interne de la communauté franco-ontarienne. Par notre propos, nous avons cependant voulu montrer tout l'intérêt qu'ils recèlent pour comprendre son évolution, au gré d'une action collective qui exige qu'elle se repositionne constamment dans un environnement dicté par la majorité.

Bibliographie

ANDREW, C., BOUCHARD, L., BOUDREAU, F., CARDINAL, L., FARMER, D., KÉRISIT, M. et D. LEMIRE (1997). *Conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français*

- en Ontario : un enjeu pour les femmes, Ottawa : Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
- ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ONTARIO (1989a). *La loi 8 est-elle en santé? Compte-rendu du Forum sur les services de santé en français en Ontario*, Sudbury, les 18,19 et 20 novembre 1988, Vanier : ACFO.
- ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ONTARIO (1989b). *La loi 8 en santé. Plan d'action de l'Association canadienne-française de l'Ontario*, Document adopté par le Conseil provincial de l'ACFO.
- ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ONTARIO (1991). *Plan de développement global de la communauté franco-ontarienne, 1992-1997*, Ottawa : ACFO.
- ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ONTARIO (2002a). *Accessibilité aux soins de santé en français en Ontario. Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé*, Toronto : ACFO.
- ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ONTARIO (2002b). *Présentation de l'ACFO au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, Toronto : ACFO.
- ASSOCIATION OF ONTARIO HEALTH CENTRES (2003). *History of AOHc and Health Centres in Ontario*, <http://www.aohc.org>, consulté le 25/5/2003.
- BÉLAND, N. (1996). *Étude des besoins en santé de la population francophone des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry*, Cornwall : Centre de santé communautaire de l'Estrie.
- BOUDREAU, F. et D. FARMER (1997). *Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être : Les faits saillants revisités et comparés*, Toronto : Table féministe francophone de concertation provinciale.
- CARDINAL, L. avec la collaboration de C. ANDREW et M. KÉRISIT (2001). *Chroniques d'une vie politique mouvementée. L'Ontario francophone de 1986 à 1996*, Ottawa : Le Nordir.
- CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES FRANCOPHONES DE L'ESTRIE, HAMILTON-WENTWORTH-NIAGARA, SUDBURY, TEMISCAMINGUE, TORONTO, (1999). « Les centres de santé communautaire... la porte ouverte à la santé des francophones », *Reflets*, 5(2) : 164-178.
- CHRONOLOGIE DE LA SAGA MONTFORT DU DÉBUT À LA FIN, *Le Droit*, 16 mars 2002, p. 34.
- CODERRE, C. (1995). « Femmes et santé, en français, s'il vous plaît », *Reflets*, 1(2) : 38-71.
- CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ DE L'EST DE L'ONTARIO (1988). *Étude de la disponibilité des services de santé en français*, Ottawa, Conseil régional de santé de l'Est de l'Ontario.
- CONSEIL ET GESTION D'ORGANISATIONS Inc. (1989). *Rapport sur les services de santé en français dans les comtés de Prescott, Russell, Stormont, Dundas et Glengarry*, Montréal, CGO.
- CONSEIL RÉGIONAL DE SANTÉ DU DISTRICT D'OTTAWA-CARLETON (1989). *Désignation des services en français dans la région Ottawa-Carleton dans le cadre de la Loi de 1986 sur les services en français*, Ottawa, Comité des services en français du CRS du district d'Ottawa-Carleton.
- DUBOIS, J. et al. (1976). « Pas de problème » - *Rapport du Comité d'action sur les services de santé en français*, Toronto : Ministère de la Santé de l'Ontario.
- ENTENTE CANADA COMMUNAUTÉ-ONTARIO (2001). *Rapport du secteur santé. Entente Canada communauté Ontario, Démarche de planification stratégique*, Communauté francophone de l'Ontario.

- EPP, J. (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa : Santé et bien-être social Canada.
- EVANS, R.G. et G.L. STODDART (1996). Produire de la santé, consommer des soins. Dans R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor, dirs. *Être ou ne pas être en santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Paris, John Libbey Eurotext et Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal : 37-73.
- GILBERT, A. (2003). « Entre l'école et l'hôpital : le développement de la francophonie ontarienne », dans R. Côté et M. Venne, dirs. *L'annuaire du Québec 2003*, Montréal, Fides : 673-679.
- HAYDAY, M. (2002). « Pas de problème » : The Development of French-Language Health Services in Ontario, 1968-86, *Ontario History*, 94(2) : 183-200.
- HÔPITAL MONTFORT (1997). *Mémoire de l'Hôpital Montfort à la Commission de restructuration des soins de santé en ce qui a trait aux : Avis à l'Université d'Ottawa concernant les hôpitaux d'Ottawa-Carleton; Intention d'émettre un avis au ministre de la Santé concernant les réinvestissements dans le système de santé d'Ottawa-Carleton et d'autres questions connexes; Avis d'intention d'émettre des directives à l'Hôpital Montfort*, Ottawa : Conseil d'administration de l'Hôpital Montfort.
- LALONDE, M. (1974). *Nouvelle perspective pour la santé des Canadiens*, Ottawa : Gouvernement du Canada, Santé et Bien-être Canada.
- O'NEIL, L. (1991). *Une idée devenue réalité... Le centre de santé communautaire Côte de sable et l'évolution des centres de santé communautaire en Ontario, de 1975 à 1990*, CSC Côte de sable, Ottawa.
- PGF/GTA RECHERCHE (2002). *Vivre en français jusqu'au bout de son âge - Étude sur la disponibilité des services en français dans les établissements de soins de longue durée et dans les maisons de retraite privées*, Ottawa : Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.
- PROGRAMME DE RECHERCHE, D'ÉDUCATION ET DE DÉVELOPPEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE (REDSP) (2000). *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury : Service de santé publique de Sudbury et du district.
- ROBERTSON, A. (1998). "Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health", *Health Promotion International*, 13(2) : 155-166.
- ROMULUS, W. (1995). « Entrevue avec Wesley Romulus », *Reflets*, 1(2) : 18-36.
- St-PIERRE, S. et G. RAIL (1993). *Dialogue Santé 1993 : Dialogue sur les facteurs déterminants en matière de santé au sein des collectivités francophones de l'Ontario*, Ottawa : Action Éducation Femmes Ontario.
- TABLE DE CONCERTATION EN SANTÉ (2002). *Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé*, Ottawa : Table de concertation en santé.

Notes

1. La production de ce texte découle d'un travail de réflexion mené par une équipe plus large que celle de ses auteurs, qui inclut, outre ces derniers, Yvon Thériault. Nous tenons à remercier l'Université d'Ottawa pour le soutien financier qu'a reçu l'équipe pour ce travail dans le cadre des Initiatives collaboratives interfacultaires, ainsi que le Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités (CIRCEM) de l'Université d'Ottawa. Les auteurs tiennent

aussi à remercier Marcel Fallu et Véronique Martin, assistants de recherche, qui ont rassemblé les matériaux et rédigé des documents de travail sur lesquels s'appuie cette analyse.

2. Pour une analyse historique du développement des services de santé de langue française en Ontario, voir Hayday (2002).
3. À Ottawa, le Conseil de planification d'Ottawa crée un comité du biculturalisme en 1967, et ce comité préparera en 1976 une enquête sur la pénurie de services en français dans les domaines sociaux et de la santé. Le rapport Dubois souligne leurs efforts de même que celui du comité de coordination des services à la jeunesse, section française du même Conseil de planification. Ce dernier considère qu'un des problèmes majeurs est le manque de services psychiatriques (Dubois *et al.* 1976 : 152-155).
4. Le comité a tenu treize audiences publiques et cinq réunions. Des communications orales ou écrites provenant de 321 intervenants issus de 65 localités ontariennes et treize intervenants de cinq villes québécoises ont été transmises au comité.
5. Bien que l'étude ne porte pas sur les besoins des francophones du Sud de la province, les auteurs du rapport affirment qu'ils ont également droit à des services dans leur langue et que ceux-ci doivent faire connaître leurs besoins.
6. Même si le Comité considère qu'il n'est pas de son mandat d'étudier de manière exhaustive le lien entre « la langue parlée et les soins de première ligne », il a relevé plusieurs expériences, la plupart documentées dans des revues scientifiques indiquant l'importance de la langue dans la qualité relationnelle entre le médecin et le patient. Les situations analysées sont souvent de sources américaines et liées à la population hispanophone et relèvent de plusieurs spécialités médicales, dont la psychiatrie et la gériatrie (Rapport Dubois 1976 : 14-17).
7. Ce processus de désignation fait appel à quelques principes administratifs inspirés de l'intention et l'esprit des législateurs à savoir : de façon ordonnée, économique, rapide et réaliste (Comité des services en français Ottawa-Carleton 1989 : 3). Et dans le mandat du comité s'ajoutent les nécessaires recommandations touchant « les lacunes à combler de façon prioritaire » (Comité de services en français Ottawa-Carleton 1989 : 4).
8. Nous ne voudrions pas laisser penser que les centres sont nés sous l'impulsion du gouvernement fédéral. En effet, leur existence est plus ancienne. Le premier centre de santé communautaire en Ontario est né en 1963, à Sault Ste-Marie grâce au financement des Métallurgistes Unis d'Amérique (O'Neil 1991). L'origine syndicale des CSC est à noter. De façon générale, ils se développent sous l'égide des mouvements sociaux des années 70, parallèlement au développement du mouvement pour la santé des femmes et la remise en cause de la psychiatrie institutionnelle. Ce n'est qu'en 1982 qu'ils perdent leur statut d'organisme « expérimental » pour devenir l'un des modèles de livraison de services de santé reconnus (O'Neil 1991).