

Les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des francophones minoritaires : l'enjeu du capital social

Sébastien Savard, Isabelle Arcand, Marie Drolet, Josée Benoît, Jacinthe Savard et Josée Lagacé

Engagement social et communautés d'allégeance
Numéro 36, automne 2013

URI : id.erudit.org/iderudit/1029379ar
DOI : [10.7202/1029379ar](https://doi.org/10.7202/1029379ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

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

ISSN 1183-2487 (imprimé)
1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Résumé de l'article

Cet article présente les résultats d'une recherche qualitative sur la collaboration et le partenariat entre les professionnels des services sociaux et de la santé qui interviennent auprès des francophones vivant en situation minoritaire en Ontario. L'étude met en lumière, à partir de l'information recueillie auprès de 43 professionnels rencontrés dans huit groupes de discussion, le contexte qui caractérise leur pratique, les défis qu'ils rencontrent dans leur tentative de créer des liens de collaboration avec d'autres professionnels qui oeuvrent auprès des communautés francophones minoritaires ainsi que les facteurs qui facilitent l'établissement de partenariats entre les différents intervenants qui répondent aux besoins de cette population. Les résultats font ressortir que le sentiment d'appartenance, la confiance et l'engagement des professionnels envers la communauté francophone, de même que les valeurs de réciprocité et de solidarité qui les habitent sont des éléments qui favorisent le développement du capital social de la communauté des intervenants. Cependant, le manque de mécanismes permettant la consolidation et la pérennisation des relations de collaboration constitue un facteur qui limite la capacité de bonifier le capital social des professionnels de la santé et des services sociaux francophones et bilingues.

Citer cet article

Sébastien Savard, Isabelle Arcand, Marie Drolet, Josée Benoît, Jacinthe Savard et Josée Lagacé "Les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des francophones minoritaires : l'enjeu du capital social." *Francophonies d'Amérique* 36 (2013): 113-133. DOI : [10.7202/1029379ar](https://doi.org/10.7202/1029379ar)

Tous droits réservés © Francophonies d'Amérique, 2015

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/>]



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. www.erudit.org

Les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des francophones minoritaires : l'enjeu du capital social¹

**Sébastien Savard, Isabelle Arcand, Marie Drolet,
Josée Benoît, Jacinthe Savard, Josée Lagacé**
Université d'Ottawa

MÊME SI LE FRANÇAIS est la langue officielle minoritaire au Canada, il est souvent difficile pour les francophones d'avoir accès à des services sociaux et de santé en français de qualité, et ces derniers ne répondent pas toujours aux besoins des clients francophones (Bouchard *et al.*, 2006). Cette difficulté à recevoir des services dans leur langue n'est pas sans conséquence pour les francophones en situation minoritaire. À titre d'exemple, mentionnons la faible satisfaction face aux services reçus (Bowen, 2001 ; Santé Canada, 2007 ; Consortium national de formation en santé, 2012), les lacunes observées dans les suivis médicaux (Anderson *et al.*, 2003) et le niveau de risque plus grand d'être admis à l'hôpital (Bowen, 2001 ; Drouin et Rivet, 2003). De plus, les erreurs de diagnostic et leurs répercussions sur les traitements (adhésion des clients, choix du traitement, etc.) sont plus fréquentes parmi les clients qui ne reçoivent pas de services dans la langue de leur choix (Bowen, 2001 ; Santé Canada, 2007 ; Drouin et Rivet, 2003 ; Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005), et ces derniers sont plus susceptibles d'être confrontés à des réactions négatives aux médicaments, n'ayant pas parfaitement saisi les consignes du professionnel de la santé (Bowen, 2001 ; Drouin et Rivet, 2003).

Les professionnels de la santé et des services sociaux francophones en situation minoritaire vivent également certaines difficultés dans l'exercice de leurs fonctions. L'une des plus importantes difficultés est de ne pas être en mesure d'utiliser leur propre langue au travail (Beaulieu, 2010). Des travaux récents ont mis en évidence d'autres défis auxquels sont confrontés ces professionnels de la santé et des services

¹ Cet article présente les résultats d'une recherche financée par le Consortium national de formation en santé (CNFS), volet Université d'Ottawa.

sociaux francophones et bilingues. Par exemple, Marie Drolet et ses collaborateurs (2014) mentionnent l'indisponibilité de services complets en français, qui complique les efforts d'aiguillage des clients vers d'autres services complémentaires, le faible taux de personnel francophone et francophile ainsi que des problèmes organisationnels à caractère plus structurel (par exemple, la difficulté d'accéder à des postes non bilingues, la non-reconnaissance de la complexité plus élevée de leur travail lors de la quantification de leur tâche, etc.).

Drolet et ses collaborateurs mentionnent également des stratégies que ces professionnels mettent en place auprès de leurs clients francophones minoritaires. Parmi ces stratégies figurent le lien de complicité que créent ces derniers avec leurs clients, l'engagement professionnel dont ils font preuve dans leur quotidien et, finalement, la collaboration qu'ils établissent avec leurs collègues et professionnels de leur organisation et des organismes partenaires qui offrent des services sociaux et de santé aux francophones dans leur langue. Cet article se centrera sur ce dernier aspect, soit le partenariat et l'intégration des services sociaux et de santé aux francophones. Nous montrerons que la capacité des services sociosanitaires à répondre adéquatement aux besoins des francophones en situation minoritaire repose en grande partie sur la possibilité de développer un réseau de services intégrés basé sur des liens étroits et personnalisés entre les principaux fournisseurs de services accessibles à cette population.

Dans cet article, nous procéderons à la recension des écrits portant sur les défis rencontrés par les professionnels de la santé et des services sociaux bilingues. Nous poursuivrons avec la présentation du cadre théorique que nous avons retenu pour orienter l'analyse des résultats, soit le modèle du capital social, avant d'aborder la méthodologie de recherche retenue pour réaliser notre étude. Nous terminerons avec la présentation des résultats, qui font ressortir la nature et l'étendue des liens de collaboration entre collègues et partenaires, les avantages de ces relations afin de mieux répondre aux besoins des francophones et les actions qui pourraient être entreprises par les professionnels et les organisations offrant des services en français pour améliorer le capital social de la communauté des professionnels qui offrent ces services aux francophones en situation minoritaire.

Défis et enjeux rencontrés par les professionnels bilingues de la santé et des services sociaux

Plusieurs études concernant les défis que les intervenants de langue minoritaire et bilingues doivent relever proviennent de domaines comme la psychothérapie et le service social, qui accordent une importance accrue à l'expression des émotions ainsi qu'à la compréhension et à l'analyse en profondeur des situations (Bowker et Richards, 2004; Johnson *et al.*, 1999). Dans ces professions, la capacité d'établir un lien de confiance entre le professionnel et le client est un objectif central du plan d'intervention, et partager la même langue maternelle facilite l'établissement de la relation de confiance.

L'accès à des outils d'évaluation ou d'intervention validés dans la langue minoritaire est un autre défi important rencontré par les intervenants. En effet, les langues minoritaires étant plutôt confinées aux réseaux sociaux informels et privés, comme c'est le cas du français dans plusieurs communautés au Canada, à l'extérieur du Québec (Boudreau et Dubois, 2008), les intervenants doivent régulièrement traduire eux-mêmes des outils existant en anglais ou en créer de nouveaux dans la langue minoritaire (Verdinelli et Biever, 2009b), ce qui soulève des questions sur la validité de ces outils et la qualité des diagnostics ou des évaluations qu'ils permettent de réaliser.

Outre la distribution directe de services, les rôles assumés par les intervenants bilingues prennent la forme de partage de renseignements précis, médicaux notamment, avec les clients (Cioffi, 2003), de soutien apporté à des collègues de travail non bilingues devant répondre à des clients parlant une langue minoritaire, d'agents de liaison (courtiers) avec des ressources partenaires pouvant offrir des services complémentaires linguistiquement adaptés (Johnson *et al.*, 1999) et du développement dans la communauté de services adaptés à des populations particulières (Mitchell, Malak et Small, 1998). Certains chercheurs ont fait ressortir l'importance de mettre en place dans les organismes des conditions et des mécanismes pour mettre en valeur le plein potentiel de ces intervenants francophones ou bilingues (Bouchard et Vézina, 2009; Mitchell, Malak et Small, 1998; Engstrom, Piedra et Won Min, 2009). En effet, le peu de ressources professionnelles bilingues dans les organisations se traduit souvent par une surcharge de travail pour ceux qui possèdent

cette compétence, ce qui peut entraîner un problème notable dans le maintien des effectifs. Pour faire face à ces conditions de travail plus lourdes, les intervenants bilingues vont chercher du soutien auprès de leurs pairs surtout et affrontent les défis en mettant en place des réseaux de collaborateurs entre intervenants (Verdinelli et Biever, 2009a).

Les défis que doivent relever les professionnels de la santé et des services sociaux bilingues ainsi que les stratégies qu'ils retiennent pour y faire face soulèvent des questions liées à trois dimensions : les rapports existant entre les intervenants francophones et bilingues et les populations minoritaires ; l'intégration des services offerts à cette communauté ; et les relations qui existent entre les professionnels bilingues à l'intérieur d'une organisation et entre les organisations répondant aux besoins des populations linguistiquement minoritaires. C'est pourquoi nous avons décidé d'étudier plus particulièrement ces questions dans notre recherche en nous inspirant du cadre d'analyse du capital social (Coleman, 1988 ; Putnam, Leonardi et Nanetti, 1993) pour orienter notre réflexion.

Le capital social

Le politologue américain Robert Putnam est l'auteur ayant le plus contribué à populariser le concept et le modèle théorique du capital social. Selon lui, le capital social serait défini par « les caractéristiques d'organisations sociales, telles que les réseaux, normes et confiance, qui facilitent la coordination et la coopération en vue de produire un bénéfice mutuel » (1995 : 67 ; nous traduisons). Pour Putnam, donc, les communautés qui s'en sortent le mieux sont celles qui favorisent et valorisent l'engagement citoyen et où des normes centrées sur la confiance et la réciprocité se sont développées. Dans les communautés où les gens ont davantage tendance à se regrouper et à s'associer, par exemple, dans des organismes communautaires, les membres participent d'autant plus à la vie démocratique de leur communauté et se mobilisent plus facilement pour faire face aux défis et aux enjeux auxquels est confrontée leur collectivité.

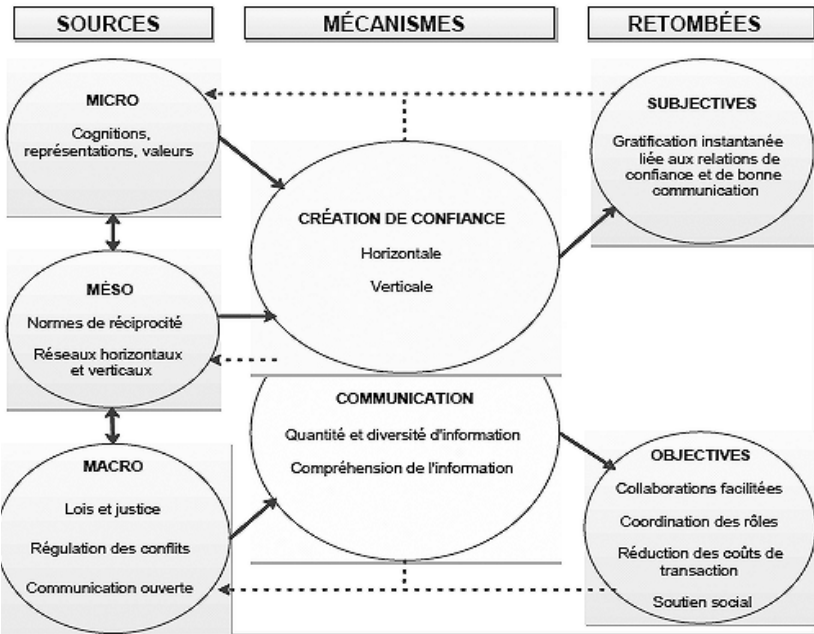
Putnam a mis au jour deux dimensions autour desquelles se construit le capital social d'une communauté, soit le *bonding*, qui réfère aux liens et relations qui existent entre les membres d'une même communauté, et le *bridging*, qui correspond aux relations qu'une communauté entretient avec d'autres communautés ou avec des institutions situées à

l'extérieur de la communauté. À l'intérieur des relations de type *bridging*, on retrouve également les liens entre la communauté et le pouvoir politique, comme le gouvernement local et l'État central. À la lumière de cette catégorisation, une communauté qui jouit d'un capital social élevé est une communauté qui, d'une part, se distingue par des liens forts et dynamiques entre les membres qui y évoluent, ce qui est permis et facilité par la présence de normes sociales solidaires intenses, partagées et solidifiées par un niveau de confiance mutuelle important; d'autre part, des liens multiples, diversifiés et productifs avec des communautés et des institutions situées à l'extérieur de la communauté enrichissent le capital social d'une collectivité en permettant de tirer profit de ressources absentes de la communauté.

À l'instar de Putnam, d'autres auteurs ont contribué au développement et au renouvellement de modèles théoriques liés au capital social. Petri Ruuskanen (2001), entre autres, propose un modèle qui répond en partie à une question ou à une tension souvent soulevée, surtout suite aux écrits de Putnam, concernant ce qui appartient aux déterminants (ou causes) du capital social ou à ses effets. En d'autres termes, la cohésion sociale, l'implication citoyenne dans les organismes bénévoles et la confiance mutuelle sont-elles des déterminants du capital social ou plutôt des effets ou des résultats de celui-ci? Ruuskanen (2001) suggère d'envisager le capital social comme une notion composée de trois éléments : les déterminants, les mécanismes et les retombées du capital social. Pour sa part, Laurence Martin-Caron (2013) présente dans son texte une figure qui reprend ces dimensions (voir la figure 1). On comprend donc, à la lumière de cette dernière, qu'il existe des sources du capital social qui relèvent des individus (micro) alors que d'autres appartiennent à la communauté visée (méso), de même qu'à la société qui englobe ces deux entités (macro). Par conséquent, les individus, les communautés et les sociétés peuvent présenter des intensités variables de certaines composantes faisant fluctuer le niveau de capital social présent chez un individu ou dans une communauté. Les composantes sont différentes lorsqu'elles sont associées à des sources individuelles, communautaires ou sociétales. Selon ce même modèle, certains mécanismes vont contribuer au développement du capital social, autant des individus que des communautés. Ces mécanismes permettent de créer et d'entretenir la confiance entre les membres et entre la communauté et les autres communautés et ils favorisent également le développement

de canaux de communication permettant d'accéder à de l'information de qualité sur les enjeux et possibilités qui se présentent aux individus et aux communautés. De plus, le capital social développé grâce à ces mécanismes va générer des retombées importantes pour les individus et les communautés pour ce qui est de l'accès à des ressources et à des occasions de croissance, mais également en ce qui a trait à la création de climats favorables à la collaboration et au soutien mutuel.

Figure 1
Modèle de Ruuskanen



Source : Martin-Caron, 2013 : 15; modèle inspiré de Ruuskanen (2001 : 146).

Méthodologie

À l'automne 2011, nous avons pris contact avec 21 organismes offrant des services sociaux ou de santé en français dans l'Est ontarien dans le but d'inviter des professionnels francophones bilingues à participer à cette étude. Quarante-trois professionnels ont participé à l'étude, 21 œuvrant dans le domaine de la santé et 22 dans le domaine des services sociaux.

Les diverses professions représentées sont la réadaptation, le travail social, les sciences infirmières, la nutrition, la psychologie et la gestion. Ces intervenants travaillent également dans divers milieux, comme le milieu hospitalier, les centres de santé communautaire et le milieu scolaire. Huit groupes d'entretien ont été réalisés auprès de ces intervenants, soit quatre avec des intervenants en enfance jeunesse et quatre avec des intervenants œuvrant auprès d'ânés. Chacun regroupait entre trois et dix participants parmi les diverses professions.

Ces groupes d'entretien étaient animés par un chercheur secondé par une associée de recherche qui assurait la continuité du processus ainsi que par une assistante de recherche chargée de la prise de notes sur le terrain. Tous les entretiens duraient 90 minutes. Le groupe d'entretien s'est révélé un choix avantageux dans la mesure où il a favorisé la discussion entre les participants à partir de questions ouvertes et nous a permis de vérifier si les participants avaient une compréhension commune de leur rôle et s'ils vivaient des expériences similaires (Geoffrion, 2009). Une grille de discussion avait été préparée par l'équipe de recherche et portait sur les éléments suivants : les services offerts par les organismes où travaillent les professionnels, les défis qu'ils rencontrent pour offrir des services en français, les réussites qu'ils perçoivent dans leurs interventions, la disponibilité et l'adaptation d'outils d'évaluation et d'intervention en français, l'aiguillage et le réseautage avec d'autres milieux, de même que les éléments qui distinguent leur pratique auprès des clients francophones. Cette grille a pu fournir une structure au groupe d'entretien en proposant des thèmes de discussion, tout en étant assez flexible pour laisser émerger d'autres idées.

Les entretiens étaient enregistrés sur bande audio, puis retranscrits de façon intégrale. Les transcriptions étaient ensuite importées dans le logiciel d'analyse *N-Vivo 9* (QSR International, 2012), qui facilite l'analyse de contenu, c'est-à-dire l'examen systématique des données d'entrevues de façon à comprendre le sens qu'accordent les participants de la recherche à leur quotidien et à leur expérience (Krippendorff, 2012). Deux assistantes de recherche étaient chargées de codifier les données des groupes d'entretien selon une procédure préétablie, soit : 1) la lecture de 20 % des transcriptions ; 2) une discussion dans le but de déterminer les thèmes et sous-thèmes émergents (Paillé et Mucchielli, 2008) ; 3) la validation des thèmes et sous-thèmes avec le groupe de recherche qui

regroupe six professions différentes de la santé et des services sociaux; 4) le développement d'une liste de codes (forme abrégée des thèmes et sous-thèmes) et leur définition; 5) la validation de la liste de codes avec le groupe de recherche; et 6) la codification des données. C'est ainsi que la grille de catégories a été établie selon la méthode dite interjuges et par consensus. Les résultats ont été analysés de manière déductive et inductive, en scrutant chaque groupe d'entretien, puis en réalisant des comparaisons entre les groupes. La méthode d'interprétation des données a suivi celle prescrite par Michael Huberman et Matthew Miles (1991).

À l'instar d'autres recherches qualitatives et même si la saturation des données a été atteinte, une généralisation théorique doit être faite avec précaution (Pires, 1997), vu le nombre de participants et surtout les spécificités de chaque milieu linguistique minoritaire. Cependant, le consensus qui ressort nettement entre les groupes d'entretien et entre les professions ainsi que la concordance avec les principaux écrits sur le sujet accroissent la validité de cette étude (Laperrière, 1997).

Résultats

Les résultats portent sur les liens de collaboration que bâtissent les professionnels rencontrés avec leurs collègues de travail et leurs partenaires. Plus spécifiquement, nous présenterons le contexte de prestation de services de santé en milieu minoritaire, les défis et les facilitateurs associés à la création et au maintien de liens de collaboration entre les membres de la communauté des intervenants bilingues évoluant en contexte francophone minoritaire.

Contexte de prestation de services en milieu linguistique minoritaire

Les intervenants rencontrés sont confrontés à de nombreuses difficultés liées au fait qu'ils occupent un poste bilingue en milieu francophone minoritaire. Entre autres, ils mentionnent le manque de services offerts en français ou de professionnels en mesure d'offrir ces services. Cette insuffisance se fait sentir de façon générale en contexte francophone minoritaire et particulièrement dans certaines régions de l'Ontario. On explique que, dans certains cas, les services et les ressources disponibles en anglais n'ont pas leur équivalent en français. Les services en français étant plus rares, ils sont également moins connus et sous-utilisés par

les clients francophones. « Ils sont francophones, ils se sentent minoritaires, ils se sentent isolés [...] y'en a des services qui existent, mais ils ne les connaissent pas. Les gens les sous-utilisent, ceux qui existent » (P-41 jeunes²). Dans certains cas, en raison de l'insuffisance de services disponibles, les intervenants mentionnent qu'ils doivent souvent placer leurs clients francophones sur des listes d'attente qui sont longues alors que dans d'autres cas, les services, programmes et outils ne sont tout simplement pas disponibles en français. « C'est un défi constant [...] » (P-06 aînés). Parce qu'il n'y a pas de services pour les francophones (P-02 aînés), il n'y a pas de programmes dans l'Ouest » (P-04 aînés). Les usagers doivent donc se déplacer sur des distances plus ou moins longues, ce qui est difficile, voire impossible pour certains clients, surtout dans les régions éloignées et non desservies par les transports en commun. Les participants soulignent que ces carences sont particulièrement importantes pour les soins et les services spécialisés. Dans certaines régions, il est difficile de trouver du personnel avec une formation de pointe pouvant répondre aux besoins de la population anglophone majoritaire. Trouver des professionnels possédant ce niveau de compétence tout en étant en mesure d'offrir des services à la population francophone se révèle souvent encore plus difficile.

L'isolement professionnel semble être une réalité vécue par plusieurs professionnels occupant des postes bilingues ou francophones. Le fait que les services soient souvent structurés en fonction des communautés linguistiques expliquerait en partie cette situation. Le fonctionnement en parallèle rendrait plus difficile la création de liens et de partenariats informels avec des professionnels anglophones. Dans certains organismes ou, encore, dans certaines régions, ils ne bénéficient pas de la présence d'une équipe ou de collègues francophones sur lesquels bâtir un réseau institutionnel ou local ou pour profiter d'un partage de ressources en français. Les participants relatent des situations, particulièrement en région éloignée, où ils n'ont pas accès aux services requis en français et se sentent parfois pris au dépourvu. L'importance de développer et de maintenir des partenariats et des réseaux efficaces dans le but de desservir les populations francophones de l'Ontario ressort ainsi comme un enjeu

² Pour identifier les participants tout en protégeant leur anonymat, nous indiquons le numéro associé à chacun d'entre eux, de même que la clientèle avec laquelle ils travaillent.

majeur : « Moi je ne peux pas travailler sans mes contacts » (P-09 aînés). Dans le même sens, plusieurs d'entre eux disent apprécier la formation d'équipes multidisciplinaires, plutôt que le travail en vase clos, puisque celles-ci permettent le partage d'opinions et d'idées diverses. « Plus on échange sur des dossiers, pis on a des différents intervenants ou professionnels, on a plus de chances de trouver des idées pis d'essayer des choses, mettre ça en place. Ça, ça aide beaucoup (P-24 jeunes). [...] Je pense que ça réduit le temps aussi » (P-25 jeunes).

Défis associés à la création et au maintien de partenariats

Dans un contexte où les organismes, les services, les professionnels et les bénévoles francophones sont peu nombreux, il devient particulièrement important de faciliter l'accès aux ressources disponibles en français et d'encourager les échanges entre les fournisseurs de services à la population francophone. Cependant, les intervenants rencontrés indiquent qu'ils doivent faire face à des contraintes dans l'atteinte de ces objectifs. D'abord, ils soulignent que le réseautage se doit d'être une partie intégrante de leur travail ; développer un réseau avec le personnel de domaines connexes pour bien s'acquitter de leurs tâches est au cœur de leur fonction, et ils notent à plusieurs reprises qu'ils ont la responsabilité de soutenir le réseautage de leurs clients en les orientant vers les services communautaires adéquats en français. Cela dit, pour les professionnels, connaître les nouveaux services et ceux qui existent déjà et faire la promotion des services qu'ils offrent auprès de la clientèle et auprès des professionnels des programmes connexes sont des défis quotidiens : « On connaît mal les ressources qui sont disponibles dans nos régions » (P-04 aînés). Plusieurs participants aimeraient promouvoir davantage les programmes qu'ils offrent, mais ne disposent pas des ressources financières et du temps pour le faire. Ils disent également manquer d'outils complets et conviviaux pouvant faciliter le partage d'information sur les services qu'ils offrent et ceux offerts par leurs partenaires : « Souvent, la travailleuse sociale va donner de l'information sur ce qu'elle connaît, donc pas sur ce qui représente les vrais services en communauté. [...] Il y a autre chose, mais il n'y a pas de documents clairs pour les services en français pour différentes clientèles » (P-21 aînés). Ce manque de visibilité et de connaissance des services et des programmes représente un obstacle à la création de partenariats entre les professionnels francophones ou bilingues et nuit à l'intégration des services destinés aux francophones. L'expérience vécue par la clientèle

francophone dans le système de santé et de services sociaux est donc, de ce fait, beaucoup plus laborieuse.

Le manque de temps pour mettre en place le contact et la communication avec les intervenants des autres organisations offrant des services aux francophones a également été souligné avec insistance. Le réseautage se bâtit au fil du temps et par l'entremise de contacts répétitifs entre professionnels et entre institutions, mais les occasions sont peu nombreuses, car la lourdeur de leur charge de travail ne leur permet pas de s'investir suffisamment dans des activités de concertation.

Outre le manque de temps pour développer et entretenir ces relations, les départs fréquents d'employés observés actuellement dans le système de santé et de services sociaux complexifient davantage l'établissement de partenariats. Les participants à l'étude expliquent que ces nombreux changements sont dus, entre autres, à l'avancement dans la carrière et aux nombreux congés de maternité que connaissent les professions largement féminines. Cette situation n'est pas un phénomène exclusif aux services aux francophones, mais ses effets sont plus importants, car il est plus difficile de remplacer des intervenants bilingues et aussi parce que l'absence de bottins sur les ressources disponibles en français dans les services de santé rend encore plus précieuse l'information éparse emmagasinée par les intervenants au fil du temps. Les participants précisent que le personnel nouvellement en poste met un temps considérable à développer des contacts dans sa communauté professionnelle francophone. Bien que des listes de partenaires soient transmises au nouvel employé, celui-ci a besoin de beaucoup de temps et de travail pour créer des relations personnalisées avec les professionnels et favoriser le développement d'un nouveau réseau. Le pire des scénarios se produit lorsqu'un partenaire ou un collègue francophone est remplacé par un professionnel anglophone. La communication et le partenariat avec un organisme peuvent alors disparaître complètement :

C'est des relations qui prennent du temps à bâtir [...], mais ça, il faut constamment... Se battre, pour les conserver (P-02 aînés). C'est des batailles continues (P-04 aînés).

Il faut que tu fasses des connexions. Tu dis : « OK, dans cet organisme-là, je sais que je peux appeler telle ou telle personne qui va essayer de répondre aux services en français, mais ce n'est pas systématique (P-01 aînés).

Finalement, le manque de collaboration de certains partenaires francophones peut devenir un obstacle à une intervention efficace auprès d'une clientèle francophone. Par exemple, un des défis mentionnés précédemment dans les services sociaux et de santé francophones est le manque d'outils d'évaluation en français. Sur cette question, des intervenants déplorent le fait que certains organismes refusent de partager leurs outils et deviennent « un peu possessifs » (P-36 jeunes) relativement aux outils qu'ils ont développés ou adaptés, ce qui est perçu comme contre-productif. L'utilité de partager de telles ressources afin de mieux répondre aux besoins des clients francophones n'est pourtant plus à démontrer. « Oui. Elle a fait des adaptations d'outils d'évaluation, pis ça a été mis dans nos revues scientifiques, et on a pu accéder à ces outils-là. [...] pis on essaie de partager avec d'autres groupes » (P-27 jeunes).

Facteurs facilitants associés à la création et au maintien des partenariats

Le soutien administratif offert par certaines directions est un premier facteur qui facilite grandement la création de réseaux ainsi que le partage d'information et de ressources entre professionnels et organisations francophones. La contribution de l'administration peut d'abord passer par l'implication du personnel d'encadrement dans l'établissement d'ententes formelles avec des agences et des institutions partenaires. Ces ententes réduisent les délais d'accès aux services en français et aident les usagers francophones lorsqu'ils doivent transiter entre plusieurs dispensateurs de services : « On a réussi à établir des bons contacts entre les différents membres dans les postes de direction, et puis c'est une façon de procéder qui est plus facile. Tu sais, il n'y a pas une lourdeur bureaucratique. On se connaît, on peut s'appeler, échanger. C'est ça, il nous faut des consentements appropriés, mais les contacts sont très faciles » (P-24 jeunes). Ce soutien de la part des cadres n'est pas toujours présent dans tous les milieux de travail.

L'appartenance à une même culture minoritaire semble également être un élément qui favorise les contacts et les relations de collaboration entre les intervenants francophones. Les liens entre francophones, dans ce contexte particulier, se caractérisent par la simplicité et une convivialité réelle :

C'est justement la solidarité entre francophones, je trouve, qu'on a [...] On est tricotés serrés. [...] On se tient, c'est ça (P-09 aînés).

Entre francophones, c'est sûr qu'on connecte (P-10 aînés).

L'insuffisance de services et de professionnels francophones incite les intervenants à chercher sans cesse à localiser d'autres professionnels francophones dans l'espoir d'élargir leur réseau de partenaires en mesure de soutenir la prestation de services en français. « On se cherche entre nous autres, les francophones, donc souvent, quand je veux quelque chose, j'appelle d'autres organismes » (P-16 aînés). Ce lien privilégié entre francophones permet de contourner certaines contraintes administratives pouvant amoindrir la qualité des services requis ou la rapidité d'accès à ces services : « Est-ce que je peux t'appeler directement? Je n'ai pas à passer à travers le (nom de l'organisme qui coordonne les services à domicile) pis tout le processus qui est long de même. Sachant ça, moi je rassure mon client » (P-06 aînés).

Ce sentiment d'appartenance et de solidarité serait également à l'origine de la confiance mutuelle sur laquelle se bâtissent les partenariats entre francophones. L'efficacité et la fiabilité qui caractérisent les partenariats semblent être des éléments centraux du réseautage francophone. « Je connais quelqu'un à ce centre qui parle français. Je vais l'appeler et elle va m'aider. Tu peux compter sur ça » (P-09 aînés).

Le sentiment d'engagement et de responsabilité entretenu par les intervenants francophones apparaît également comme un facteur qui contribue à la création de liens entre eux. Ces derniers se sentent personnellement responsables d'offrir des services de qualité, dans leur langue, à leurs clients francophones. Ils utilisent leurs contacts afin d'assurer à leurs clients une transition fluide vers les services appropriés. « Faire un contact personnel, je suis toujours plus à l'aise de référer quand je sais où est-ce que j'envoie la personne, pis que je sais quelle sorte de services ils vont recevoir » (P-06 aînés). Ils n'hésitent pas à défendre les besoins d'un client référé par un partenaire, même si ce dernier ne satisfait pas parfaitement aux critères de services. « Elle m'appelle parce qu'on se connaît. Pis là elle me dit : "Ben coudonc, ce client-là il a 49 ans, justement, il est francophone il ne rentre pas dans aucun critère pour les programmes, mais il a besoin de services. Est-ce que c'est correct?" » (P-12 aînés).

Discussion

La collaboration entre les intervenants et les organisations offrant des services aux jeunes et aux aînés francophones vivant en contexte

minoritaire apparaît, à la lumière des propos tenus par les participants à notre étude, comme étant un facteur de réussite essentiel pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle. Le développement du capital social à l'intérieur de la communauté des intervenants sociaux et de santé francophones et bilingues représente donc un objectif à poursuivre, autant pour ces professionnels que pour l'ensemble des institutions et des acteurs responsables du bien-être des communautés francophones vivant en situation minoritaire. L'analyse de l'information partagée par les participants permet de constater que la communauté des intervenants sociaux et de santé francophones et bilingues possède des atouts importants pour soutenir et consolider son capital social, mais en même temps, elle fait face à des défis et à des contraintes qui peuvent entraver l'atteinte de cet objectif. Pour faire l'analyse de ces forces et de ces faiblesses, faisons appel au modèle développé par Ruuskanen (2001) qui, rappelons-le, a le mérite de distinguer les éléments qui constituent les sources du capital social, aux niveaux micro, méso et macro social, des mécanismes qui permettent de le structurer et de l'enrichir.

Globalement, en se rapportant au modèle de Ruuskanen (2001), on peut constater que les intervenants francophones et bilingues possèdent plusieurs forces et atouts qui relèvent des sources du capital social, c'est-à-dire des ressources à l'intérieur desquelles cette communauté peut puiser pour développer et enrichir son capital social. Au niveau micro, plusieurs intervenants semblent être guidés par des valeurs centrées sur la collaboration, l'éthique de travail et la volonté de contribuer au mieux-être du client ou de l'utilisateur. Le désir de travailler pour la collectivité, d'être un acteur pour la communauté francophone minoritaire est manifeste dans les réponses des participants à l'étude. Les intervenants francophones et bilingues sont bien conscients des difficultés spécifiques aux francophones en situation minoritaire; ils désirent compenser le manque de ressources et de moyens par une implication et un engagement soutenus.

Les normes de réciprocité et de solidarité entre francophones, de même que le sentiment d'appartenance qui anime les intervenants constituent une source importante de capital social à l'échelle mésosociale. Ce sont ces valeurs qui alimentent la vision que les intervenants entretiennent de leur rôle et de leurs responsabilités dans la réponse aux besoins des populations francophones. La communauté des intervenants francophones et bilingues est bien consciente que l'ensemble des mem-

bres a avantage à répondre positivement aux demandes de soutien provenant des autres membres, car éventuellement ils auront besoin du même type de soutien. Les règles du jeu sont assez claires : « Je te soutiens dans la recherche de services adaptés à tes clients, quitte à déroger à quelques règles ou procédures administratives et, en échange, tu pourras compter sur le même genre de soutien lorsque tu auras besoin de services offerts par notre organisation. » En contrepartie, une réponse négative pourrait avoir pour conséquence qu'un intervenant soit identifié comme une personne non collaborative et soit exclu du réseau de collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. C'est ce qui semble se produire avec les professionnels et les organisations qui refusent de partager les outils d'évaluation en français qu'ils ont développés. Le sentiment d'appartenance non seulement à la communauté des intervenants francophones et bilingues, mais également à la communauté francophone minoritaire apparaît être le lien qui motive et soutient la mise en place et le maintien d'un tel système fondé sur la réciprocité. Ce sentiment d'appartenance est également à l'origine du sentiment de confiance qui existe manifestement entre les membres du collectif et qui, selon des auteurs comme Robert Putnam, Robert Leonardi et Raffaella Nanetti (1993), James Coleman (1988) et T. K. Ahn et Elinor Ostrom (2008), se veut la pierre angulaire sur laquelle se construit le capital social d'une communauté.

Les sources et ressources pouvant alimenter le capital social ne se trouvent pas uniquement chez les membres ou dans la communauté, mais également dans les structures et les institutions qui régulent, au niveau macro, le fonctionnement de la communauté et de l'ensemble des communautés qui évoluent plus largement dans le système de santé en Ontario. À ce niveau, on retrouve des éléments qui soutiennent le développement du capital social de la communauté des intervenants francophones et bilingues rencontrés dans le cadre de notre recherche. Les principaux éléments sont : 1) la loi de 1986 sur les services en français de l'Ontario, qui garantit aux francophones vivant dans 25 régions désignées (où vivent 85 % des francophones en Ontario) de recevoir des services dans leur langue de la part des ministères et organismes publics de la province; 2) les Réseaux des services de santé en français, comme celui de l'est de l'Ontario, qui jouent un rôle de conseiller auprès des

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)³ sur les mesures et politiques à mettre en place pour améliorer l'offre et la qualité des services de santé en français dans la région; 3) la Société santé en français (SSF), qui a un rôle important à jouer en ce qui concerne la concertation entre les organisations préoccupées par la santé des communautés francophones; 4) le Consortium national de formation en santé (CNFS), avec son mandat de favoriser l'accès à des programmes de formation en français aux professionnels et futurs professionnels de la santé et des services sociaux destinés à travailler avec les populations francophones minoritaires. Ce sont les principaux dispositifs pouvant, à partir de liens de type *bridging*, être des sources de capital social importantes pour les intervenants francophones et bilingues, en validant, justifiant, appuyant leurs demandes et leurs revendications et en fournissant des ressources pour améliorer leurs capacités à répondre aux besoins des populations francophones.

Mais si les intervenants francophones et bilingues possèdent des atouts et des ressources pour développer et maintenir leur capital social, certains aspects de leur situation doivent davantage être considérés comme des écueils ou des limites. En se référant toujours au modèle de Ruuskanen (2001), c'est au niveau des mécanismes permettant l'activation du capital social que se trouvent les facteurs défavorables. En effet, il ressort des entretiens réalisés avec les intervenants francophones et bilingues que ces derniers ont très peu accès à des lieux ou à des structures quelconques leur permettant de se rencontrer, d'échanger de l'information, d'établir des alliances et de créer des réseaux entre professionnels travaillant avec les enfants, les familles et les aînés francophones minoritaires. Cette insuffisance de moyens favorisant la concertation, l'expression de la solidarité et le développement de liens de confiance alimente chez les intervenants l'impression d'être démunis et, de ce fait, de ne pouvoir répondre adéquatement aux besoins de leurs clients. Ce sentiment peut, à son tour, devenir un facteur de démotivation non négligeable à l'égard de leur travail. L'absence de tels mécanismes va également entraver ou, à tout le moins, ralentir sérieusement le processus d'intégration des nouveaux intervenants francophones et bilingues dans leur poste. Étant donné que les départs et les arrivées dans ces postes sont relativement fréquents, la

³ Agences régionales responsables du financement et de la coordination des services et des organisations publiques et communautaires de santé.

difficulté de créer rapidement un réseau de collaborateurs offrant des services aux communautés francophones peut avoir des effets négatifs sur le capital social. La mise en place de mécanismes de concertation et de collaboration regroupant les intervenants francophones et bilingues offrant des services à une même population (aînés, enfants, personnes ayant des problèmes de santé mentale, etc.) faciliterait certainement la création de relations de confiance, la communication efficace d'information sur les services offerts par chacun, les critères d'accès à ces services et leurs modes de fonctionnement, et améliorerait la qualité des soins et des services offerts aux populations francophones minoritaires du territoire. Ces mécanismes devraient faire l'objet d'ententes entre les organismes concernés afin que la participation à ces structures soit intégrée dans la charge de travail des intervenants et ne soit pas perçue comme une tâche qui s'ajoute à un emploi du temps déjà surchargé.

Il existe des organisations d'intervenants francophones au niveau provincial (Regroupement des intervenants francophones en santé et services sociaux de l'Ontario, comité francophone de l'Association des travailleuses sociales et travailleurs sociaux de l'Ontario, etc.), mais leur contribution et leur action semblent davantage se déployer au niveau provincial ou national que local. Les propos des participants laissent croire que c'est sur ce terrain que la nécessité d'avoir accès à un réseau de partenariats éprouvé serait le plus profitable. Ces organisations auraient probablement avantage à se déployer de façon plus marquée sur les différents territoires afin d'accentuer leur contribution en réponse aux besoins des populations francophones en situation minoritaire.

Conclusion

Dans le cadre de cet article, nous avons pu voir que l'accès à des services sociaux et de santé en français soulève des enjeux fondamentaux pour les populations francophones vivant en situation minoritaire. Nous avons également montré que les professionnels francophones et bilingues ayant pour mandat d'offrir de tels services évoluent dans des contextes qui génèrent des difficultés qui leur sont particulières. Pour faire face à ces réalités difficiles, créer des liens de collaboration solides entre les intervenants francophones et bilingues qui évoluent dans les différentes organisations d'un même territoire apparaît comme la stratégie la plus efficace. Consolider et accroître le capital social de la communauté des

intervenants francophones et bilingues représentent donc des objectifs à poursuivre, à la fois par les intervenants et par les différentes institutions qui sont préoccupées de la qualité des services offerts aux francophones.

Cependant, le développement du capital social des intervenants ne peut se substituer aux interventions sur les structures qui génèrent les iniquités et les inégalités sociales auxquelles sont confrontées les communautés francophones minoritaires; il ne peut que compléter ce type d'interventions. Le capital social ne doit pas non plus être utilisé comme une façon économique d'intervenir pour régler des problèmes comme les difficultés d'accès des communautés minoritaires aux services de santé et de services sociaux. Il pourrait, en effet, être considéré plus économique d'encourager les francophones à se soutenir mutuellement plutôt que de favoriser l'investissement public dans des programmes sociaux et des services qui leur sont destinés. Retenir ou encourager des stratégies centrées sur l'accentuation du capital social ne signifie pas exclure les concepts de pouvoir et de choix politiques de l'analyse des dynamiques de marginalisation et des stratégies pour y répondre. Le développement du capital social passe par l'investissement public et privé et non uniquement par le bénévolat et l'implication volontaire de la communauté (Kawachi, Subramanian et Kim, 2008).

On reproche par le fait même au modèle de capital social d'entretenir une nostalgie improductive à propos des anciennes formes de vie communautaire et des valeurs propres aux communautés rurales. Il faut s'assurer de favoriser le type de capital social dont a vraiment besoin la communauté visée (*bonding* ou *bridging*). Il faut aussi que les efforts pour stimuler le capital social ne se fassent pas au détriment d'un groupe (par exemple, les nouveaux arrivants francophones) et au profit d'un autre (les francophones canadiens « pure laine », par exemple).

BIBLIOGRAPHIE

- AHN, T. K., et Elinor OSTROM (2008). « Social Capital and Collective Action », dans Dario Castiglione, Jan W. van Deth et Guglielmo Wolleb (dir.), *The Handbook of Social Capital*, New York, Oxford University Press, p. 70-100.

- ANDERSON, Laurie M., *et al.* (2003). « Culturally Competent Healthcare Systems: A Systematic Review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, n° 3, supplément (avril), p. 68-79.
- BEAULIEU, Denise (2010). *Balayage environnemental : formation et collaboration interprofessionnelle en santé et en français*, Gatineau, L'Alliance pour la collaboration interprofessionnelle en français (ACIF), [En ligne], [<http://cnfs.net/fr/download.php?id=676>].
- BOUCHARD, Louise, *et al.* (2006). « Capital social, santé et minorités francophones », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, supplément 2 (mai-juin), p. S17-S21.
- BOUCHARD, Pier, et Sylvain VÉZINA (2009). *L'outillage des étudiants et des nouveaux professionnels : un levier essentiel à l'amélioration des services de santé en français : rapport final de recherche, avec la collaboration de Christine Paulin et Michèle Provencher*, Ottawa, Consortium national de formation en santé; Moncton, Université de Moncton (Département d'administration publique).
- BOUDREAU, Annette, et Lise DUBOIS (2008). « Représentations, sécurité / insécurité linguistique et éducation en milieu minoritaire », dans Phyllis Dalley et Sylvie Roy (dir.), *Francophonie, minorités et pédagogie*, avec la collaboration de Véronique d'Entremont, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, p. 145-175.
- BOWEN, Sarah (2001). *Language Barriers in Access to Health Care*, Ottawa, Health Canada, cat. n° : H39-578/2001E, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-eng.php>] (20 septembre 2012).
- BOWKER, Peta, et Barbara RICHARDS (2004). « Speaking the Same Language? A Qualitative Study of Therapists' Experiences of Working in English with Proficient Bilingual Clients », *Psychodynamic Practice*, vol. 10, n° 4 (novembre), p. 459-478.
- CIOFFI, Jane R. N. (2003). « Communicating with Culturally and Linguistically Diverse Patients in an Acute Care Setting: Nurses' Experiences », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 40, n° 3 (mars), p. 299-306.
- COLEMAN, James S. (1988). « Social Capital in the Creation of Human Capital », *American Journal of Sociology*, vol. 94, supplément, p. S95-S120.
- CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (2012). *Reference Framework: Training for Active Offer of French-Language Health Services*, Ottawa, Consortium national de formation en santé.
- DROLET, Marie, *et al.* (2014). « Health Services for Linguistic Minorities in a Bilingual Setting: Challenges for Bilingual Professionals », *Qualitative Health Research*, vol. 24, n° 3 (mars), p. 295-305.
- DROUIN, Jeanne, et Christine RIVET (2003). « Training Medical Students to Communicate with a Linguistic Minority Group », *Academic Medicine*, vol. 78, n° 6 (juin), p. 599-604.
- ENGSTROM, David W., Lissette M. PIEDRA et Jong WON MIN (2009). « Bilingual Social Workers: Language and Service Complexities », *Administration in Social Work*, vol. 33, n° 2, p. 167-185.

- GEOFFRION, Paul (2009). « Le groupe de discussion », dans Benoît Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, 5^e éd., Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 391-414.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS (2005). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilité*, sur le site du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, [En ligne], [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/flhs_06/flhs_06f.pdf] (9 février 2012).
- HUBERMAN, A. Michael, et Matthew B. MILES (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, traduit de l'anglais par Catherine De Backer et Vivian Lamongie de l'association ERASME, Bruxelles, De Boeck.
- JOHNSON, Maree, *et al.* (1999). « Bilingual Communicators within the Health Care Setting », *Qualitative Health Research*, vol. 9, n° 3 (mai), p. 329-343.
- KAWACHI, Ichiro, S. V. SUBRAMANIAN et Daniel KIM (dir.) (2008). *Social Capital and Health*, New York, Springer.
- KRIPPENDORFF, Klaus (2012). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*, 3^e éd., Thousand Oaks, Sage.
- LAPERRIÈRE, Anne (1997). « Les critères de scientificité des méthodes qualitatives », dans Jean Poupart *et al.* (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 365-389.
- MARTIN-CARON, Laurence (2013). *Recension des écrits sur le capital social et sa mesure*, Québec, Université Laval, Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique, Cahier n° TA1301.
- MITCHELL, Penny, Abd MALAK et David SMALL (1998). « Bilingual Professionals in Community Mental Health Services », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 32, n° 3 (juin), p. 424-433.
- PAILLÉ, Pierre, et Alex MUCCHIELLI (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 2^e éd., Paris, Armand Colin.
- PIRES, Alvaro (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans Jean Poupart *et al.* (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 113-169.
- PUTNAM, Robert David, Robert LEONARDI et Raffaella Y. NANETTI (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, Princeton University Press.
- PUTNAM, Robert David (1995). « Bowling Alone: America's Declining Social Capital », *Journal of Democracy*, vol. 6, n° 1 (janvier), p. 65-78.
- QSR International (2012). *NVivo 9* [logiciel], sur le site *QSR International*, [http://www.qsrinternational.com/products_previous-products_nvivo9.aspx] (9 février 2012).
- RUUSKANEN, Petri (2001). « Trust on the Border of Network Economy », *Social Capital and Trust*, Jyväskylä, SoPhi.

- SANTÉ CANADA (2007). *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français : rapport au ministre fédéral de la Santé*, Ottawa, Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.
- VERDINELLI, Susana, et Joan L. BIEVER (2009a). « Experiences of Spanish/English Bilingual Supervisees », *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 46, n° 2 (juin), p. 158-170.
- VERDINELLI, Susana, et Joan L. BIEVER (2009b). « Spanish-English Bilingual Psychotherapists: Personal and Professional Language Development and Use », *Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 15, n° 3 (juillet), p. 230-242.