La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services de santé en français en situation linguistique minoritaire

Louise Bouchard, Ph.D.

RÉSUMÉ

OBJECTIF : Dans le contexte de l'incomplétude institutionnelle qui affecte les communautés de langue officielle minoritaire, nous voulons rendre compte des représentations des francophones en situation linguistique minoritaire, eu égard à l'avenir des services de santé en français.

MÉTHODE : L'étude repose sur une méthodologie participative : la cartographie conceptuelle permettant de recenser l'univers conceptuel d'une problématique donnée. À partir d'un énoncé maître, tel que « *Quand je pense à l'avenir des services de santé en français, je pense à...* », les participants sont conviés à émettre autant d'énoncés qui leur viennent à l'esprit. Ces énoncés sont par la suite catégorisés individuellement et traités collectivement au moyen d'analyses multivariées.

RÉSULTATS : Les thématiques principales qui ressortent de l'exercice de cartographie indiquent les enjeux et défis que se représentent les participants, à savoir : les réalités géographiques, les besoins spécifiques, les droits linguistiques, l'éducation et la formation, les ressources humaines, le bilinguisme et la traduction, le vécu minoritaire, l'offre active, le rôle des instances gouvernementales, la mobilisation communautaire, la collaboration et le réseautage.

CONCLUSION : La démarche participative que permet la cartographie conceptuelle s'avère intéressante à plus d'un égard. Souple et flexible, elle donne un espace de réflexion à la fois individuel et collectif; elle permet de cerner et de structurer les dimensions cruciales d'une problématique; les matériaux issus de la démarche sont utiles autant aux chercheurs qu'aux participants pour orienter l'action et l'atteinte d'objectifs. Les acteurs peuvent ainsi bénéficier d'une dynamique collective pour penser les bases du développement et de l'organisation des services de santé en français.

MOTS CLÉS : cartographie conceptuelle; représentations; services de santé en français; minorités de langue officielle

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S60-S64.

Le plan d'action pour les langues officielles du gouvernement fédéral lancé en 2003 projetait de revitaliser la dualité linguistique du pays¹. Parmi les domaines prioritaires, la santé se voit privilégier dans le but d'assurer la formation des professionnels de la santé pour desservir les communautés de langue officielle minoritaire et de réseauter les principaux acteurs préoccupés par l'organisation des services dans la langue minoritaire². Ainsi du côté francophone, le fonds permet d'établir le Consortium national de formation en santé (CNFS), destiné au programme de formation professionnelle dans les universités et collèges de l'Association des universités francophones canadiennes (AUFC) et la Société santé en français (SSF), voyant à l'établissement des réseaux pour l'accès aux services de santé. Dix-sept réseaux ont ainsi vu le jour à travers les provinces et territoires du Canada.

L'objectif de cet article est de rendre compte des représentations des intervenants œuvrant au sein de ces réseaux de santé eu égard à leurs perceptions de l'avenir des services de santé en français dans un contexte linguistique minoritaire. L'étude repose sur une méthodologie participative : la cartographie conceptuelle permettant de recenser l'univers conceptuel d'une problématique donnée.

MÉTHODOLOGIE

La cartographie conceptuelle

La cartographie conceptuelle est une méthode issue des recherches en éducation et en métacognition³. La formation des concepts et

leurs relations constituent les éléments de base de la connaissance permettant de décrire et d'expliquer des phénomènes que l'on peut représenter sous forme de cartes conceptuelles. Par la suite, d'autres auteurs⁴ ont développé un progiciel *Concept System*[®] permettant de traiter qualitativement et quantitativement des énoncés produits par des participants sur un problème donné et d'en déduire la structure conceptuelle. Cette méthode a été utilisée en développement et évaluation de programme et permet de soutenir l'élaboration de modèles conceptuels, les processus d'analyse et de prise de décisions, l'organisation et la définition de problématiques, la priorisation des questions, le développement d'instruments de mesure et autres⁵.

La méthode consiste à réunir un certain nombre de participants (une douzaine par groupe de travail) concernés par un problème à qui on demande de relever tous les énoncés y reliés. La cueillette d'information s'effectue en cinq étapes⁴⁻⁶. La première étape con-

Affiliation d'auteur

Institut de recherche sur la santé des populations, Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Département de sociologie et d'anthropologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Correspondance : Louise Bouchard, Ph.D., Professeure titulaire, Sociologie/Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa, 1 rue Stewart, pièce 225, Ottawa (ON) K1N 6N5, Tél. : 613-562-5800, poste 1642, Courriel : louise.bouchard@uottawa.ca

Remerciements : Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention accordée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) pour l'étude du fait minoritaire et les interventions dans le domaine de santé et à la contribution du Réseau de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire (RISF) financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), et aux assistants de recherche : Martin Desmeules et Isabelle Gagnon-Arpin.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

siste à préciser *une question* qui permet l'émergence d'un maximum de dimensions qui lui sont reliées. Cette question est présentée aux participants sous forme d'une phrase à compléter, telle que : « Lorsque je pense à l'avenir des services de santé en français, je pense... ». La seconde étape consiste en la *sélection des participants* : pour notre étude, des intervenants francophones engagés ou gravitant autour des 17 réseaux de Société Santé en Français et préoccupés par l'organisation des services en français, dans l'ensemble des provinces et territoires canadiens, à l'exception du Québec. La troisième étape, la cueillette qualitative des données, consiste à *formuler des énoncés*, par remue-méninges ou méthode de création collective, pour compléter la phrase qui leur a été soumise. Tous les participants sont invités à exprimer autant d'énoncés qui leur viennent à l'esprit. À la quatrième étape, chaque participant accordera *une cote de 1 à 5 à chaque énoncé* puis créera ses propres *regroupements* auxquels il donnera une *étiquette*. La cinquième étape consiste à saisir les données qualitatives constituées individuellement (cotation et catégorisation) et procéder aux *analyses statistiques* qui détermineront la *carte conceptuelle* préliminaire validée par la suite par les participants. Deux procédures statistiques sont utilisées pour créer les grappes conceptuelles : une analyse multivariée d'étalement multidimensionnel (*multidimensional scaling*) pour explorer les similarités et dissimilarités dans les données et une analyse hiérarchique ascendante (*hierarchical cluster analysis*) pour déterminer le nombre optimal de regroupements et de concepts-clés statistiquement et qualitativement cohérents. Les analyses multivariées ont été effectuées en utilisant la procédure SAS Cluster et la méthode de Ward.

Les intervenants engagés dans l'organisation des services de santé en français ont été recrutés à partir des 17 réseaux de Société Santé en Français, soit en tant que membres de l'équipe de direction d'un réseau ou d'une organisation membre du réseau et rencontrés par regroupements régionaux* : un atelier dans les Maritimes (12 participants), quatre ateliers en Ontario (40 participants), un dans l'Ouest (11 participants), un dans les TNO-Yukon (9 participants). Chaque atelier a donné une carte conceptuelle collective. Au total, 72 participants répartis dans sept ateliers ont générés 863 énoncés regroupés en 61 grappes thématiques.

Afin de broser, à l'échelle nationale, le tableau de la problématique de l'avenir des services de santé en français en situation minoritaire, une analyse qualitative des 61 grappes thématiques a permis de réduire les thèmes à une douzaine de dimensions principales qui reflètent l'essence de la problématique. Le rapport complet de l'étude présentant les résultats des sept ateliers et l'analyse transversale est disponible en ligne⁷.

RÉSULTATS

Les thématiques principales qui ressortent de l'exercice de cartographie indiquent les enjeux et défis que se représentent les participants de l'avenir des services de santé en français pour les communautés vivant en situation linguistique minoritaire, à savoir : les réalités géographiques, les besoins spécifiques, les droits linguistiques, l'éducation et la formation, les ressources humaines, le bilinguisme et la traduction, le vécu minoritaire, l'offre active, le rôle des instances gouvernementales, la mobilisation communautaire, la collaboration et le réseautage.

- 1) Un premier thème réunit les considérations concernant les différentes **réalités géographiques propres aux communautés francophones** vivant dans des régions rurales et éloignées et des difficultés de transports et d'accès géographiques aux services. Les participants insistent sur la nécessité du maintien certes mais surtout du développement des services de santé en français en régions. On souhaite une plus large diversité de services en français en région, dont l'accès aux médecins et spécialistes mais aussi pour la prévention, les services à domicile, les foyers pour personnes âgées. Les moyens mentionnés pour y parvenir sont nombreux : affichage en français, utilisation des nouvelles technologies de communications comme Internet, Télé-Médecine et Télé-Santé, équipes mobiles de soins. Tout en soulignant les besoins différents en situation rurale ou urbaine, les participants des milieux urbains reconnaissent certaines similitudes quant aux réalités vécues et trouvent une inspiration au modèle des hôpitaux mobiles des régions éloignées pour les villes comme le sud de Toronto où les francophones sont très dispersés. L'isolement des minorités francophones est un facteur récurrent en ville comme en région.
- 2) Les **besoins spécifiques des populations francophones** nécessitent d'être reconnus dans la planification des soins et services. Qu'on insiste sur les soins à domicile ou sur la nécessité de résidences adaptées pour personnes âgées, sur les infrastructures aidant les personnes handicapées ou les personnes âgées, ou encore sur les soins à l'enfance et les besoins particuliers des travailleurs transitoires, la nécessité de répondre aux besoins de la population est la même partout. On mentionne la nécessité d'un affichage accessible des ressources et services en français disponibles; la prise en compte des recherches et études en santé en français; la prise en compte de la langue dans les cueillettes statistiques; la compilation et l'affichage des professionnels et intervenants francophones et des services.
- 3) Le thème du **droit à des services de santé en français** regroupe trois principaux argumentaires : 1) la qualité des soins; 2) les droits linguistiques; et 3) les considérations financières. L'argumentaire le plus central est celui de la qualité des soins qui est compromise lorsque les interventions se déroulent dans une autre langue ainsi que la prévention, le suivi, les consultations, l'adhérence aux traitements. L'argumentaire de la reconnaissance des droits linguistiques s'adresse d'une part aux obligations des différents paliers de gouvernements de s'assurer de l'offre de services en français et d'autre part à l'engagement des communautés à demander leurs services en français. Finalement, l'argumentaire des considérations financières statue qu'en assurant la qualité des soins et le respect des droits linguistiques, tous s'en sauvent à terme avec des économies (meilleure prévention, moins d'admissions et de réadmissions, etc.) en répondant mieux aux besoins des populations.
- 4) Un autre thème, également central dans les représentations des participants, est celui de **l'éducation et de la formation en santé en français**. Plusieurs énoncés plaident ainsi pour le développement des services éducatifs en santé en français : que ce soit pour l'offre de cours et de programmes, l'élargissement des possibilités de stages (notamment en régions) ou encore

* L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa.

pour la formation continue. Aussi, on souligne l'intérêt des approches de formation des professionnels de la santé axée sur les compétences culturelles et linguistiques. L'usage correct du français dans le milieu de la santé y est central tout comme l'aspect culturel propre aux populations francophones (« de souche » et immigrantes).

- 5) L'enjeu des **ressources humaines** est majeur et pose le problème du recrutement et de la rétention des professionnels francophones de la santé. Bien que plus prononcés en régions rurales et éloignées, les besoins en termes de recrutement et de rétention n'en sont pas moins présents en milieux urbains. Les participants témoignent en faveur d'une multiplication des programmes de formation en santé, de meilleures conditions de travail, des incitatifs financiers, de meilleurs outils de communications et de coordination, bref d'un appui aux professionnels de la santé qui travaillent en situation linguistique minoritaire.
- 6) Les questions du **bilinguisme** et de la **traduction** constituent également une problématique de taille. L'état du bilinguisme est unanimement perçu négativement, principalement du fait que les services francophones soient eux réellement bilingues, alors que les services anglophones, même ceux qui se déclarent bilingues, ne s'en tiennent qu'à un affichage trop souvent bien discret. Dans cette veine, on critique l'efficacité de la politique de désignation bilingue; on propose que différentes mesures d'évaluation des services en français offerts par les fournisseurs bilingues soient mises sur pied de même que leur soient associées des mesures d'imputabilité effectives. Les critiques visent également la quantité (affichage unilingue) et la qualité (niveau de langue) des traductions. On décrit l'affichage unilingue dans les services publics. Concernant les traductions, on souligne d'une part la piètre qualité de certaines d'entre elles (traduction mot à mot) et d'autre part le décalage culturel important entre le français écrit et la langue parlée et comprise par la population francophone. On plaide ainsi pour des traductions prenant compte des réalités culturelles des différentes communautés francophones au pays. On souligne aussi le besoin de traductions dans le milieu de l'éducation et de la formation en santé.
- 7) Un thème récurrent est celui du **vécu minoritaire et de l'isolement**. Les causes de l'isolement sont d'une part géographique et d'autre part émotionnelle telle que la gêne de s'afficher francophone (comme professionnel ou patient) et le manque de reconnaissance du fait français et les lacunes dans les communications. Les conséquences de cet isolement sont multiples : on mentionne le manque de fierté d'être francophone; les réticences des francophones, d'autant plus s'ils sont bilingues, à demander des services en français; l'essoufflement des luttes pour l'usage du français; les démarches de revendications isolées.
- 8) Corollaire à l'arrimage aux besoins, aux droits linguistiques et au vécu minoritaire, le **concept d'offre active** de services en français est particulièrement central. Il apparaît comme un moyen de pallier les effets pervers du vécu minoritaire (francophones bilingues qui acceptent les services en anglais, gêne de certains de demander ou d'exiger les services en français, etc.) et ce dans le respect des droits acquis. Tous les participants ont mentionné la nécessité d'exiger, de demander ou de militer pour le respect de ces droits tout en reconnaissant le malaise, la difficulté et l'inconfort de telles démarches dans une situation de vulnérabilité dans laquelle on se trouve lorsqu'on a besoin de soins. L'offre active apparaît ainsi comme une solution proactive garantissant à la fois le respect des droits et la qualité des soins.
- 9) Le **rôle des différentes instances gouvernementales** dans le soutien aux services de santé en français revêt une importance centrale. Les attentes émises face aux autorités gouvernementales (fédérale, provinciales, territoriales, municipales) ont surtout trait à la reconnaissance du fait francophone, au respect des engagements (respect des droits linguistiques) et aux moyens, surtout financiers, d'assurer les services. On insiste par ailleurs sur la nécessité de clarifier les modalités de financement et d'assurer l'indexation et la récurrence des fonds alloués pour favoriser une meilleure planification et une meilleure gestion.
- 10) La **mobilisation et l'engagement communautaire** constituent un regroupement clé. Que ce soit en référence à la mobilisation du milieu de l'éducation ou encore celle ayant eu lieu pour le maintien de l'Hôpital Montfort, tous les groupes ont exposé l'importance de la mobilisation communautaire. On insiste sur le rôle des communautés dans la planification, l'organisation et la gestion des services. L'implication des communautés, notamment à travers les réseaux de santé en français, apparaît comme une façon de rapprocher les soins des populations de même qu'une opportunité de repenser les services dans un autre mode d'organisation décentralisé et plus à l'écoute des besoins.
- 11) L'importance et la nécessité d'assurer des **liens de complémentarité et de collaboration** entre les différents niveaux de services (communautaire, municipal, régional, provincial, territorial, national), entre les différents fournisseurs de services et avec les autres communautés, à savoir la majorité anglophone, les communautés immigrantes et les communautés autochtones constitue un autre thème. L'importance des collaborations est centrale et vise notamment un meilleur arrimage des services aux besoins des populations, un rapprochement des services, une participation accrue des communautés. Ces collaborations représentent également un moyen d'éviter le dédoublement des services et de faciliter la coordination et la gestion des ressources. Plus marqué en milieu urbain, la reconnaissance des besoins particuliers des immigrants francophones et de la nécessité de les intégrer en prenant en compte leur réalité est notable. Parallèlement, la reconnaissance des autres minorités, principalement autochtones, est mentionnée dans l'atelier des territoires du Nord. À ce titre, on souligne les possibilités qu'offrent les innovations organisationnelles concernant le développement de services arrimés aux besoins des populations minoritaires.
- 12) Au final, un dernier thème apparaît central dans cette analyse nationale : celui du **réseautage** des organismes, des services et des ressources. Le réseautage est vu dans l'ensemble des ateliers comme un moyen d'atténuer certaines difficultés des services de santé en français (dédoublement des services, manque de coordination, manque d'échange) et favoriser le développement de modalités de gestion novatrices et participatives (implication des communautés, liens de complémentarité et

de collaboration). Le réseautage est aussi vu comme un moyen de favoriser le développement et la diffusion des connaissances sur les besoins des populations francophones et sur l'offre de services en français. De fait, on défend l'importance et la nécessité que les réseaux de santé soient reconnus par les autorités gouvernementales et par les communautés tout en soulignant le rôle des processus participatifs.

DISCUSSION

Selon les acteurs, les contraintes à l'action pour des services de santé en français renvoient principalement à l'expérience de la minorité et à son isolement, aux réalités géographiques de l'éloignement et de la dispersion sur le territoire, au manque de ressources (humaines et matérielles), au manque de complémentarité et de coopération entre les différents niveaux de service (communautaire, municipal, régional, provincial, territorial, national), entre les prestataires de services et avec d'autres communautés, à savoir la majorité anglophone, les communautés immigrantes et des communautés autochtones.

Les forces qui soutiennent l'action reposent sur l'engagement et la mobilisation des communautés et sur la stratégie d'action en réseau. Le réseautage est vu comme un moyen de solutionner certains effets négatifs de duplication des services, des problèmes de coordination et de communication et de promouvoir le développement de modes de gestion novateurs et participatifs tels que l'implication de la communauté, la complémentarité des services et la collaboration. Le réseautage est aussi considéré comme un moyen de promouvoir le développement et la diffusion des connaissances sur les besoins des francophones et la fourniture de services en français. En fait, il appelle à la reconnaissance des réseaux de santé par les autorités gouvernementales et des communautés tout en soulignant la nécessité de leur participation.

Pour les théoriciens, la stratégie d'action en réseaux représente une forme innovante d'espace public, de citoyenneté qui s'établit à travers des communautés de partages et qui de fait accroît l'efficacité des actions^{8,9}. Les premiers théoriciens du capital social percevaient également les réseaux comme des ressources sociales^{10,11}. Ce modèle organisationnel recèle donc un potentiel d'accélération de l'action sociale par une participation plus affirmée des membres des communautés, un resserrement des liens auquel peut contribuer l'exercice de cartographie conceptuelle comme méthode de recherche participative. Les acteurs peuvent ainsi bénéficier d'une dynamique collective pour penser les bases du développement et de l'organisation des services de santé en français et agir sur les enjeux principaux qu'ils perçoivent, à savoir le fait minoritaire, les droits linguistiques, les ressources humaines, la participation et l'engagement communautaire, la collaboration intersectorielle et le réseautage.

CONCLUSION

La méthode de cartographie conceptuelle constitue une solide démarche de recherche intégrant plusieurs approches d'enquête qualitative, quantitative et participative. Malgré les limites inhérentes à tout processus de recherche, la combinaison des méthodes en un seul processus, fait de la cartographie conceptuelle une approche unique.

L'exercice de cartographie avec des participants concernés par la problématique des services de santé en français s'est avéré fort

dynamique en permettant la représentation individuelle et collective des principaux enjeux qui pourraient orienter l'action et l'atteinte de buts, à savoir la complétude institutionnelle des services publics en français¹². L'exercice comporte également une démarche réflexive permettant aux acteurs de saisir le poids et l'effet de la minorisation sur la pleine réalisation de soi et de sa communauté. Enfin, c'est une démarche qui s'inscrit dans les processus collaboratifs mis en place pour l'amélioration de la santé¹³ et qui sont au cœur des réformes de santé en réseaux intégrés et des configurations modernes de gouvernance et d'intelligence contextuelle¹⁴. Chercheurs et acteurs sociaux participent ensemble à donner un sens à l'action et à favoriser le changement social nécessaire pour répondre aux besoins des populations.

RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada. Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne. Le plan d'action pour les langues officielles. Stéphane Dion, président du Conseil du trésor et ministre des affaires intergouvernementales, Ottawa, 2003.
2. Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM). Rapport au ministre fédéral de la santé, Ottawa, Santé Canada, 2001.
3. Novak JD, Gowin DB. *Learning How to Learn*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1984.
4. Trochim WMK. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Eval Program Planning* 1989;12:1-16.
5. Dagenais C, Ridde V, Laurendeau MC, Souffez K. La méthode de cartographie conceptuelle pour identifier les priorités de recherche sur le transfert de connaissances en santé des populations: quelques enjeux méthodologiques. *Can J Program Evaluation* 2009;23(1):61-80.
6. Trochim WMK. Concept mapping: Soft science or hard art? *Eval Program Planning* 1989;12:87-110.
7. Bouchard L, Desmeules M, Gagnon-Arpin I. Les représentations de l'avenir des services de santé en français en francophonie minoritaire : rapport national de cartographie conceptuelle. RISF. 2011.
8. Castells M. *La société en réseaux. L'ère de l'information*. Paris, France : Fayard, 2001.
9. Mathias P. Solidarité réticulaire et plurielles, dans : *Éthique et solidarité humaine à l'âge des réseaux : Actes de la journée d'étude*, 19 avril 2005, Fondation Ostad Elahi-Éthique et solidarité humaine, Cité des sciences et de l'industrie, Paris, L'Harmattan, 2007.
10. Bourdieu P. The Forms of Capital, dans: Richardson JG (éd.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York, NY: Greenwood Press, 1983.
11. Lin N. Les ressources sociales : une théorie du capital social. *Rev française de sociologie* 1995;(36): 685-704.
12. Breton R. Institutional completeness of ethnic communities and the personal relations of immigrants. *Am J Sociology* 1964;70(2):193-205.
13. Boelen C. Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001.
14. Kickbusch I. Governance for Health in the 21st Century. 4^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé. Sur Internet : http://www.rasfo.ca/plrs/pdf_liste/KICKBUSCH_Ilona_ouverture.pdf

ABSTRACT

OBJECTIVE: In the context of institutional incompleteness affecting the official minority language communities, we examine how the Francophones in a minority context see the future of health services offered in French.

METHOD: The study is based on a participatory methodology: the concept mapping will serve to identify the conceptual universe of a given problem. From a master statement such as: "When I think about the future of health services in French, I think of ...", participants are invited to make as many statements as come to mind. These statements are then categorized individually and treated collectively through a multivariate analysis.

OUTCOME: The main themes emerging from the mapping exercise indicate the issues and challenges raised by the participants, namely the geographical context, specific needs, language rights, education and

LES REPRÉSENTATIONS DE L'AVENIR DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

training, human resources, bilingualism and translation, the minority experience, active offer, the role of governmental bodies, community mobilization, collaboration and networking.

CONCLUSION: The participatory approach that concept mapping allows is interesting in more than one way: its flexibility provides a space for both individual and collective reflection; it allows identification and structuring of the crucial dimensions of an issue; and the research outcomes are useful both to researchers and participants in guiding action and achieving goals. Social actors can therefore benefit from a collective dynamic to reflect on the foundations for the development and organization of health services in French.

KEY WORDS: Concept mapping; representations; health services in French; official language minority