

La satisfaction des patients francophones de l'Est de l'Ontario traités en réadaptation à domicile

Charles Tardif and Christine Dallaire

Number 30, Fall 2010

Réinventer l'engagement communautaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1005881ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1005881ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

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

ISSN

1183-2487 (print)

1710-1158 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tardif, C. & Dallaire, C. (2010). La satisfaction des patients francophones de l'Est de l'Ontario traités en réadaptation à domicile. *Francophonies d'Amérique*, (30), 61–88. <https://doi.org/10.7202/1005881ar>

Article abstract

Francophone leaders are today demanding access to health services in French not only to ensure individual health but also to enhance the vitality of their communities. However, while some Francophones requiring the treatment or care of health professionals do ask to receive those services in French, others are satisfied if they receive such services in English. This study draws on Foucauldian discourse analysis to examine the discourses reproduced by Francophones receiving home care services, in French and/or in English. Semi-directed interviews were conducted with 12 Francophone patients in Eastern Ontario. Study participants are generally satisfied with the care received, but the language of services does not necessarily correspond to their expectations. It is obviously those that cannot speak in English, on the one hand, and those that proudly identify as Francophones, on the other hand, that prefer receiving care in French. However, the linguistic and identity traits of patients are not the only factors that influence which criteria they will consider a priority in evaluating care received. Indeed, the way they conceive of the health professional also has an effect on the importance they attribute to the language of the service.

La satisfaction des patients francophones de l'Est de l'Ontario traités en réadaptation à domicile

Charles TARDIF et Christine DALLAIRE
Université d'Ottawa

L'analyse de la perception des utilisateurs de services de santé sur les traitements offerts ou reçus permet d'examiner certaines facettes du système de santé. Par exemple, plusieurs auteurs soulignent que la satisfaction procurée par les services de santé est un indicateur de la qualité des services ou, du moins, que sa mesure permet de dépister des problèmes potentiels (Ching-Chow, 2003; Geron *et al.*, 2000; Herman, Spreeuwenberg et van der Pasch, 1998; Porter, 2004; Renzi *et al.*, 2005; Ryden *et al.*, 2000; Widén Holmqvist, von Koch et de Pedro-Cuesta, 2000). Certains affirment également que la perception des services influence la façon dont les patients les utilisent. Ces derniers considèrent que des services de santé satisfaisants facilitent l'accès aux soins et l'adhésion aux traitements puisque les utilisateurs sont moins réticents à consulter les professionnels en cas de besoin (Widén Holmqvist, von Koch et Pedro-Cuesta, 2000; Zastowny, Roghmann et Cafferata, 1989). Analyser la perception qu'ont les utilisateurs des services qu'ils reçoivent s'avère utile pour mieux comprendre le système de santé et les comportements en matière de santé.

L'évaluation des services de santé reçus peut tenir compte non seulement des connaissances et des croyances strictement médicales, mais aussi des valeurs culturelles et même identitaires (Hayday, 2002; Lupton, 1995, 2003; Osborne, 1997; Petersen et Bunton, 1997; Robertson, 1998; Shaw et Aldridge, 2003; Turriss, 2005; Weech-Maldonado *et al.*, 2003). Les événements survenus pour la sauvegarde de l'Hôpital Montfort en 1996 illustrent comment des domaines

comme l'épanouissement de la francophonie, qui semblent *a priori* extérieurs au domaine de la santé, peuvent s'infiltrer dans la façon dont les patients perçoivent les services de santé (Gilbert *et al.*, 2005). De tels points de rencontre entre les domaines médical et social influencent certainement la conception d'un service de santé de qualité chez les Franco-Ontariens.

Cependant, peu d'études se penchent sur les critères qu'emploient les membres de la communauté franco-ontarienne pour évaluer les services de santé reçus. Cette étude vise donc à relever les éléments qui donnent satisfaction aux patients franco-ontariens qui reçoivent des services de réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario. Par exemple, on accorderait plus d'importance à la langue dans l'évaluation des services, étant donné le lieu privé de prestation en comparaison aux soins offerts en milieu hospitalier ou institutionnel (Angus *et al.*, 2005). Il est important de disposer de données sur les perceptions des patients franco-ontariens à propos des services reçus et sur l'importance du français dans leur évaluation d'un service de santé de qualité. L'article répertorie, premièrement, les discours sur les services de santé et sur la francophonie qui émergent des propos des patients francophones quand ils discutent des soins de santé reçus à domicile et qu'ils expliquent pourquoi ils sont satisfaits des services. Deuxièmement, l'analyse met en lumière les conditions discursives qui accordent une plus grande importance à la langue de service dans l'évaluation des soins reçus à domicile chez les francophones de l'Ontario.

Détails méthodologiques

Un sous-échantillon de participants francophones prenant part à une collecte de données quantitative parallèle sur la satisfaction des services de santé ont expliqué les raisons de leur satisfaction des services de réadaptation à domicile au cours d'entrevues. Les données obtenues auprès des participants interviewés ont été recueillies en trois étapes. Pour la première étape, le patient inscrivait ses caractéristiques sur un questionnaire démographique. L'étape suivante consistait à répondre à la Méthode d'évaluation des services de santé (MESS) mesurant quantitativement les différentes dimensions de la satisfaction à l'égard des services de réadaptation à domicile. En plus de fournir une mesure de la satisfaction, cette première étape incitait le participant à réfléchir aux éléments d'évaluation des soins reçus afin de faci-

liter la discussion et ainsi enrichir les entretiens subséquents. La MESS permet d'évaluer les soins de santé à domicile à partir de dix critères de satisfaction. L'un d'eux concerne la langue de traitement. Les autres critères sont la coordination des soins, les premiers contacts, l'horaire, la participation et l'implication du patient dans les décisions relatives aux traitements, la diversité des services offerts, les rapports avec le professionnel de la santé et avec le personnel de soins infirmiers, les bénévoles et les résultats obtenus. La description détaillée de l'outil de mesure ainsi que l'analyse des résultats provenant de ce volet quantitatif sont présentées par Charles Tardif (2009).

La troisième étape consistait à recueillir les propos des participants sur les services de réadaptation à domicile à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Les entretiens abordaient d'abord des thématiques plus larges, dont la définition de la santé, la responsabilité en matière de santé et les critères d'un service de santé de qualité. D'autres thématiques reliées à la question des services en français soutenaient ensuite les discussions: le droit à la santé, l'accès aux services de santé en français ainsi que le rôle de l'institution pour la communauté francophone. Enfin, les entrevues se terminaient par un retour sur l'évaluation des soins reçus effectuée à l'aide de la MESS, incitant les participants à expliquer leur jugement sur les dix critères de satisfaction des services de réadaptation à domicile. C'est à partir de ces entretiens, enregistrés puis transcrits, que les discours qui contribuent à la construction de la satisfaction des patients face aux services de santé ont été établis.

Deux centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Est de l'Ontario responsables des services de réadaptation à domicile, c'est-à-dire le CASC des comtés de l'Est et le CASC d'Ottawa, ont collaboré au recrutement des participants. Les soins de santé inclus dans l'étude concordent avec la définition des services de santé à domicile présentée par le gouvernement fédéral: un ensemble de services permettant à l'individu avec des incapacités mineures ou majeures de vivre à la maison avec dignité et indépendance (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). Les interventions à domicile comprises dans l'étude sont offertes dans le but de conserver, d'améliorer ou de restaurer les capacités physiques et mentales afin d'augmenter l'autonomie fonctionnelle, l'indépendance et le mieux-être (ILO, UNESCO et WHO, 1994). Elles incluent donc une variété de soins, soit des services infirmiers, d'ergothérapie, de physiothérapie, de travail social, de soins personnels (aide pour le bain, transferts, habillage), ou d'autres aides

quotidiennes comme le ménage et la lessive pour pallier divers problèmes de santé (musculosquelettiques, cardio-pulmonaires, neurologiques, respiratoires ou même une diminution de la performance physique menaçant l'autonomie).

Tous les patients de langue maternelle française de l'Est de l'Ontario ayant reçu au moins une visite à domicile sous la direction d'un CASC, dans les six derniers mois, pour des soins de réadaptation physique étaient considérés pour l'étude. Le participant ne devait cependant pas présenter d'amnésie et devait être orienté dans l'espace et le temps. Tous ceux et celles qui se sont portés volontaires pour participer à l'étude et qui correspondaient à ces critères ont été retenus. Des 26 participants qui ont pris part au volet quantitatif, 12 ont de plus accepté de participer aux entrevues. Il s'agit de huit femmes et de trois hommes de 50 à 86 ans et d'un homme de 25 ans. Le tableau 1 résume les caractéristiques des participants interviewés. Six personnes étaient originaires de l'Ontario alors que cinq étaient nées au Québec et une au Nouveau-Brunswick. De plus, neuf personnes vivaient à la maison et trois participants demeuraient en résidence pour personnes

Tableau 1
Caractéristiques des participants

Participant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Âge	72	59	67	70	85	80	70	86	85	61	50	25
Sexe	M	M	F	F	F	F	F	F	F	F	M	M
Province d'origine	ON	ON	ON	QC	ON	QC	NB	QC	QC	ON	ON	QC
Habite en résidence d'hébergement				X	X	X						
Parle l'anglais	peu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	peu	X
N'a aucune préférence de langue pour les traitements				X			X					
Nombre de mois qu'il reçoit les services	60	3	5	20	12	1	1	3	36	24	1	3
Demande les services en français	X	X	X		X			X	X	X	X	
Revendique les services en français		X	X						X			

semi-autonomes. Sur le plan linguistique, deux participants parlaient très peu l'anglais, deux autres ne déclaraient aucune préférence pour l'une ou l'autre des deux langues officielles alors que deux autres encore préféraient parler l'anglais lors de leurs interventions avec le professionnel de la santé.

L'analyse des discours sur la santé et sur la francophonie

L'analyse discursive est un outil efficace pour examiner comment les façons de penser, de parler et d'agir contribuent à la construction sociale de la satisfaction des francophones envers leurs services de santé. En effet, le cadre d'analyse que propose Michel Foucault permet d'étudier le contexte social, c'est-à-dire les « discours » par lesquels nous percevons, analysons et énonçons les phénomènes (Armstrong, 1994; Foucault, 1983, 1984). Ils dirigent nos pratiques dans divers champs de connaissances, comme les services de santé (Gastaldo, 1997; Gilbert *et al.*, 2005; Lupton, 1995, 2003) en construisant les attentes du patient, ses croyances personnelles et ses valeurs en matière de santé (Patton, 1992; Osborne, 1997; Robertson, 1998). Examiner les principaux discours relatifs à la qualité des services de santé permet de cerner les critères ou les « vérités » qu'énoncent les patients lorsqu'ils évaluent ces services. Étudier la satisfaction des bénéficiaires franco-ontariens au sujet des services de réadaptation à domicile vise l'analyse de deux types de discours qui orientent leurs perceptions des soins de santé: les discours sur la santé et les discours sur la francophonie minoritaire au Canada. Le premier type de discours est énoncé notamment par les responsables de la santé publique et les professionnels de la santé et produit différentes « vérités » qui modèlent les représentations des soins de santé. Un premier discours dominant au Canada s'inspire de la Déclaration universelle des droits de l'homme (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1948) ainsi que du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1976) décrétant la santé comme droit fondamental. Au Canada, ce discours souligne, par ailleurs, le rôle primordial de l'État en matière de santé publique pour assurer l'accès des citoyens à des soins de santé. Trois autres discours sur les services de santé mentionnés dans les écrits scientifiques sont aussi reproduits par les participants: le déterminisme médical (Lupton, 2003), la promotion de la santé (Gastaldo, 1997; Lupton, 1995, 2003; Petersen et Bunton,

1997; Robertson, 1998) et le consommateurisme (Lupton, 2003; Osborne, 1997; Petersen et Bunton, 1997; Shaw et Aldridge, 2003; Williams *et al.*, 1999). Ces derniers discours se distinguent en raison des vérités qu'ils produisent sur la définition de la santé, la responsabilité en matière de santé et les critères à considérer dans la définition d'un soin de qualité (voir le tableau 2). Ces prémisses ont un impact certain sur l'établissement de la satisfaction du patient. Les énoncés concernant les services de santé et l'interprétation de leur qualité influencent non seulement les francophones de l'Ontario, mais aussi tous les autres utilisateurs du système de santé. Cependant, notre analyse révèle que, d'autre part, les discours sur la francophonie minoritaire agissent aussi sur les patients de langue maternelle française et sur leur évaluation des soins reçus. Ce second type de discours, promu par les porte-drapeaux des communautés francophones, associe la problématique des services de santé à l'importance de la langue des soins et au développement de la communauté. Les propos des participants reprennent deux discours sur la francophonie dans leur évaluation des soins à domicile. Le premier discours sur la francophonie souligne les ancrages juridique, linguistique et identitaire qui renvoient aux « droits » des francophones (Dubois, 1976). Le deuxième discours

Tableau 2
Sommaire des vérités des discours sur le déterminisme médical, la promotion de la santé et le consommateurisme

<i>Le discours sur la santé repris par les patients franco-ontariens</i>	<i>Les vérités sur la santé et les services de santé</i>			
	<i>La définition de la santé</i>	<i>La responsabilité de la santé</i>	<i>Le rôle de l'expert</i>	<i>La définition d'un service de santé de qualité</i>
Déterminisme médical	Physiologique, absence de maladie	Le professionnel de la santé et le système de santé	Paternalisme médical	Accès, attente, compétence.
La promotion de la santé	Capacités fonctionnelles et participation sociale	La personne, par les habitudes de vie	Consultant – Éducation	Qualités humaines
Le consommateurisme	Selon les attentes personnelles	Selon les attentes personnelles	Répondre aux besoins	Selon les attentes personnelles

porte sur l'accès à des services en français en considération de l'offre ou de la demande (Dubois, 1976; Fédération des communautés francophones et acadienne, 2001). Les discours sur la francophonie croisent les discours sur la santé et, dans certains cas, produisent des attentes quant à la langue utilisée dans les soins. Ces vérités produites dans les discours constituant le « patient » et le « francophone » deviennent les ressources par lesquelles les individus de langue maternelle française interrogés pour notre étude perçoivent les soins de santé et le rapport possible entre ces soins et leur francité. L'analyse des entrevues visait donc à déterminer quelles vérités des discours sur la santé évoque chacun des participants et si oui ou non ces derniers reproduisent les vérités des discours sur la francophonie pour expliquer leur satisfaction à l'égard des services de réadaptation à domicile reçus (voir le tableau 3).

Tableau 3
Discours énoncés par les participants

Discours	Vérités reproduites par les participants	Participants											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Déterminisme médical	Définition physiologique de la santé				x		x	x					
	Paternalisme médical	x			x	x	x	x					
	Qualités techniques d'un service de santé	x			x	x	x	x					
Promotion de la santé	La définition fonctionnelle de la santé	x	x	x					x	x	x		x
	Responsabilité individuelle de la santé		x	x		x			x	x	x	x	x
	Un conseiller pour sa santé		x	x	x			x	x	x		x	x
Consommateurisme	Définition personnelle de la santé		x	x					x	x			
	Le client libre de ses choix	x	x	x					x				
	Client activiste		x	x						x			
Droit aux services en français	Ancrage juridique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Ancrage linguistique	x	x	x		x	x		x	x		x	x
	Ancrage identitaire	x	x	x					x	x		x	
Accès aux services en français	Problème de l'offre des services	x	x					x		x			
	Problème de la demande des services	x	x	x		x			x	x		x	

Les discours sur la santé des francophones traités en réadaptation à domicile

Le droit à la santé

La nature universelle du système de santé au Canada, établissant que tous les citoyens ont droit à des soins de santé offerts de façon uniforme à travers le pays (Canada. Ministère de la Justice, 1986), est un symbole important pour les Canadiens. Il n'est donc pas surprenant que tous les participants de notre étude aient insisté sur le droit des Canadiens de recevoir des soins et sur la responsabilité de l'État en matière de santé publique pour garantir ce droit à la santé.

Bien certain! D'avoir accès aux services de santé? C'est certain!
J'espère que ça va toujours être gardé! Qu'ils ne nous enlèveront pas ça, qu'ils ne s'en aillent pas seulement en privé! (Participante 4).

Un autre participant renchérit :

Comme la santé, c'est numéro un dans ta vie, dans un corps sain une tête saine, c'est certain que ce n'est pas un privilège, c'est un droit. C'est obligatoire que la société prenne soin de ses membres (Participant 2).

Des quatre discours sur la santé qui émergent des entrevues, seul celui-ci est reproduit par tous les participants. Les trois autres discours sur la santé sont articulés de façon complémentaire à celui du droit à la santé. Ils donnent à ce discours commun une couleur particulière à la définition de la santé, au rôle du professionnel de la santé et à la façon de définir ce qu'est un service de santé de qualité.

Le déterminisme médical

Deborah Lupton (1995) explique que le discours du déterminisme médical renvoie à un modèle curatif où l'offre de soins de santé par l'État représente la principale modalité légitime d'intervention en santé. L'État devient ainsi le « protecteur » des citoyens et est responsable d'assurer leur santé. Dans un tel système d'intervention en santé, le professionnel de la santé – le médecin surtout – est l'expert en ce qui concerne les décisions à prendre pour « guérir » les patients. Les participants prônant ce discours affirment que leur santé dépend d'un

usage suffisant et adéquat de soins spécialisés, prodigués par des experts: « Comme je te dis, voir le médecin régulièrement, d'avoir des bons médicaments. [...] C'est toujours un suivi, il faut qu'il y ait un poursuivi... » (Participante 4)

Le déterminisme médical: la définition physiologique de la santé

Les participants s'inscrivant dans ce discours jugent qu'ils sont en santé lorsqu'ils ne souffrent d'aucun malaise physique ou mental. « Être cent pour cent en santé, c'est ne pas avoir de malaise, pas de bobos » (Participante 6). Cette conception de la santé s'apparente au modèle biomédical qui réduit la santé à l'absence de désordre physique, en contraste par exemple avec le modèle bio-psycho-social, qui considère le fonctionnement de l'individu dans son environnement social en fonction de ses capacités physiques et psychologiques (Higginbotham, Albrecht et Connor, 2001). Les vérités déterminantes de ce discours définissent la santé et la maladie selon les critères du professionnel de la santé, le seul expert légitime en la matière.

Ça fait que c'est dans le bon chemin [en parlant de sa santé]. Bien oui, parce que si tu ne vas jamais chez le médecin, tu ne sauras jamais s'il y a quelque chose de pas correct avec toi. Non, moi je trouve que c'est très important (Participante 4).

Dans cet exemple, c'est effectivement le médecin qui détermine le niveau de santé de la patiente. Il est logique de penser que la pratique et l'attitude des patients en matière de soins soient différentes selon le discours qui les gouverne et la définition de la santé qu'ils adoptent.

Le déterminisme médical: rôle du professionnel = paternalisme médical

Certains auteurs nomment « paternalisme médical » l'attitude du patient qui désigne le professionnel de la santé comme l'unique responsable de la santé des participants (Higginbotham, Albrecht et Connor, 2001; Lupton, 1995, 2003). La dernière citation de la participante 4 est un bon exemple de la relation patient-professionnel de la santé reproduite dans ce discours. Lorsque ce discours dirige la

pratique normale de la patiente, il est permis de penser que les préférences personnelles de cette dernière, telles la langue de traitement ou sa participation à la prise de décisions, soient d'une importance moindre dans l'établissement de sa satisfaction. Cette croyance décourage aussi la remise en question du service de santé. « Comme je te dis, il ne faut pas trop "chialer", je suis très satisfaite » (Participante 4).

Le déterminisme médical: soins de qualité = qualités techniques des soins

Ceux qui considèrent les services de santé comme le principal levier pour maintenir la santé ont tous indiqué que l'accès facile et le temps d'attente sont cruciaux pour obtenir un service de santé de qualité.

Si l'on n'attend pas des heures et des heures pour être vu. Puis que l'on n'attende pas. Si tu es malade, tout de suite tu as le service. C'est ça, un bon médecin pour commencer. Puis après ça, quand il nous réfère chez le spécialiste que l'on n'attende pas des mois puis des mois avant d'avoir un rendez-vous (Participante 7).

En concordance avec les vérités du « déterminisme médical », des participants soulignent que la compétence du professionnel et l'exécution diligente et appropriée des soins prescrits assurent la qualité des soins. Par exemple, le participant 1 ne voudrait pas changer de médecin, même si celui qui le soigne est anglophone. En effet, il explique: « Je ne prends pas un médecin parce qu'il parle français. » Et il renchérit: « Qualifiés, compétents, c'est ça qui est important. » Selon les énoncés retrouvés dans ce discours, être traité dans sa langue n'est pas un critère de qualité des soins. Les patients qui énoncent le discours du déterminisme médical n'expriment effectivement pas la volonté de solliciter des services de santé en français, puisque l'accès aux meilleurs professionnels et aux meilleures installations prime, quelle que soit la langue du service. Par ailleurs, les personnes s'étant exprimées selon les vérités du déterminisme médical ont inscrit des résultats décrivant une satisfaction générale supérieure dans la MESS. Elles jugeaient moins importants les critères de l'outil relatifs au contact humain avec le professionnel de la santé et évaluaient comme plus importants ceux qui décrivaient les qualités techniques du professionnel. Une satisfaction plus grande était à prévoir dans la MESS puisque, dans ce cas, il n'est pas approprié de remettre en question le professionnel de la santé.

La promotion de la santé

L'approche qui mise sur la promotion de la santé, présente notamment dans le rapport Lalonde (Health and Welfare Canada, 1974), s'éloigne du modèle biomédical et considère davantage la dimension socio-environnementale de la santé. Ce discours signale que d'autres déterminants comme les habitudes sanitaires et le style de vie ont un impact significatif sur la santé des Canadiens, bien qu'il attribue aussi un rôle aux capacités du système de santé pour améliorer la santé publique. Peu à peu, le virage vers l'éducation et la promotion de la santé accorde à l'individu le pouvoir sur sa santé, mais lui confère aussi la responsabilité de gérer le risque de la maladie (Petersen et Bunton, 1997). L'individu est donc incité à adopter les pratiques et les comportements de prévention et de maintien d'un style de vie sain (Lupton, 1995).

La promotion de la santé: définition fonctionnelle de la santé

La majorité des participants affirme que le niveau de santé ou de maladie d'une personne correspond à son niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et à sa capacité fonctionnelle au domicile, au travail et dans les loisirs.

Si tu n'as pas ta santé, tu n'as rien, tu es aux crochets des autres, tu as besoin. C'est un besoin réel de quelqu'un pour avoir soin [de toi]. [...] C'est ça qui est très difficile. Quand tu es malade, et tu ne peux pas faire les choses comme d'habitude... Comme moi, ici, j'adore, la lecture, mais à cause de mes mains et de mes bras, j'ai de la difficulté à tenir un livre, et ma vue est affectée par la fibro... Oui, la santé, c'est ça. C'est la liberté de vivre ta vie (Participante 3).

Cette dispersion de la gestion du risque de la maladie dans le tissu social introduit la santé et la maladie dans la vie, la famille et même la communauté des personnes recevant les services. Selon Petersen et Bunton (1997), la fonction occupationnelle, sociale et familiale tiendrait aujourd'hui une place plus importante dans la définition de la santé et d'un service de santé de qualité, par rapport au rôle que doit remplir l'État. Ainsi, pour les participants, être « malade » n'est pas un

état d'être défini par le professionnel de la santé, mais bien une qualité de vie qui se vit chaque jour par le patient.

La promotion de la santé: la responsabilité individuelle de la santé

Les acteurs reproduisant le discours sur la promotion de la santé déclarent que ce sont les comportements individuels, comme les habitudes sanitaires et leurs liens avec la communauté qui sont les principaux déterminants de la santé des individus (Gastaldo, 1997). Selon les participants qui énoncent ce discours, le facteur le plus important pour maintenir une bonne santé est de voir à préserver les bonnes habitudes, un niveau d'activité physique adéquat et à résoudre ses problèmes soi-même ou avec l'aide de sa famille. Par exemple, en réponse à la question « Qu'est-ce qui est important pour votre santé? », ces témoignages illustrent bien ce que plusieurs ont exprimé :

Toute notre vie, il a fallu voir à ce qu'on faisait. Ce n'est pas une affaire qui est faite du jour au lendemain. C'est quelque chose qui est fait à la longue. Et ma mère a bien pris soin de nous autres quand on était jeunes pour qu'on aille des os forts. De beaucoup de façons. Avec des légumes, avec n'importe quoi, tout ce qu'on avait besoin. Elle était bonne pour ça et puis ça nous a aidés. Ça été fantastique. Bien manger, bien dormir, bien s'amuser, faire de l'exercice, je pense que c'est à peu près ça (Participant 8).

Une autre personne confirme :

Pour t'aider mais avant tout c'est une responsabilité personnelle la santé. C'est toi qui dois faire assez de culture physique, ne pas toujours être assis continuellement à regarder la télévision. Savoir ta diète, manger de façon équilibrée : assez de légumes et pas trop de viande. Le poisson et les légumes. Balancer, avoir une diète c'est très important (Participant 9).

Cependant, aucun participant n'a exprimé un lien entre son appartenance francophone et le développement communautaire lors des discussions sur l'importance d'offrir des soins en français. Certaines vérités du discours sur la promotion de la santé sont très fortement reproduites par les francophones, mais celles qui associent leur santé et la minorisation ou la vitalité de leur communauté n'émergent pas de

leurs propos, comparativement aux discours qui émergent des documents des organismes francophones sur la santé (Gilbert *et al.*, 2005). Que les propos des participants se soient spontanément limités à une discussion de leur santé individuelle peut être le résultat du fait qu'ils ont été recrutés pour participer à l'étude en tant que patients recevant des soins à domicile, donc des individus souffrant de problèmes de santé. L'état de santé du participant, entraînant des incapacités physiques, des souffrances physiques et psychologiques et même des handicaps, constitue une condition matérielle cruciale pour comprendre que des questions sur la santé, même posées sur « la santé en général », susciteront des réponses portant sur les expériences et les soucis des participants pour leur propre bien-être.

La promotion de la santé: l'expert en santé = un conseiller

Selon les vérités énoncées dans ce discours, le rôle de « l'expert en santé » consiste donc à informer et à éduquer les gens sur les moyens à adopter pour maintenir leur santé, puisque l'on vise à les habiliter, à les outiller et à leur octroyer le pouvoir de gérer leur santé. Les professionnels de la réadaptation et les médecins, par exemple, remplissent davantage un rôle d'éducateur ou de consultant, alors que le patient s'approprie la responsabilité de gérer le risque de la maladie. « Pour moi ce qui est important, c'est que je sache exactement ce qu'il fallait que je fasse. Moi, tu me dis une fois ce qu'il faut que je fasse et je le fais » (Participant 3). Le participant 11 s'exprime aussi en faveur d'une collaboration avec le professionnel de la santé :

Il [le physiothérapeute] était bien gentil. Moi j'étais confortable avec. Et je pense que c'est très important d'être confortable avec parce qu'il n'y a pas juste lui qui travaille, moi aussi je travaille.

Il est logique de penser que les patients seront plus reconnaissants envers le travail de leur professionnel de la santé en raison des qualités qui se manifestent chez un bon communicateur.

Il faut qu'elle prenne d'abord son temps avec une autre personne. Qu'elle ait beaucoup de compassion, pour commencer avec l'autre personne, et puis qu'elle puisse communiquer avec elle quand elle peut rendre ses soins (Participant 8).

Les moyens pour maintenir la santé ne relèvent plus du domaine médical, mais privilégient plutôt l'expérience individuelle. La circulation des vérités sur la responsabilité individuelle module ainsi les pratiques en rapport à la santé de l'individu dans son quotidien et la nature de la relation thérapeutique. Les participants définissent un service de santé de qualité selon des critères relevant des qualités humaines des professionnels de la santé.

Bien, pour moi, je pense que c'est le contact humain qui passe avant quoi que ce soit, c'est très important cela. Ce sont des gens sympathiques. Ils étaient consciencieux. [...] Pour moi, c'est ça, la chaleur humaine. Quand on ne se sent pas bien, c'est ça qui est le plus important. Si tu es doux avec moi, si tu es sympathique, si tu veux m'écouter dans mon moral, je trouve que c'est numéro un (Participant 2).

Les résultats obtenus à l'aide de la MESS convergent, car une plus grande proportion de participants a estimé que les services infirmiers et les professionnels de la santé représentent les aspects les plus importants des services de réadaptation à domicile. Ce sont donc généralement les dimensions humaines qui obtiennent les plus hautes notes d'importance.

Pour cette raison, il peut sembler important d'être traité dans sa langue. En effet, il est logique de penser que la communication est l'aspect le plus important pour un transfert de qualité entre le patient et le professionnel. La relation de confiance s'installerait ainsi plus facilement. Cependant, les participants mentionnent, de façon générale, que recevoir les services de santé en français est davantage une marque de respect et de bonne volonté, qualités essentielles à une bonne communication, qu'un déterminant direct de leur santé ou de la qualité des services.

L'infirmière me parle seulement en anglais, mais ça ne me dérange pas parce que, si elle était capable, elle le ferait, parce que, souvent [elle dit] : « Bien ou » ; ensuite elle va dire : « Ben non ». Et elle a commencé une couple de mots, elle fait un effort. Elle écoute et elle le ferait si elle le pouvait. Je ne me sens pas mal à l'aise à parler en anglais, j'ai deux gendres anglais (Participant 3).

Tous les participants comprenaient l'anglais, à des degrés divers. Malgré la maîtrise de cette langue seconde chez certains, plusieurs participants croyaient qu'il est plus difficile d'expliquer toutes les nuances au professionnel de la santé lorsque la consultation s'effectue en anglais. Selon ces personnes, pour une communication optimale avec le professionnel de la santé, il faut pouvoir exprimer ses sensations dans le moindre détail.

Ça va beaucoup mieux expliquer ce que tu ressens au point de vue de la douleur et au point de vue aussi dans ta tête. Pas nécessairement de la douleur physique, ce que tu ressens mentalement. Je trouve que ça s'explique beaucoup mieux en français. Mais on n'a jamais appris à avoir mal en anglais (Participant 11).

Pour les personnes qui tiennent ce discours, un traitement en français sert à l'établissement d'une bonne relation de confiance et de respect avec le professionnel de la santé.

Je considère important le contact humain, car tu veux une relation où t'es confortable avec ton médecin ou ton physio. Donc, c'est pour ça que tu veux qu'il te parle dans la langue où t'es la plus confortable (Participant 12).

Même si le patient communique bien en anglais, il souligne que, pour des raisons principalement culturelles, la communication et le contact interpersonnels s'effectuent plus facilement avec un francophone, ce qui améliore le traitement :

Sais-tu c'est parce que j'aimerais bien avoir une francophone, il me semble qu'on se fait ami plus vite. [...] Oui, à cause de la langue, mais je trouve aussi que l'on se comprend plus vite quand on est de la même nationalité (Participant 8).

Le participant 2 s'exprime de façon similaire :

Investigateur : Et vous, les neurologues que vous voyez sont anglophones, est-ce que [la langue de service] a été importante pour vous ?

Participant 2 : J'ai eu les deux médecins, j'ai commencé avec docteur Untel, et j'ai changé à docteur Unautre. Là je retourne à

Untel. Alors juste ça, ça devrait répondre à ta question. Je n'ai pas fait de contact vraiment avec l'un ou l'autre. Le problème, c'est que je les trouve trop froids. Untel est trop réservé, je trouve. Je pense qu'ils ne parlent à personne eux autres. [...] [C]e n'est pas la même chose en français ou en anglais. En général, les francophones c'est plus chaleureux que les anglophones.

Selon quelques participants, cette nuance prend d'autant plus d'importance quand les services de santé sont offerts à la maison du patient.

Mais, moi aussi, j'aime beaucoup mieux m'exprimer dans ma propre langue. Et puis on peut avoir des gens qui sont de notre monde enfin, de notre culture, c'est tout à fait naturel. [...] Dans ces cas, c'est notre *home*; ce n'est pas en dehors de la maison. La maison, c'est une maison francophone (Participante 9).

Cette citation est un bon exemple de l'aspect plus personnel qui caractérise les services de réadaptation à domicile en comparaison aux traitements offerts en milieu hospitalier. Plus que tout endroit où il y a des francophones, la maison représente habituellement un lieu intime d'expression et de conservation de l'identité. Jan Angus et ses collaborateurs soutiennent que le contexte de soins à domicile produit une transposition des logiques et des pratiques lorsque les espaces domestiques et de soins de santé sont superposés dans la maison du patient. Le thérapeute entre physiquement dans l'espace d'intimité du patient, qui a l'habitude de régir son environnement (Angus *et al.*, 2005). La relation de confiance et la perception du respect mutuel y sont capitales pour établir un lien thérapeutique favorable puisque le patient accueille le professionnel dans sa maison. On peut donc penser que la question de la langue de service est d'autant plus importante pour les services de réadaptation à domicile. Pour la plupart, la langue aiderait à l'établissement de ce lien thérapeutique favorable, mais n'en est pas une condition nécessaire. Néanmoins, huit participants disent demander les services en français.

Le discours sur la promotion de la santé propose donc une série de conditions sur les services de santé et sur la santé qui facilitent la requête et la revendication de ces services en français. En effet, les résultats de la MESS montrent que les participants formulant les énoncés sur la promotion de la santé ont accordé plus de points à la dimension de la langue que les patients qui adoptent les prémisses du déterminisme médical. Toutefois, seuls quelques participants déclarent

revendiquer leur droit à des services de santé en français auprès des prestataires de soins, c'est-à-dire que peu d'entre eux demandent d'être servis en français quand des services en anglais leur sont offerts en premier. L'accès difficile aux services de santé, le désir d'avoir des soins rapidement pour gérer les problèmes de santé qui les font souffrir et la facilité à s'exprimer en anglais sont des facteurs qui entravent la demande ou la revendication de services en français.

Le consommateurisme

À la suite de la restructuration des services de santé en 1996, la privatisation des services à domicile a favorisé la diffusion du discours de « consommateur » dans l'évaluation des services de santé par les prestataires et les bénéficiaires. Ainsi, comme le proposent Alan Petersen et Robin Bunton (1997), la logique du modèle de gestion de la concurrence produit un « client » doté de la capacité de gérer ses propres risques et dont la responsabilité d'être en santé lui est imputée.

Le consommateurisme : le client, libre de ses choix

Effectivement, les vérités issues de ce discours se retrouvent dans les témoignages des participants. La première est que le « client » est libre de choisir les services de santé qui lui conviennent le mieux ou les professionnels qui lui plaisent davantage (Shaw et Aldridge, 2003).

Et puis finalement, j'ai changé de médecin. J'avais de la misère à avoir mes médicaments. Et puis, là, j'en ai un autre qui me les donne. [...] J'ai dit, je ne veux pas me faire dire quel docteur que je vais voir malgré que je suis âgée, comprends-tu ! J'étais un peu choquée de cette affaire. J'ai dit : « Je n'aime pas ça. » J'ai dit : « Je veux choisir mon docteur » (Participant 8).

D'ailleurs, le « consommateur » est plus enclin que le « patient » à s'informer sur sa maladie et sur les traitements avant la consultation, à remettre en question les conseils du professionnel de la santé ou même à résister à la dominance du système de santé en s'opposant aux recommandations qui lui ont été indiquées (Lupton, 2003 ; Shaw et Aldridge, 2003). Ce n'est pas tout à fait le cas des participants à l'étude, mais il est clair que ceux-ci résistent à l'idée de ne pouvoir être informés des possibilités et de ne pouvoir participer à la prise de décision. Par exemple, la participante 3 déplorait les directives de son

ergothérapeute, qui ne lui expliquait pas les modèles possibles et les frais variables quant à l'achat d'une marchette :

Ce n'est pas rassurant, elle [l'ergothérapeute] n'a jamais dit... Ma physiothérapeute, elle, m'a même dit: « Vous allez avoir besoin d'une marchette. Alors, on peut faire une demande au gouvernement pour subventionner. » Elle m'a offert des alternatives du moins. Mais l'autre, [l'ergothérapeute], non, non. « C'est tant par mois, et c'est ça que ça va coûter, et à partir du 9 janvier. »

Le participant 1 parle de son expérience dans l'achat du même type d'équipement, de la même façon :

Quand j'ai acheté ma marchette, j'ai acheté celle qu'ils m'ont offerte. Je pense que j'aurais dû dire que je voulais une différente marchette. Si, aujourd'hui, j'en achetais une autre, s'il arrivait un problème, je pense que je ne prendrais pas la marchette que j'ai. Il y en a une allemande, qui est meilleure, et qui me donnerait un meilleur rendement.

Le consommateurisme : le client activiste

Selon Ian Shaw et Alan Aldridge (2003), le discours du consommateur propose aussi que le client possède un pouvoir d'activiste, c'est-à-dire qu'il peut prendre des décisions par rapport à sa santé selon ses valeurs et ses croyances personnelles, excédant largement les critères relatifs au domaine médical. Dans le cas d'un client franco-ontarien qui reçoit des services de santé, il a donc la possibilité de choisir le service qui lui convient le mieux, selon sa langue et sa culture. Ainsi, il est logique de penser que les discours produits par les chefs de file francophones à propos des services en français, plus particulièrement en ce qui concerne les services de santé, soient liés à l'évaluation des services de santé reçus par le « client » francophone en Ontario. Les valeurs personnelles du francophone prédominent dans l'évaluation des traitements reçus. D'ailleurs, les résultats de la MESS révèlent que les participants s'exprimant selon le discours du consommateurisme considèrent la langue de traitement comme l'une des dimensions les plus importantes dans l'évaluation des soins reçus en réadaptation à domicile comparativement à l'ensemble des participants.

En résumé, trois discours sur la santé et les services de santé interviennent dans les pratiques des patients francophones de l'Est de l'Ontario. Les vérités provenant des discours sur la santé orientent les patients dans leur évaluation des soins et s'ajoutent à celles des discours reproduits par les porte-drapeaux des communautés francophones sur la question des soins de santé en français et du lien entre les services de santé et la vitalité de la communauté francophone.

Les discours sur la francophonie des francophones traités en réadaptation à domicile

L'analyse discursive permet de comprendre les pratiques et les vérités associées à ce que veut dire être « francophone » et leur lien avec les discours qui établissent les critères d'évaluation des soins de santé. Par exemple, un « vrai » Franco-Ontarien se présentera fièrement en tant que francophone et demandera un service de santé en français. Cependant, les francophones de l'Ontario sont soumis à divers degrés aux discours sur la francophonie et n'agissent pas tous de la même façon face aux vérités qui circulent dans la communauté franco-ontarienne, telle que l'importance de s'afficher comme francophone et d'exiger un service en français. En outre, certains utilisateurs des services de santé considèrent plus important de recevoir les soins le plus rapidement possible, peu importe la langue de service (Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, 2001). D'autres, par contre, croient que la langue de traitement est déterminante pour un service de qualité. Deux types de discours qui tendent à assurer la vitalité de la francophonie émergent dans les propos des participants et influencent, à divers degrés, leurs préférences linguistiques en matière de soins : les discours sur le droit aux services en français et ceux sur l'accès aux services en français.

Le droit aux services de santé en français

La nature universelle du système de santé est une valeur importante pour les francophones (Adam, 2000 ; Canada. Ministère de la Justice, 1986) et le discours sur le droit aux services de santé représente le premier jalon de la production discursive des francophones en matière de santé (Gilbert *et al.*, 2005). Dans l'optique du discours étatique du droit aux services de santé, les francophones considèrent que

l'utilisation et l'accès aux services de santé sont associés à la santé de l'individu. De plus, la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi canadienne sur les langues officielles*, la *Loi sur les services en français de l'Ontario*, le rapport Dubois (1976) et la crise Montfort ont tous contribué à répandre le discours énonçant que les services en français constituent un droit pour les francophones de l'Ontario, notamment dans le domaine de la santé (Gilbert *et al.*, 2005). Par ailleurs, le principe d'universalité des soins de santé défendu au Canada et en Ontario facilite le rapprochement entre le discours du droit aux services en français et celui du droit aux services de santé.

Interrogés sur l'importance des droits linguistiques en matière de soins de santé, tous les participants ont reproduit le discours sur le droit des francophones d'obtenir des services en français. Cependant, la participante 7, comme d'autres personnes adhérant à ce discours, considère que le droit à des services en français est souhaitable pour « ceux qui le préfèrent », en s'excluant elle-même de ce groupe : « Mais quand même, il y en a qui préfère ça et ils ont le droit. Ils ont le droit d'avoir ça. » Les participants qui se sont exprimés ainsi lors des entretiens parlaient l'anglais et s'accommodaient des soins reçus en anglais. L'accord du verbe à la troisième personne du pluriel dans cette citation illustre bien le problème que rencontrent les communautés francophones dans leurs démarches pour améliorer la demande des services de santé en français en Ontario.

Les francophones qui ont participé à l'étude se sont exprimés en concordance avec le triple ancrage des conclusions du rapport Dubois (1976) pour légitimer l'importance de ce droit : l'ancrage juridique, l'ancrage linguistique et l'ancrage identitaire. L'ancrage qui porte sur le régime des droits linguistiques, notamment la *Loi sur les langues officielles*, a, sans surprise, émergé lors des entrevues. « Nos droits sont là et sont établis dans la Constitution aussi » (Participant 2). Un autre participant expose des arguments semblables :

Je suis tout à fait d'accord, on est dans un pays bilingue, donc on a droit à un service en français. [...] On est dans un pays bilingue et puis si on est plus confortable en français, on devrait avoir le droit de se faire servir en français tout simplement. Ça revient à une question de choix personnel, puis on nous offre le choix, donc je trouve que c'est bien (Participant 12).

L'ancrage linguistique, pour sa part, se rattache plutôt à une question de communication efficace entre le francophone et le professionnel de la santé. Or, pour justifier l'importance de la langue dans le bon déroulement des traitements, le rapport Dubois relève des articles scientifiques montrant l'importance de la qualité du rapport entre le professionnel de la santé et les patients (Gilbert *et al.*, 2005). En effet, les participants à l'étude reprennent vivement cette vérité dans leurs témoignages.

Malgré que je sois Franco-Ontarien et que mon anglais est aussi bon que mon français, j'aime parler dans ma langue. Quand tu es malade, tu n'aimes pas chercher tes mots. [...] Puis il te demande: « Comment ça va ? » Comment tu te sens, c'est précis ça! Les réponses, il me semble que ce n'est pas la même chose en anglais. En tout cas, c'est un peu ça avec les services que j'ai eus. Et comme j'ai dit, avec l'ergo, on s'est perdu quelque part, on ne s'est pas compris (Participant 2).

Tu n'es pas capable, moi je ne suis pas capable de le dire en anglais. Mais il y a des fois où ça ne traduit pas exactement ce que tu as (Participant 5).

D'autres participants ajoutent que la qualité de la relation avec l'intervenant en santé est aussi importante.

C'est ça, c'est une question de compréhension, d'être à l'aise. Surtout dans les domaines de la santé, pour s'exprimer il faut que tu sois à l'aise avec le médecin, avec les gens autour de toi. C'est très important (Participant 9).

La notion des relations humaines dans les traitements relève surtout du discours sur la promotion de la santé, repris par la majorité des participants. En conséquence, une majorité de francophones interrogés soulignent que de communiquer avec une personne de la même culture permet de construire une relation plus humaine et plus chaleureuse dans la relation de soin et même, selon une participante, de faciliter l'établissement d'un lien d'amitié.

En soulignant l'importance du français dans les services de santé, le participant 2 illustre l'ancrage identitaire du discours sur le droit aux services de santé en français et raconte un événement historique sur les luttes dans le système d'éducation franco-ontarien :

Je me souviens des histoires sur les droits dans les écoles, et des bonnes femmes de la Basse-Ville qui sont allées au conseil scolaire avec des épingles à chapeaux, pour qu'ils gardent les écoles françaises ouvertes. C'est tout dans notre folklore de la région, cela. [...] Mais on a des écoles françaises garanties maintenant. [...] Je pense que l'on a fait du chemin, mais on a encore du chemin à faire au niveau des droits, parce que nous autres mêmes on ne les exige pas.

L'ancrage identitaire constitue l'intersection entre le discours du consommateurisme et celui sur le droit aux services en français, puisque les participants associent la qualité des services de santé à leur propre identité et à leurs propres valeurs.

L'accès aux services de santé en français

Avec la publication du rapport Dubois, l'essentiel des revendications franco-ontariennes porte sur l'accès aux soins en français. Ce discours demeure omniprésent dans les témoignages des participants. « Ah ça nous importe certainement ! Pour moi quant à vivre ici, je veux dire, on aimerait avoir le plus de services possible » (Participante 9). Le participant 2 exprime lui aussi cette préoccupation : « Je déplorais que les francophones... Je suis obligé d'aller à Montréal si je veux avoir un médecin en français. »

La problématique de l'accès renvoie, d'une part, à l'offre de soins en français et, d'autre part, à la demande de services en français (Dubois, 1976; Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, 2001). Seuls les participants francophones ayant de la difficulté à s'exprimer en anglais affirment que l'offre de services est primordiale pour améliorer l'accès aux services de santé et qu'ils ne devraient pas avoir à quémander des soins dans leur langue. D'autres croient, pour leur part, que pour améliorer l'accès aux services en français les utilisateurs doivent faire la demande de services en français.

Mais en général, je vais faire la demande de ce dont j'ai besoin, de ce que je veux, je vais le faire en français. Bien, d'abord si tu veux être considéré puis, si tu veux les conserver tes droits, il faut que tu les utilises (Participante 5).

Mais aussitôt qu'ils nous disent qu'on peut se faire répondre en français, je le demande. Autrement, si on ne le demande pas, ils

vant les enlever ces services. Alors, c'est une façon de les avoir (Participante 9).

Ainsi, le droit à des services de santé en français ne semble pas, selon eux, garantir l'offre automatique de soins en français, mais exige que l'utilisateur en fasse la demande.

L'espace discursif du patient francophone traité à domicile en Ontario

Même s'ils énoncent tous le « droit » de se faire servir en français, certains participants considèrent que d'autres critères priment dans l'évaluation des soins reçus. L'état de santé du participant, entraînant des incapacités physiques, des souffrances et même des handicaps, constitue une condition cruciale pour comprendre leur façon d'évaluer les soins et leurs priorités. Quoique ces personnes considèrent que les services en français sont importants pour le bien-être collectif de la communauté franco-ontarienne, qu'elles appuient les revendications pour des services en français, leur état physique immédiat demeure, pour elles, prioritaire. Lorsqu'il est question de *leur* santé, les conditions posées par la maladie font en sorte que les enjeux reliés à l'appartenance francophone sont relégués au second plan. En plus de leur inconfort et de leur incapacité, l'attente souvent nécessaire avant de recevoir les services en français, lorsqu'ils sont disponibles, est une deuxième condition matérielle significative qui incite le francophone à accepter les services en anglais.

Malgré le rôle des conditions matérielles dans l'évaluation des soins de santé, le contexte discursif joue aussi sur le lien qu'établissent ou non les francophones entre la qualité des soins et la langue de service. Le discours sur la santé que privilégie un patient, orientant son jugement à l'égard des soins, se modèle sur le lien qu'il établit entre sa francité et les soins de santé. Le premier, largement répandu, considère que la santé et l'accès aux services de santé sont des droits et que l'État a la responsabilité de se préoccuper de la santé de tous ses membres. Tous les participants de l'étude s'expriment en faveur du système universel de santé géré par l'État pour améliorer ou maintenir la santé des Canadiens et arrivent aussi le droit d'être servi en français à ce régime juridique. Les participants se divisent ensuite en deux groupes. Le premier groupe, qui n'inclut que cinq personnes, adopte les vérités du

déterminisme médical. Les participants du deuxième groupe évoquent le discours sur la promotion de la santé et cherchent à garder la maîtrise de leur santé; ils adoptent de saines habitudes de vie, enseignées par le professionnel de la santé, afin de maintenir ou d'améliorer leurs capacités fonctionnelles et leur situation sociale. Les francophones qui tiennent à participer aux décisions relatives à leur traitement seront plus enclins à demander des soins en français que ceux qui présumant que le professionnel de la santé est l'expert qui détermine leur état de santé et qui leur prescrit le traitement approprié. Le discours sur le consommateurisme s'agence surtout aux propos des participants qui reproduisent le discours sur la promotion de la santé en encourageant la prise en charge de sa santé et en favorisant la demande de soins en français. Il vient donc compliquer le paysage discursif. Alors que ses vérités servent de compléments à celles du discours sur la promotion de la santé, son émergence dans les propos d'un participant qui énonce le discours sur le déterminisme médical mène à des contradictions entre un patient qui se soumet aux directives des professionnels de la santé et un patient qui, au contraire, exige des choix. Cette apparente incohérence entre les énoncés que reproduisent certains participants n'est pas inhabituelle et illustre plutôt l'instabilité discursive possible quand les individus reprennent des énoncés de différents discours qui circulent simultanément, comme les participants qui énoncent à la fois des vérités du déterminisme médical et de la promotion de la santé (Participants 1, 4, 5 et 7). En d'autres mots, des individus peuvent mettre de l'avant des affirmations antagoniques alors que d'autres tiennent un discours plus réfléchi et stratégique ou, du moins, plus cohérent.

Conclusion

L'étude examinait les discours des francophones de l'Est de l'Ontario ayant reçu des services de réadaptation à domicile. Bien que les entrevues aient suscité l'opinion des participants sur la santé et les soins en général, les résultats ne peuvent être généralisés à tous les types de services de santé. D'une part, les soins en réadaptation à domicile favorisent la participation des patients dans leurs traitements, ce qui peut influencer leur choix de critères pour juger de la qualité des soins. D'autre part, les soins prodigués à domicile se déroulent dans un lieu intime; le patient est alors « chez lui » et dans une position d'autorité relative par rapport au professionnel de la santé, comparativement aux

services offerts dans un établissement de santé. Par ailleurs, le domicile est un lieu d'expression et de conservation de l'identité. Cette incursion dans le lieu domestique pourrait alors permettre au patient de valoriser son identité francophone et/ou la langue française lors des traitements. Malgré ce contexte intime qui semble favorable à la revendication de soins de santé en français, l'importance de la langue d'intervention dans les soins de réadaptation varie d'un patient à l'autre. Notre analyse montre que cette variation est manifestement tributaire du discours sur la santé qu'adopte le francophone, ce qui l'amène ou non à valoriser la langue des soins dans l'évaluation d'un service de santé de qualité.

NOTE

1. Les citations provenant des transcriptions d'entrevues ont été modifiées, au besoin, selon les conventions de la communication écrite. Deux types de changements ont été effectués pour transposer le langage vernaculaire des conversations en texte. Les phrases ont d'abord été « nettoyées » par l'élimination des expressions superflues comme « tu sais », « -là » (par exemple, « affaires-là ») et « autres » (par exemple, « nous autres »). De plus, les mots tels que « ben » et « pis » de même que les locutions telles que « j'pense » ont été remplacés par « bien », « et » ainsi que « je pense ». Ensuite, les phrases ont été corrigées selon les règles grammaticales, essentiellement pour l'accord des verbes et l'ajout du « ne », puisque dans la langue orale, la négation est souvent réduite à « pas ». Transformer les paroles en texte écrit vise à éviter que le lecteur ne soit distrait par la forme vernaculaire, et ainsi à l'aider à mieux saisir le sens des propos. Il s'agit donc de rester fidèle à l'esprit et au sens des propos recueillis plutôt qu'à la lettre de la transcription des entretiens.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM, Dyane (2000). *Langue et santé: deux aspects du même engagement*, allocution prononcée devant l'Assemblée générale annuelle du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, Ottawa, Commissariat aux langues officielles du Canada.
- ANGUS, Jan, *et al.* (2005). « The Personal Significance of Home: Habitus and the Experience of Receiving Long-Term Home Care », *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, n° 2 (mars), p. 161-187.
- ARMSTRONG, David (1994). « Bodies of Knowledge: Foucault and the Problem of Human Anatomy », dans Graham Scambler (dir.), *Sociological Theory and Medical Sociology*, London, Tavistock, p. 59-76.
- CANADA. MINISTÈRE DE LA JUSTICE (1986). *Loi canadienne sur la santé*, L.R.U.S.C. ch. C-6.
- CHING-CHOW, Yang (2003). « The Establishment of a TQM System for the Health Care Industry », *The TQM Magazine*, vol. 15, n° 2, p. 93-98.
- DUBOIS, Jacques (1976). « *Pas de problème* » : rapport du comité d'action sur les services de santé en français, Toronto, Ministère de la santé de l'Ontario.
- FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE DU CANADA (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, Ottawa, La Fédération, [En ligne], [<http://www.fcfa.ca/documents/82.pdf>].
- FOUCAULT, Michel (1983). *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France.
- FOUCAULT, Michel (1984). *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard.
- GASTALDO, Denise (1997). « Is Health Education Good for You? Re-Thinking Health Education Through the Concept of Bio-Power », dans Robin Bunton et Alan Petersen (dir.), *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge, p. 113-133.
- GERON, Scott Miyake, *et al.* (2000). « The Home Care Satisfaction Measure: A Client-Centered Approach to Assessing the Satisfaction of Frail Older Adults with Home Care Services », *Journal of Gerontology: Social Science*, vol. 55B, n° 5, p. S259-S270.
- GILBERT, Anne, *et al.* (2005). « Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens: du rapport Dubois à la cause Montfort », *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 11, n° 1, p. 20-48.
- HAYDAY, Matthew (2002). « "Pas de problème": The Development of French-Language Health Services in Ontario », *Ontario History*, vol. 94, n° 2 (automne) p. 183-200.

- HEALTH AND WELFARE CANADA (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Gouvernement de Canada.
- HERMAN, Sixma, Peter SPREEUWENBERG et Marja VAN DER PASCH (1998). « Patient Satisfaction with the General Practitioner: A Two-Level Analysis », *Medical Care*, vol. 36, n° 2 (février), p. 212-229.
- HIGGINBOTHAM, Nick, Glenn ALBRECHT et Linda CONNOR (2001). *Health Social Science: A Transdisciplinary and Complexity Perspective*, South Melbourne, Oxford University Press.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2007). *Comment se portent les Canadiens en milieu rural?*, Ottawa, Agence de santé publique du Canada.
- ILO, UNESCO ET WHO (1994). *Community-Based Rehabilitation for and with People with Disabilities: Joint Position Paper*, Genève, WHO, ILO, UNESCO.
- LUPTON, Deborah (1995). *The Imperative of Health*, Londres, Sage Publications.
- LUPTON, Deborah (2003). *Medicine as Culture*, 2^e éd., Londres, Sage Publications.
- OSBORNE, Thomas (1997). « Of Health and Statecraft », dans Robin Bunton et Alan Petersen (dir.), *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge, p. 173-188.
- PATTON, Paul (1992). « Le sujet de pouvoir chez Foucault », *Sociologie et sociétés*, trad. Suzanne Mineau, vol. 24, n° 1 (printemps), p. 91-102.
- PETERSEN, Alan, et Robin BUNTON (dir.) (1997). *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- PORTER, Eileen Jones (2004). « Older Persons' Expectations and Satisfaction with Home Care: Theoretical Origins and Uncharted Realms », *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 22, p. 101-119.
- RENZI, Cristina, *et al.* (2005). « Effects of Patient Satisfaction with Care on Health-Related Quality of Life: A Prospective Study », *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, vol. 19, n° 6 (novembre), p. 712-718.
- ROBERTSON, Ann (1998). « Shifting Discourses on Health in Canada: From Health Promotion to Population Health », *Health Promotion International*, vol. 13, n° 2, p. 155-166.
- RYDEN, Muriel, *et al.* (2000). « Development of a Measure of Resident Satisfaction with the Nursing Home », *Research in Nursing and Health*, vol. 23, n° 3 (juin), p. 237-245.
- SHAW, Ian, et Alan ALDRIDGE (2003). « Consumerism, Health and Social Order », *Social Policy and Society*, vol. 2, n° 1 (janvier), p. 35-43.

- TARDIF, Charles (2009). *La satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario*, thèse de maîtrise, Université d'Ottawa.
- TURRIS, Sheila (2005). « Unpacking the Concept of Patient Satisfaction: A Feminist Analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, n° 3 (mai), p. 293-298.
- WEECH-MALDONADO, Robert, *et al.* (2003). « Race / Ethnicity, Language, and Patients' Assessment of Care in Medicaid Managed Care », *Health Services Research*, vol. 38, n° 3 (juin), p. 789-808.
- WIDÉN HOLMQVIST, Lotta, Lena VON KOCH et Jesus DE PEDRO-CUESTA (2000). « Use of Healthcare, Impact on Family Caregivers and Patient Satisfaction of Rehabilitation at Home after Stroke in Southwest Stockholm », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 32, n° 4 (octobre), p. 173-179.
- WILLIAMS, Paul, *et al.* (1999). « Long-Term Care Goes to Market: Managed Competition and Ontario's Reform of Community-Based Services », *Canadian Journal on Aging*, vol. 18, n° 2 (été), p. 125-153.
- ZASTOWNY, Thomas, Klaus ROGHMANN et Gail CAFFERATA (1989). « Patient Satisfaction and use of Health Services: Exploration in Causality », *Medical Care*, vol. 27, n° 7 (juillet), p. 705-723.