



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Charles Tardif

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

M.A. (activité physique)

GRADE / DEGREE

L'École de l'activité physique

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

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

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Christine Dallaire

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

Louis Tremblay

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

Dave Holmes

Alexandre Dumas

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

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

Charles Tardif

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences
du programme de maîtrise en Sciences de l'activité physique

École des Sciences de l'activité physique
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Charles Tardif, Ottawa, Canada, 2009



Library and
Archives Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-51660-7
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-51660-7

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières.....	1
Remerciements	5
Résumé.....	7
Chapitre 1 : Introduction	9
<i>Les études de satisfaction des services de santé chez les francophones de</i>	
<i>l'Ontario</i>	<i>12</i>
Chapitre 2 : Les discours sur les soins de santé	17
<i>Les discours étatiques et scientifiques sur les soins de santé.....</i>	<i>23</i>
La notion d'un service de santé de qualité.....	23
Le droit d'être en santé	23
La responsabilité d'être en santé.....	25
L'importance d'une haute satisfaction pour un service de santé de qualité.....	33
L'importance de la langue de communication dans un service de santé de	
qualité.....	33
<i>Les discours des francophones sur les soins de santé en français</i>	<i>35</i>
L'émergence des revendications en matière de santé	35
L'héritage du rapport Dubois.....	37
Les discours de la santé communautaire chez les francophones	39
La ré-articulation des discours suite à l'affaire Montfort	41
L'après Montfort	43
<i>La construction du patient franco-ontarien selon Foucault.....</i>	<i>44</i>
Le pouvoir selon Foucault	45

Le rôle de l'État.....	46
Le sujet selon Foucault	47
<i>But de la recherche</i>	48
Chapitre 3 : Méthodes	49
<i>Étape 1 – La mesure quantitative</i>	52
La mesure de la satisfaction.....	52
Les principaux biais liés à la mesure de la satisfaction	53
La correction des biais	55
L'outil de mesure de la satisfaction	57
La conception et la validation du MESS.....	58
L'administration du MESS	60
La population cible	60
L'échantillon et le recrutement	61
L'analyse des données	63
Les statistiques	63
<i>Étape 2 – L'analyse discursive</i>	63
La population cible et l'échantillonnage.....	64
La collecte des données.....	65
Le guide d'entrevue	65
L'encodage et l'analyse des données qualitatives.....	65
La réflexivité du chercheur	66
<i>Étape 3 – L'intégration des résultats</i>	67

Chapitre 4 : Résultats	68
<i>Mesure de la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario.....</i>	<i>70</i>
<i>La satisfaction des patients francophones de l'Est de l'Ontario traités en réadaptation à domicile.....</i>	<i>102</i>
Chapitre 5 : Discussions	138
<i>Intégration des données qualitatives et quantitatives.....</i>	<i>138</i>
Les données quantitatives appuient l'analyse des discours médicaux.....	138
Les données quantitatives appuient l'analyse des discours sur la francophonie.....	141
<i>Les patients types.....</i>	<i>142</i>
Le « bon » patient	142
La patiente francophone.....	144
Le patient francophone responsable de sa santé	145
Le client francophone.....	146
<i>Les conditions de possibilités</i>	<i>147</i>
<i>Contributions de l'étude</i>	<i>148</i>
Chapitre 6 : Conclusion.....	152
Contribution des auteurs.....	156
Liste des figures.....	158
Liste des annexes	160
<i>Annexe I : Le MESS</i>	<i>161</i>
<i>Annexe II : Le formulaire démographique</i>	<i>166</i>
<i>Annexe III : Le calcul de la taille échantillonnale.....</i>	<i>168</i>

<i>Annexe IV. : Le guide d'entrevue.....</i>	<i>170</i>
Références	172

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à Louis E. Tremblay, Ph.D. et Christine Dallaire, Ph.D. d'avoir encadré ce travail de thèse, avec beaucoup de compétence, d'enthousiasme et de disponibilité. Merci à vous deux pour vos judicieux conseils, votre confiance et votre patience au cours de ces années.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude aux participants sans qui l'étude n'aurait pas pu être réalisée.

Je remercie chaleureusement les membres de mon comité de thèse, Alexandre Dumas, Ph.D. et Dave Holmes, Ph.D., qui ont accepté d'examiner ce mémoire avec beaucoup d'attention et qui m'ont fait part de commentaire et de conseils enrichissants et formateurs.

Un grand merci à tous les membres du CRSSC qui, d'un accueil chaleureux, ont su créer une ambiance d'entraide très sympathique.

Je souhaite souligner l'appui financier offert par le Conseil de la vie française en Amérique, pour l'ensemble de l'étude, ainsi que par le Consortium national de formation en santé pour la validation de l'outil de mesure et la mise en marche du projet.

Je tiens à remercier aussi Sophie Richer, l'assistante de recherche, pour sa précieuse contribution à la collecte des données et son engagement au travail.

Enfin, pour leur soutien sans faille et permanent, je tiens à remercier de tout cœur mes parents, mes frères ainsi que Chloé.

RÉSUMÉ

Bien que les communautés francophones de l'Est de l'Ontario soulignent le manque d'accès aux services de réadaptation à domicile en français (Beaulieu, 2001; FCFA, 2001; Ouellet et Mayo, 1999), leur satisfaction des soins reçus reste largement méconnue. La mesure de la satisfaction, lorsque présente, est obtenue avec des méthodologies comportant des biais importants (Tardif et Tremblay, 2005). Aucune étude en Ontario n'a examiné le contexte qui gouverne l'établissement de leur satisfaction. Le but de ce projet de recherche à devis mixte est donc de mesurer, à l'aide d'un outil qui contrôle certains biais, la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario et d'analyser le contexte discursif d'où émergent ces explications. Dans un premier temps, la satisfaction est mesurée à l'aide du MESS chez 26 patients francophones des services de réadaptation à domicile de l'Est de l'Ontario. Dans un deuxième temps, les motifs et le contexte de la satisfaction de 12 de ces participants sont relevés à l'aide d'entrevues enregistrées.

Les francophones recevant des traitements de réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario sont généralement satisfaits des services reçus, malgré une insatisfaction au sujet de la langue de service. La relation du patient avec le professionnel de la santé, en concordance avec le discours de la promotion de la santé et du consommateurisme, est la variable la plus importante pour deux volets de la recherche. La propension à revendiquer les services de santé en français résulte de la conception du patient sur la santé et sur les services de santé qu'il reçoit; mais aussi des conditions de possibilités qui articulent les discours des patients francophones, telles que la pénurie des services de santé, la capacité du patient à parler l'anglais et les malaises reliés à l'incapacité et à la maladie.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Dans les années 1990, malgré un engagement formel à maintenir la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral a diminué les transferts aux provinces destinés aux services de santé (Lynam et al., 2003). En conséquence, depuis plusieurs années, le système de santé en Ontario, comme ailleurs au Canada, a été l'objet de multiples transformations (Keller, Hunter, et Shortt, 2004; Lynam et al., 2003; O'Connor, 2004; Williams, Barnsley, Leggat, Deber, et Baranek, 1999). Constituée en 1996, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (CRSS) s'est vue confiée un mandat de 4 ans visant à diminuer les coûts et d'améliorer l'efficacité des établissements de santé en Ontario. Selon Lynam et al. (2003), les conséquences involontaires de cette réforme de l'organisation des services de santé en Ontario ont mené à des inégalités dans la prestation des services.

Pour pallier la réduction du nombre de lits dans le milieu hospitalier, la CRSS de l'Ontario a notamment recommandé la création de services de santé à domicile ainsi qu'un investissement consécutif substantiel (Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, 1997). La CRSS avait donc prévu une augmentation des services de santé à domicile de près de 55 % avant l'année 2003 (Keller et al., 2004; Ontario Health Services Restructuring Commission, 1999; Williams et al., 1999). Ainsi, le défi le plus important de la restructuration en Ontario était « sans nul doute de fournir un volume de services communautaires de grande qualité suffisant pour répondre aux besoins de la clientèle. » (Williams et al., 1999; p. 1) [Traduction originale].

Face à ce défi, le Ministère de la Santé de l'Ontario a eu recours à un modèle de « gestion de la concurrence », où les contrats de service, attribués par les Centres d'accès

aux soins communautaires locaux (CASC), sont accordés et partagés entre le secteur privé (organismes avec et sans but lucratif) et le secteur public. Toutefois, depuis la mise en œuvre de ce système, aucune augmentation du nombre de patients traités à domicile n'a été observée. Selon le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, le nombre de patients traités par les services de santé à domicile a diminué de 2000 à 2004, passant de 3718/100 000 habitants à 3407/100 000 habitants (Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, 2004; ICIS, 2007). Pourtant, selon Keller, Hunter et Shortt (2004), la demande pour les services de santé à domicile s'était effectivement accrue suite à la mise en œuvre des recommandations de la commission. Le Ministère de la Santé attribue donc cette diminution du nombre de patients traités à domicile à une difficulté accrue des utilisateurs à accéder aux services, donc à un accès déficient (Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, 2004). En effet, les dépenses gouvernementales pour les soins à domicile étaient de 5,1 % du budget total des services de santé en 1997-98 et de 4,2 % en 2003-2004 (O'Connor, 2004). La demande en services à domicile s'accroît alors que l'offre diminue (Carefoot, 1998; Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, 2004).

Ce modèle de gestion de la concurrence additionné à une compression budgétaire des services de santé a eu des conséquences négatives sur l'égalité et la qualité des services de santé pour les groupes les plus vulnérables de la population ontarienne, comme les minorités linguistiques (Lynam et al., 2003; Williams et al., 1999). Williams et al. (1999) soulignent que la réforme des services de santé à domicile a amené les praticiens à devoir choisir leur approche de soins selon l'urgence plutôt que selon leur efficacité réelle. Ce contexte de rationalisation ne procure donc pas les ressources

nécessaires pour répondre aux besoins des francophones (Lynam et al., 2003; Williams et al., 1999).

Les services qui sont prodigués à l'extérieur des hôpitaux par des professionnels autres que les médecins, comme les services de réadaptation à domicile par exemple, ne requièrent pas, selon la *Loi canadienne sur la santé*, la couverture complète des soins prodigués en institution (Deber et Williams, 1995). Ce virage vers les soins à domicile signifie qu'il est possible pour le gouvernement provincial de diminuer la diversité des services offerts à certains groupes de personnes, sans enfreindre les principes de la Loi canadienne sur la santé (accessibilité, universalité, intégralité, transférabilité et gestion publique). En conséquence, selon le contexte de la Loi canadienne sur la santé, il y a un risque pour la population ontarienne de perdre de vue le principe d'universalité dans la planification des services de santé à domicile, puisque celui-ci n'y est pas protégé comme dans le système hospitalier.

Selon cette logique, ce sont surtout les groupes minoritaires, dont les Franco-Ontariens, qui subissent les conséquences des rationalisations de services et des recommandations de la CRSS de l'Ontario, plus particulièrement en termes de services de santé à domicile. Ainsi, il est important de disposer d'informations concernant l'usage du Français lors de traitements donnés aux francophones de l'Ontario afin d'y apporter les modifications qui s'imposent.

Il semble évident qu'un service de santé de qualité doit viser le bon rétablissement et la santé optimale des patients, incluant les plus vulnérables, en tenant compte de leur environnement social et physique. D'ailleurs, il est bien accepté que lors d'une maladie ou d'une incapacité, être traité, conseillé et soigné dans sa langue maternelle est

déterminant pour maximiser les résultats (Ellmer et Olbrisch, 1983). De plus, il va de soi que la bonne communication est très importante pour contribuer à un bon rétablissement et éviter d'éventuelles complications. Toutefois, la possibilité d'être traité rapidement a souvent préséance en Ontario français sur l'exigence de recevoir des services de santé dans sa langue (Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001; Ouellette et Mailhot, 1999).

Dans ce contexte, il semble important d'étudier la qualité des services et la satisfaction des patients, particulièrement ceux qui vivent en situation de minorité linguistique, afin de connaître l'impact de telles politiques. Cependant, depuis la fin du mandat de la commission en 2000, peu d'études ont examiné la situation des francophones et leur satisfaction envers les services de santé dans leur langue, comme le prescrit la *Loi canadienne sur les langues officielles*, la *Loi canadienne sur la santé* et la *Loi ontarienne sur les services en français*.

Les études de satisfaction des services de santé chez les francophones de l'Ontario

La problématique principale à la source de ce projet de recherche est le manque d'information sur la satisfaction des patients francophones recevant des services de réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario. L'opinion des patients envers leurs services de santé est construite dans un contexte social, celui-ci étant particulier chez les francophones de l'Ontario puisqu'ils vivent et se font traiter en situation minoritaire. Les discours sur la santé aussi bien que ceux sur la francophonie peuvent donc influencer la façon dont ils perçoivent leurs services de santé. Également en raison d'un contexte différent, le concept d'un service de qualité peut s'avérer différent pour les patients des communautés minoritaires comparativement aux professionnels de la santé. En

conséquence, il importe de connaître comment les patients franco-ontariens construisent leur satisfaction et quels critères prédominent dans l'établissement de leur opinion.

L'analyse des rapports annuels de certains CASC désignés selon la loi ontarienne pour les services en français révèle un taux de satisfaction très élevé en ce qui concerne l'accessibilité des soins en français pour les Franco-Ontariens qu'ils desservent. Cependant, aucune méthodologie ou donnée publiée dans les revues scientifiques n'appuie ces affirmations des CASC (Tremblay et Tremblay, 2002). Or, des témoignages de professionnels de la santé reflètent une autre réalité, où les francophones de l'Ontario peinent à recevoir les services dans leur langue (Tremblay et Tremblay, 2002). Par conséquent, il n'est pas évident que la mesure systématique de la satisfaction et de l'accès des soins n'a réellement été entreprise auprès des francophones de l'Ontario.

En 2001, la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) a analysé l'accès aux services de santé en français pour les Canadiens (Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001). Les chercheurs ont pu observer des « écarts considérables » entre l'offre des services en français et celle des services en anglais. À cet effet, le rapport cite : « Cette accessibilité est en effet de 3 à 7 fois plus élevée pour les anglophones » (p. 3). En ce qui concerne les services à domicile en Ontario, seulement 41 % des francophones ont « partiellement ou totalement accès à des services en français » (p. 26). Le rapport démontre aussi que cette proportion est inférieure pour les services de réadaptation à domicile comparativement aux autres services à domicile, comme les soins palliatifs. Toutefois, les détails concernant la mesure de la satisfaction ne sont pas explicités dans le rapport. Des initiatives semblables à celle de la FCFA ont été menées à l'échelle régionale en Ontario. Selon le rapport de

Ouellette et Mayo (1999), 78 des 140 établissements de santé communautaire de l'Est ontarien offrent certains de leurs services dans les deux langues, mais seulement 12 de ces centres sont dits « désignés » par la loi. Seuls les centres de santé dits « désignés » ont l'obligation légale de fournir leurs services en français.

D'autres projets plus modestes ont aussi été réalisés dans différentes régions, illustrant des résultats semblables (Beaulieu, 2001). Les conseils régionaux de santé (CRS), comme le CRS Champlain (Peterkin, 2000), publient chaque année leur plan de services annuel. Celui-ci comprend généralement une évaluation du rendement de leur réseau de santé, suivi par des recommandations. Aucun de ces plans de services annuels n'inclut d'étude de satisfaction auprès des patients franco-ontariens.

Le conseil régional de santé (CRS) du comté de Renfrew a toutefois réalisé une étude auprès de la population francophone de son territoire. Des 328 questionnaires complétés, 251 des répondants (76,6 %) ont exprimé qu'il était important (n = 116) ou très important (n = 135) d'obtenir des services en français lorsqu'ils consultent un professionnel de la santé. Pour les répondants ayant reçu des services de soins à domicile (n = 52), 32,7 % se sont dits satisfaits de la disponibilité des services de santé en français (ConsultAction, 1997). La mesure de satisfaction était obtenue par une seule question générale. De plus, dans la section des commentaires qualitatifs du questionnaire, 36 % des réponses concernaient le peu d'accès aux services dans leur langue. Dans une autre région, celle de Pembroke, on a mené le même genre d'étude en 1989 (Comité français des services de santé de Pembroke, 1989). L'étude maison a révélé une satisfaction moyenne (4,9/10) pour les services de santé en français. L'outil ne comportait que d'une

seule question d'ordre générale. Ces deux études représentent deux exemples de faibles taux de satisfaction dans les régions ontariennes.

D'autre part, une étude des besoins en santé des francophones a été réalisée pour les comtés de Stormont, de Dundas et de Glengarry (Béland, 1996). On a demandé « À votre avis, quelle est la raison principale qui fait que vous aimez retourner au même endroit pour obtenir des soins de santé? ». Cet énoncé ne permet pas de mesurer la satisfaction, mais permet aux usagers de s'exprimer sur les aspects importants de leur système de soins de santé. Un peu plus d'un dixième des répondants (11,2 %) considère la langue du service comme source de motivation pour expliquer leur fidélité alors que seulement 2,2 % mentionnent l'enjeu du temps d'attente. Pourtant, le sens commun nous aurait porté à croire que le temps d'attente serait un critère plus fréquemment évoqué. En effet, la langue semblait être un critère plus déterminant dans cette étude. La langue de service est donc le quatrième critère le plus fréquent d'une série de onze et celui le plus fréquemment mentionné, « les services en général sont satisfaisants », prend une proportion de 17,6 %.

Le gouvernement du Canada, avec des données pancanadiennes recueillies en 2003, a mené l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2005). On a demandé à des répondants ontariens de plus de 15 ans d'indiquer sur une échelle de « excellente » à « mauvaise », leur perception de la qualité des services de santé reçus. En ce qui concerne la prestation des soins de santé en général, aucune différence significative n'a été observée entre les citoyens ontariens de langue maternelle anglaise (87,8 % des participants ont affirmé que les services étaient jugés excellents ou bons) et française (88,1 %), et entre les citoyens dont la première langue officielle apprise

est le français (88,2 %) ou l'anglais (87,5 %). Cependant, comme dans les études précédentes, la mesure de la satisfaction pose problème, puisqu'elle n'a été mesurée qu'avec une seule question générale, ce qui ne permet pas de corriger les biais inhérents à une telle mesure (Porter, 2004; Rankin, 2003; Turris, 2005). Ces biais, qui seront décrits dans la section méthode, ont comme conséquence de fournir des résultats uniformes qui indiquent une haute satisfaction, indépendamment de la prestation et de l'accès réels des services de santé. La même mesure a été prise concernant les services de santé communautaire. Malgré la présence de ces mêmes biais, une différence statistiquement significative est observée. Parmi les citoyens de langue maternelle anglaise, 78,1 % des répondants considèrent que les services de santé dans la communauté qu'ils ont reçus sont bons ou excellents, en comparaison à 65,5 % pour les répondants francophones ($p < 0,05$). La même tendance est observée entre les répondants dont la première langue officielle apprise est l'anglais (77,3 %) et le français (65,0 %) ($p < 0,05$).

Malgré l'importance démontrée d'un service de santé satisfaisant pour les usagers, et les indices qui présagent une satisfaction inférieure pour les Franco-Ontariens traités à domicile, aucune étude à ce jour ne permet de connaître, d'une façon valide et crédible, la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile en Ontario. Le but de ce projet est donc d'examiner la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario. Une étude mixte permet d'étudier dans un premier temps le poids que les patients francophones accordent à divers critères d'évaluation de la satisfaction des soins. L'analyse porte dans un deuxième temps sur les motifs des patients pour expliquer cette évaluation de même que sur le contexte d'où émergent ces explications.

CHAPITRE 2 : LES DISCOURS SUR LES SOINS DE SANTÉ

La satisfaction envers les services de santé est communément perçue comme un produit fini et objectif de la qualité des soins reçus. Cependant, plusieurs auteurs soulignent que la satisfaction envers les soins de santé reçus ne dépend pas uniquement de la qualité des services ou de l'expérience du patient, mais aussi de son contexte socio-économique (Weech-Maldonado et al., 2003), de la langue de traitement (Herman, Spreeuwenberg, et van der Pasch, 1998; Pascoe, 1983; Zastony, Roghmann, et Cafferata, 1989), des caractéristiques du patient (âge, sexe, race, etc.) (Weech-Maldonado et al., 2003), de son niveau d'éducation et de son support social (Calnan, 1983; Calnan et al., 1994; Lindström et Axén, 2004; Turris, 2005), pour ne nommer que ces quelques variables. Il n'est donc pas exclusivement question de l'expérience du patient, mais aussi de la façon dont cette expérience est interprétée et réinterprétée. Ainsi, la satisfaction des soins de santé semble être davantage une construction sociale (Avis et al., 1995) et un processus dynamique, multidimensionnel, relatif à chaque patient et centré sur son opinion (Strasser, Aharony, et Greenberger, 1993).

L'approche que propose Michel Foucault permet de considérer les caractéristiques personnelles et sociales de la satisfaction. Il rejette la croyance populaire et le sens commun qui portent à croire que la vérité est une concordance exacte entre une chose et l'idée que nous nous en faisons. La perception d'un phénomène se modèle toujours à son contexte social. Selon lui, le qualifié (la vérité) ne peut pas être séparé de cadres, de son contexte, qu'il appelle « discours ». Donc, les discours produisent les « vérités » qui conduisent et organisent nos perceptions, nos pensées et nos actions. C'est pour cette raison que Foucault conçoit l'individu comme le « sujet » des discours. À travers ces discours et à travers l'histoire, les individus (les qualifiants) se sont représenté les choses (les qualifiés) de la même façon qu'une analogie, sans parfaite reproduction. Foucault ne prétend pas réduire le réel à des discours. Il veut rappeler que la vérité

telle que nous la connaissons est toujours produite dans un discours et par son influence. « La connaissance, ajoute-t-il, n'est pas un miroir, mais une interaction entre l'individu et son milieu; c'est un processus empirique et non une lumière céleste » (Veyne, 2004; p. 4). De prime abord, la satisfaction d'un service de santé est le résultat des expériences du patient, interprétées et réinterprétées selon son environnement discursif. Les discours construisent les attentes du patient, ses croyances personnelles et ses valeurs en matière de santé. Ainsi, la perception d'un service de santé de qualité ainsi que la satisfaction des patients est aussi construite dans un ensemble de discours présentés de façon simultanée. Ces derniers forment le savoir sur nous-mêmes et sur ce qui nous entoure, vérités reproduites lorsqu'elles sont acceptées par un réseau d'individus, comme la communauté francophone de l'Ontario.

Dans son livre « Naissance de la clinique » (1983), Foucault analyse les discours qui structurent les perceptions du domaine médical. De la Révolution française aux grandes épidémies en passant par les découvertes techniques, Foucault examine comment est conçue la perception de la maladie et des soins de santé. Qu'ils proviennent d'informations parues dans l'actualité, de découvertes scientifiques ou d'autres sources de vérités, les discours sont les critères par lesquels nous avons appris à percevoir et à analyser les phénomènes (Armstrong, 1994). Le perceptible est déterminé par le discours. Comme l'explique Armstrong (1994), « Un corps analysé pour trouver des humeurs comprend des humeurs, s'il est analysé pour trouver des tissus et des organes, il comprendra des tissus et des organes, alors que s'il est analysé pour trouver des fonctions psychologiques, il sera un objet psychosocial »¹ (p. 25).

¹ Toutes les citations dont la source est de langue originale anglaise font l'objet d'une traduction libre de l'auteur, sauf lorsque contrairement indiqué.

Ce qui nous est perceptible a été déterminé par le discours, tout comme ce qui peut être énoncé. Étudier le discours permet de découvrir la structure sous-jacente aux vérités que nous prenons pour acquises, « à la structure commune qui découpe et articule ce qui se voit et ce qui se dit » (Foucault, 1983; p. XV). Foucault considère que nous classifions et organisons les connaissances médicales selon des termes et une structure qui nous est apparentée dans les discours. Le langage a donc un rôle très important dans l'interprétation et la production du discours. « On ne découvre rien d'autre que ce qui permet d'énoncer un nom » (Foucault, 1983; p. 60). Chaque discipline de la santé et chaque époque de l'histoire adoptent des critères différents pour percevoir les services de santé, ainsi qu'un langage, un vocabulaire et une structure propres pour énoncer les connaissances du domaine. C'est d'ailleurs ce que décrit Boltanski (1971) dans son ouvrage *Les usages sociaux du corps* : « les sensations morbides ne possèdent pas l'exorbitant privilège, que leur accorde souvent le sens commun, de s'exprimer sans langage » (p. 214). Selon lui, l'identification des sensations morbides, qui exigent un apprentissage spécifique et socialement conditionné, « sont d'abord fonction de la richesse et de la précision [du] vocabulaire de la sensation » (p. 214). Tout comme le perceptible, l'énonçable est donc déterminé par le discours. Par exemple, pour former son opinion sur les services de santé reçus, le Franco-Ontarien doit distinguer les critères qui lui sont présentés dans les discours, pour ensuite les énoncer selon le même ordre, la même hiérarchie et la même analyse. Les critères qui sont perceptibles et énonçables pour construire la satisfaction des soins de santé du Franco-Ontarien découlent de discours qui proviennent du système de la santé ou du domaine médical, ainsi que de la communauté francophone.

Selon Foucault, le savoir (ou « l'analogie » construite sur un concept) est obtenu par la juxtaposition du regard qualitatif et subjectif du qualifiant (le perceptible) et de la façon dont il discerne, classifie et organise les connaissances (l'énonçable). « Ce n'est pas le regard qui a la

capacité d'analyse et de synthèse, mais la vérité d'un pouvoir discursif qui vient s'ajouter de l'extérieur » (Foucault, 1983; p. 60). Foucault nomme « espace discursif » ce contexte où se juxtaposent toutes ces conditions qui se déroulent dans une période historique spécifique.

L'espace discursif dans lequel se construit la satisfaction des services de santé à domicile chez les francophones de l'Ontario est composé potentiellement d'au moins deux discours : des revendications exprimées par les meneurs des communautés francophones ainsi que des affirmations des professionnels de la santé sur un service de qualité.

Ceux qui produisent ces discours sont ceux qui détiennent « l'expertise » en la matière. Le premier discours, produit par les professionnels de la santé, concerne les vérités qui déterminent ce qu'est un service de santé de qualité. Le second, produit par les portes-drapeaux des communautés francophones, expose les revendications que réclament ces derniers, comme les documents concernant l'importance du français dans les services de santé ou comme les luttes qu'ils mènent pour la survie de l'Hôpital Montfort. Ces deux grands discours seront expliqués plus en détail dans ce chapitre.

Cette spatialisation ou en d'autres termes, la construction sociale du savoir, se révèle au niveau du perceptible (spatialisation primaire) et de l'énonçable (spatialisation secondaire), mais aussi dans la pratique du sujet (spatialisation tertiaire). Par exemple, effectuer un jugement sur les soins à domicile reçus (la satisfaction) consiste à comparer l'analogie que l'on en fait au perceptible et à l'énonçable. En plus, par une spatialisation dite « tertiaire » (p. 14), l'attitude et le comportement du qualifiant face aux soins reçus sont aussi conditionnés socialement par le discours (Foucault, 1983). Mais plus que pour les autres formes de spatialisation, celle dite tertiaire est le lieu de dialectiques et de revendications des francophones à propos de leurs services de santé. La mise en pratique des vérités permet ainsi leur reproduction. Le francophone est donc à la fois le sujet et l'objet des discours qui concernent la qualité des soins de santé qui lui

sont offerts. La présente étude porte donc sur la façon dont les patients franco-ontariens énoncent leur satisfaction face aux soins de santé (spatialisation primaire et secondaire). Ceci permettra d'identifier les discours qui produisent les opinions sur les services de santé, et de quelle façon les « vérités » sont remises en contexte et reproduites dans la communauté franco-ontarienne (spatialisation tertiaire).

Tous les francophones sont sujets, à divers degrés, aux discours sur la francophonie. L'analyse discursive permet de comprendre les pratiques et les vérités associées à ce que veut dire être Franco-Ontarien. En conséquence, un « vrai » Franco-Ontarien agira d'une façon particulière face aux services de santé, tel qu'exiger un service de santé en français. Puisque les francophones de l'Ontario sont soumis à divers degrés aux discours concernant la francophonie, ils n'agissent pas tous de la même façon quant aux vérités qui les définissent. Par exemple, certains utilisateurs des services de santé n'exigent pas d'être traités en français, mais considèrent plus important de recevoir le service le plus rapidement possible, peu importe la langue, ou vice versa (Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001). Donc, bien que les francophones soient sujets aux discours qui définissent les comportements du « francophone », le choix d'y adhérer ou non est de nature personnelle. Selon Foucault, ce choix est possible puisque l'individu n'est pas toujours docile et se consacre parfois à l'alternative pour résister au discours dominant. Dans son ouvrage « Histoire de la sexualité » (Foucault, 1984), Foucault s'intéresse à la façon dont l'individu « devient un sujet motivé, ou en d'autres termes, à la façon dont nous articulons nos corps et nos désirs dans une subjectivité capable de réflexion » (Fox, 1997; p. 34). Par exemple, Breton (1994) constate que le choix d'être Franco-Ontarien survient alors que la personne décide de vivre en français pour son bénéfice et pour celui de sa communauté. Selon lui, l'individu effectue ce choix si, de façon pratique, il se rattache à sa communauté dans ses rapports de tous les jours (Breton, 1964; Breton, 1994). En mettant en pratique de telles vérités sur le

Franco-Ontarien et sur le système de la santé, ce dernier exigera un service en français, non seulement pour son bénéfice sur les plans de sa santé et de son appartenance francophone, mais aussi pour le développement de sa communauté.

En somme, le discours médical sur la qualité d'un service de santé crée les vérités, ou les critères, sur l'évaluation de la qualité des services de santé. D'autre part, le discours sur la francophonie, comme les documents produits par les associations de francophones, évalue aussi les services de santé, mais ajoute la problématique de la survie de la communauté franco-ontarienne comme critère d'évaluation (Beaulieu, 2001; Béland, 1996; Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001; Lemire, 1998; Ouellette et Mailhot, 1999; Paquet, 2002; Therrien, 2002). Le discours médical considère les vérités portant sur ce que signifie d'être Franco-Ontarienne et surtout sur la façon dont elle doit agir face au système de la santé et comment le système de santé doit répondre à ses besoins particuliers en tant que Franco-Ontarienne.

Depuis l'affaire Montfort, il y a une construction discursive importante sur les soins de santé en français, qui deviennent peu à peu le fer de lance des revendications des francophones. Cependant, aucune étude recensée à ce jour n'a examiné les discours chez les francophones de l'Est de l'Ontario qui agissent sur la satisfaction des services de santé ou, plus précisément, sur les services de réadaptation à domicile. Pourtant, l'appartenance francophone de ces patients peut influencer leur satisfaction des soins reçus, puisque le contexte discursif actuel sur la problématique des services de santé en Ontario est riche, en particulier suite aux travaux de la Commission de restructuration des services de santé.

La présente étude vise donc à décrire les vérités ou les énoncés discursifs que reproduisent les francophones lorsqu'ils expriment leur satisfaction face aux soins de santé à domicile. Cet ouvrage analyse donc les conceptions que se font les patients de leur satisfaction par deux

discours. La première porte sur la qualité des services de réadaptation à domicile et le second, qui circule dans la communauté franco-ontarienne, associe la problématique des services de santé à la langue de traitement et à la question du développement de la communauté.

Les discours étatiques et scientifiques sur les soins de santé

Par leurs politiques, les gouvernements produisent des discours sur la santé. Elles sont souvent fondées sur des vérités du domaine médical ou scientifique. Les discours étatiques et scientifiques contribuent donc conjointement à implanter dans la population une pratique discursive sur la santé et sur les services de santé.

La notion d'un service de santé de qualité

Les vérités concernant la qualité d'un soin de santé ont varié au gré des idéologies sociales, des politiques gouvernementales et des découvertes médicales. Le discours qui constitue la base de notre système public de santé présente la santé comme un droit fondamental de la personne. Le consommateurisme est un autre discours d'ordre politique qui influence notre perception des soins de santé. Il construit le « client » possédant le contrôle de ses décisions en matière de santé.

Le droit d'être en santé

Au niveau international, la santé est reconnue par les Nations Unies comme un droit fondamental humain dont la responsabilité relève de l'État. En effet, la « Déclaration universelle des droits de l'homme » (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1948) ainsi que le « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels » (Haut-commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme, 1976) décrètent que l'accès aux soins de santé est un droit fondamental pour l'humanité et contribuent à la consolidation du discours du « droit » des individus à la santé.

La nature universelle du système de santé, soutenue par la Loi canadienne sur la santé (Ministère de la justice du Canada, 1986), est un symbole important au Canada pour ses citoyens. D'après cette loi, adoptée en 1986, toutes les personnes qui vivent au Canada ont droit à des soins de santé offerts de façon uniforme à travers le pays (Ministère de la justice du Canada, 1986). Les cinq principes qui régissent le système de la santé au Canada, établis par la Loi canadienne sur la santé, sont la transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique.

L'idée que la prestation des soins de santé est une responsabilité de l'État est donc très répandue au Canada. Parallèlement, la notion que le bien-être et que l'accès à des soins de santé soit un droit pour tous les Canadiens est tout aussi courante. En effet, la nature universelle de leur système de santé est un symbole important des Canadiens (Adam, 2000). Les gouvernements, avec les lois et les politiques qu'ils instaurent pour réglementer le système de santé, produisent un discours qui influence depuis longtemps l'importance que l'on y accorde et la façon dont on perçoit un service de qualité (Osborne, 1997).

Ces politiques, qui attribuent aux gouvernements la responsabilité de la santé de leur population, affirment que les institutions de santé est l'élément le plus important pour assurer le bien-être de l'individu. Plus encore, ce discours produit la santé comme droit naturel de la personne. Les soins de santé sont donc perçus par les citoyens du Canada comme une priorité incontestable dans leurs besoins fondamentaux. Ce discours place l'état comme le responsable et comme la principale modalité légitime d'intervention en santé et le médecin, comme l'expert prépondérant de la santé de l'individu (Lupton, 1995).

Le paternalisme médical

Le professionnel de la santé est donc l'expert en matière de santé et, selon le discours étatique de l'organisation des soins de santé, il est le principal responsable légitime de la santé du Canadien. Le pouvoir est donc incarné profondément dans toutes les pratiques quotidiennes des

professionnels de la santé (Lupton, 2003). Ces derniers questionnent, analysent et touchent le corps du sujet « patient », alors que celui-ci acquiesce avec le peu de savoir qu'il a sur les interventions. La relation de pouvoir n'a pas une fonction de dominance, mais correspond plutôt à une organisation sociale pour faciliter les soins, relation maintenue volontairement pour faciliter le déroulement des consultations et des interventions. La prestation d'un service de santé dans le système actuel nécessite donc que le patient et le professionnel agissent de connivence pour les interventions, dont l'importance doit être reconnue (par le discours d'étatisme). La pratique discursive historiquement engendrée et toujours actuelle dissuade la remise en question du médecin par le patient, quitte à voiler l'importance de la langue dans la prestation des services. Ainsi, pour plusieurs patients franco-ontariens, recevoir des soins de santé spécialisés et reconnus peut être plus important que d'être traité dans sa langue. Cette idéologie d'étatisme dans la gestion de la santé publique a été fortement dominante pendant de nombreuses années dans la perception populaire de ce que doit être un service de santé de qualité (Lupton, 2003b).

La responsabilité d'être en santé

Depuis trois décennies, plusieurs auteurs ont constaté une tendance internationale marquée qui diverge des politiques étatiques des soins de santé (Osborne, 1997). Peu à peu, le risque de la maladie est géré davantage par l'individu et ensuite, par la communauté.

De la promotion de la santé à la santé des populations

La sensibilisation et la formation des individus envers leur santé pour prévenir la maladie remontent au début du siècle. Toutefois, cette mentalité de gestion de la santé publique s'est accélérée progressivement au cours des trente dernières années au Canada, suite au rapport Lalonde, tel que proposé par Gastaldo (1997) et Robertson (1998). Le rapport Lalonde (Health and Welfare Canada, 1974), soulève que ce sont les déterminants sociaux de la santé, comme les habitudes sanitaires et les comportements en rapport à la santé, qui sont les principaux

déterminants de la santé des individus. La nouvelle emphase sur l'éducation et sur la promotion de la santé situe le sujet sain dans son environnement, un contexte qui le place potentiellement « à risque » de maladies (Petersen, 1997). Cette idéologie vise à accorder à l'individu le pouvoir sur sa santé et à lui allouer la responsabilité de gérer le risque de la maladie. Les discours sur la santé deviennent davantage un système de valeurs pour incarner des pratiques discursives qui incitent à la prévention et au maintien d'un style de vie sain (Lupton, 1995). Cette délégation du pouvoir vers l'individu affaiblit le discours étatique sur la santé et permet davantage à l'individu et à la communauté d'inclure leurs valeurs et leurs besoins dans les services de santé qu'ils reçoivent.

D'autres études effectuées par la suite en Ontario, comme le rapport Epp (Health and Welfare Canada, 1986), examinent davantage l'importance des déterminants socio-économiques, telle que la pauvreté, l'analphabétisme ou le sous-emploi (Boudreau et Farmer, 1997; Béland, 1996; Picard et Allaire, 2005). Ce discours de « santé des populations » octroie beaucoup d'importance à la vitalité de la communauté pour maintenir la santé de ses membres (Robertson, 1998). Cette nouvelle relation de pouvoir en ce qui concerne les services de santé tend à amoindrir l'omnipotence historique du médecin, mais n'éclipse pas le discours étatique qui relève du droit fondamental de l'homme et de la femme à des services de santé.

Les services de santé communautaires et à domicile

Selon le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, les soins communautaires sont des services de santé prodigués à l'extérieur d'un hôpital ou d'une clinique médicale. L'émergence des discours de promotion de la santé et de la santé des populations se manifeste dans les publications scientifiques à travers le monde depuis les années 1990. Des études internationales rapportent que la prestation de la réadaptation en milieu communautaire comme alternative ou complément efficace aux centres spécialisés est souhaitable (Barnes et Radermacher, 2001; Beech, Rudd, Tilling, et Wolfe, 1999; Jones et al., 1999; McNamee et al.,

1997; Tremblay et Tremblay, 2002; Wilson et al., 1999). Plusieurs recherches concluent que ce modèle de soins parvient à des résultats au moins équivalents pour la réadaptation tout en réduisant les coûts pour chacun des patients (Barnes et Radermacher, 2001; Beech et al., 1999; Jones et al., 1999; McNamee et al., 1997; Wilson et al., 1999).

Ces vérités, combinées à la montée fulgurante du coût des services de santé au Canada contribueront à reproduire le discours de santé communautaire en Ontario. Les centres de santé communautaires (CSC), dont le premier est né à Sault Ste-Marie en 1963 (O'Neil, 1991), verront leur popularité augmenter dans les années 1980 et 1990, ce qui contribuera à la reproduction du discours communautaire des services de santé. On compte maintenant 55 centres de santé communautaire en Ontario qui participent à l'élaboration d'initiatives de promotion de la santé et qui contribuent à la création de collectivités saines. Cependant, le contexte politique et économique qui a suivi n'a pas favorisé les initiatives de développement communautaire, puisqu'elles interviennent dans un contexte de coupures budgétaires où la réduction des listes d'attentes est le thème de prédilection. De plus, bien qu'elle prétende favoriser les discours de promotion de la santé et la prestation de services de santé à domicile, la restructuration des services de santé favorise la création des grands centres hospitaliers, au détriment des subventions pour les centres de santé communautaire.

Outre les CSCs, la réadaptation à domicile est aussi considérée comme une méthode de traitement qui est ancrée dans les conditions sociales et qui considère le patient dans son environnement. Elle vise à donner le contrôle du traitement à l'individu et à adapter l'environnement pour faciliter et promouvoir une saine qualité de vie. Dans la province de l'Ontario, l'accès aux soins de santé à domicile est assuré par les CASCs. Les mesures prises par le gouvernement de l'Ontario suite aux recommandations de la CRSS ne semblent pas favoriser une augmentation de l'offre des services. Pourtant, ce mode de prestation des services de santé

semble plaire davantage aux patients, donc le discours de promotion de la santé est manifestement bien accepté par ceux-ci. En effet, à l'échelle provinciale et internationale, la satisfaction envers les services reçus s'est révélée supérieure pour les personnes âgées en réadaptation à domicile qu'en réadaptation conventionnelle (Angus, Kontos, Dyck, McKeever, et Poland, 2005; Barnes et Radermacher, 2001; Gilbertson, Langhorne, Walker, Allen, et Murray, 2000; Widén Holmqvist, von Koch, et de Pedro-Cuesta, 2000).

Le consommateurisme

La tendance vers la gestion individuelle du risque de la maladie est associée à la montée de la culture du consommateurisme dans les services de santé (Shaw et Aldridge, 2003). Le discours de promotion de la santé a mené à la commercialisation de produits de santé de toutes sortes, allant de la nourriture aux produits cosmétiques pour s'étendre jusqu'à la prestation de services de santé par des entreprises privées (Shaw et Aldridge, 2003). La responsabilité d'être en santé est détournée vers les individus qui deviennent des « clients » d'un « service » de soins de santé.

Le discours de « consommateurisme » produit plusieurs vérités sur le client et ses services de santé. Le discours du consommateur produit un « client » libre de choisir les services de santé qui lui conviennent le mieux. Selon cette mentalité, le consommateur est le meilleur juge des décisions qui le concernent (Shaw et Aldridge, 2003). Il doit cependant prendre une décision éclairée par un enseignement sur sa santé et sur les services disponibles, par ceux qui détiennent l'expertise : les professionnels de la santé. Une autre vérité du discours du consommateur, selon Shaw (2003), est celle qui propose que le consommateur ait un pouvoir d'activiste. Cette vérité s'exprime à travers des mouvements sociaux qui se déclarent défenseurs des consommateurs de santé. 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 ses valeurs et ses croyances d'activiste pour la survie de sa communauté.

Cette mentalité individualiste s'étend également à la relation de pouvoir que le client entretient avec le médecin. Dans son nouveau rôle de consommateur, le client est plus enclin à s'informer sur sa maladie et sur les traitements avant la consultation médicale, à remettre en question les conseils du professionnel de la santé et est même plus propice à résister à la dominance du système de la santé en s'opposant aux recommandations prescrites (Lupton, 2003a). Un nombre croissant d'individus résiste au discours médical en établissant eux-même les critères d'un service de qualité, en choisissant plus indépendamment leurs traitements et leurs fournisseurs de services de santé (Lupton, 2003 b; Shaw et Aldridge, 2003). Ce discours de consommateur et de client accentue potentiellement l'importance de la langue de traitement pour le patient franco-ontarien.

Deux discours politiques influencent la satisfaction des services de santé pour les francophones de l'Ontario. L'idéologie toujours présente de l'étatisme des soins de santé énonce qu'ils sont un droit fondamental et universel. Ce discours se conjugue avec celui d'un système plus néo-libéral de gestion de la santé (Osborne, 1997), c'est-à-dire avec celui d'un client qui juge et qui choisit les services de santé qu'il reçoit (Shaw et Aldridge, 2003). Les critères d'un service de qualité et de la satisfaction d'un patient proviennent donc moins des discours produits par les professionnels de la santé, mais davantage de la communauté et des valeurs personnelles des utilisateurs. Ce phénomène réunit des éléments importants pour effectuer un virage dans les revendications des Franco-Ontariens : des services de santé en français pour protéger leur communauté.

La restructuration des services de santé

Les recommandations de la CRSS s'inscrivent dans le discours de santé communautaire et de consommateurisme. Le désengagement de la province dans la prestation des services de santé est bien réel suite aux recommandations de la CRSS de l'Ontario, surtout en matière de services de santé à domicile. Le 1^{er} mars 2006, le gouvernement de l'Ontario a adopté une loi visant à favoriser les initiatives de promotion de la santé et à permettre aux collectivités locales de participer aux prises de décisions en matière de santé. La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé confère aux Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) le pouvoir de planifier, de coordonner et de financer les services de santé locaux, comme les hôpitaux, les CASCs et les centres de santé communautaires (Gouvernement de l'Ontario, 2006). Cette décision délègue donc des mandats précédemment tenus par la province à un organisme sans but lucratif. Les fondements de cette loi se rapprochent donc de l'esprit du consommateurisme, puisque, selon le gouvernement de l'Ontario (2006), « il est préférable que les soins communautaires soient planifiés, coordonnés et financés de manière intégrée à l'échelon local, parce que les membres de la collectivité locale connaissent mieux les besoins et les priorités locaux en matière de services de santé » (p. 1).

En conséquence, le discours dominant en matière de planification et de prestation des services de santé en Ontario semble être celui qui engendre des pratiques discursives d'un client activiste, libre de choix et responsable de sa santé. Les politiques gouvernementales dépendent des vérités discursives, mais elles sont fondamentalement créatives plutôt que réactives (Osborne, 1997). Selon Foucault, les politiques en matière de la santé sont des « métadiscours », des conduites de comportements. Les politiques sont constituées pour produire des discours qui servent à persuader leurs sujets qu'une certaine façon de penser et de se comporter est appropriée pour leur santé (Osborne, 1997). Il est donc logique de penser que ces transformations de

mentalité dans les politiques gouvernementales se reflètent aussi dans la façon dont les patients conçoivent leurs services de santé.

L'évaluation de la qualité des services de santé

L'introduction du discours de consommateurisme dans le système de santé a produit des vérités dans la façon dont la qualité des services de santé est perçue et évaluée. Les modes de gestion des programmes de santé se fondent de plus en plus sur des principes de rationalisation économique tels qu'il en est la norme dans le secteur industriel : les services de santé adoptent des critères d'efficacité, d'imputabilité, de mesures objectives de performance et de qualité totale dans la prestation des services prodigués (Ching-Chow, 2003; Smith et Sutton, 1999).

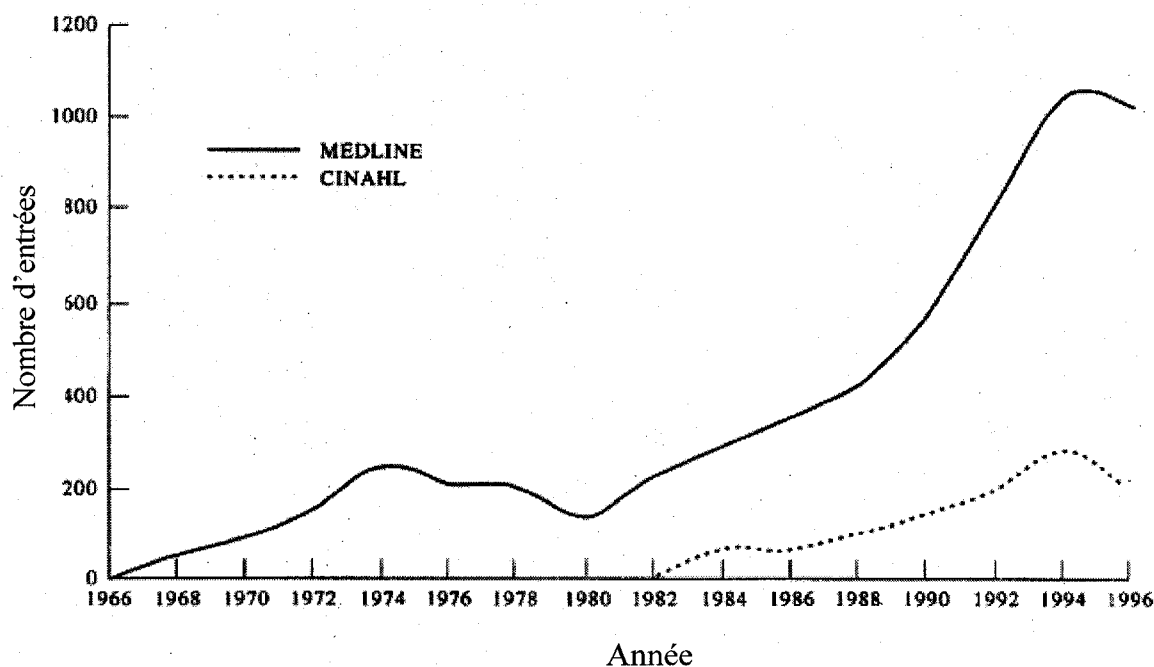
La notion de qualité totale

Le principe de qualité totale prôné généralement par les institutions de santé des pays occidentaux industrialisés (Ching-Chow, 2003; Dierkes, 2002; Oestreicher, 1999; Razvi, 2003; Ulises, 2004; Wright, 2000) est un exemple d'une vérité construite dans le discours du consommateurisme et qui influence la perception de la qualité et de la satisfaction des services de santé. Ce principe a été implanté pour la première fois dans les industries manufacturières dans les années 1980. Les établissements qui pratiquent ce système de gestion concentrent leurs efforts à améliorer leur productivité en standardisant les interventions (avec des plans de soins par exemple) et en prônant des services basés sur les besoins du client, pour ne nommer que ces moyens (Ching-Chow, 2003). Smith (1999), dans une étude de la construction discursive du concept de « qualité des services de santé » en Australie, démontre que les vérités produites par le discours de qualité totale renforcent la perspective moderniste, c'est-à-dire la notion que la meilleure façon de prodiguer des soins puisse être standardisée pour une gestion optimale. D'ailleurs, le terme « Qualité totale » indique une situation d'apogée et de finitude dans la prestation des services de santé.

La satisfaction : une mesure de la qualité des services

La figure 1 illustre bien les effets de ce changement de mentalité sur la notion d'un soin de qualité (Sitzia et Wood, 1997). Les périodes de grande utilisation de la mesure de la satisfaction dans l'évaluation d'un service de santé basé sur le « client » coïncident avec l'apparition du discours dominant des années 1980 (celui de la gestion individuelle du risque de la maladie) et de celui du consommateurisme, qui s'y additionne à partir des années 1990.

Figure 1 : Nombre d'études identifiées par le terme clé « patient satisfaction » dans les bases de données Medline et Cinahl (modifié de Sitzia et Wood, 1997)



Selon le discours prononcé par les institutions de santé, si le patient s'avère satisfait, une des conditions importantes du programme de qualité totale se voit respectée. Conséquemment, l'évaluation du concept de satisfaction, selon le libellé de qualité totale, est très utile, voire capitale à l'évaluation de la qualité d'un service de santé (Erikson, 1987; Geron et al., 2000; Herman et al., 1998; Porter, 2004; Renzi et al., 2005; Ryden et al., 2000). Cependant, aucune

étude recensée à ce jour n'étudie les discours et les vérités qui composent la satisfaction des patients franco-ontariens.

L'importance d'une haute satisfaction pour un service de santé de qualité

En plus des discours politiques et législatifs, les revendications des Franco-Ontariens en matière de santé sont appuyées d'un discours médical scientifiquement fondé. L'utilisation des mesures de satisfaction par les établissements de santé est justifiée par un discours médical qui considère qu'une satisfaction supérieure de la part des patients encourage l'utilisation des services de santé (Zastony et al., 1989) et diminue la durée entre l'apparition des symptômes et la première consultation avec un professionnel (Ware et Davies, 1983). Ainsi, la reproduction du discours de consommateurisme s'y trouve facilitée faisant en sorte qu'une plus grande satisfaction et une meilleure accessibilité aux services de santé encouragent l'utilisation des services et l'adhésion au traitement (Ley, 1990). Les services de santé transmettent cette vérité pour justifier l'utilité de la mesure de la satisfaction. D'autre part, ces vérités se retrouvent aussi dans le discours revendicateur des francophones.

L'importance de la langue de communication dans un service de santé de qualité

Le discours médical suggère aussi que la qualité des services reçue est inférieure si les interventions ne sont pas livrées dans la langue de l'utilisateur. Selon les chercheurs dans le domaine de la santé, la prestation d'un service de santé de qualité et l'obtention de résultats positifs sont étroitement liées à la communication du professionnel de la santé avec le patient (Ellmer et Olbrisch, 1983; Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001; Ouellette et Mailhot, 1999).

Selon le discours produit par les publications scientifiques, si l'aptitude du patient à manier la langue savante qu'utilise l'intervenant est plus faible, le médecin tend à substituer les explications associées à une relation thérapeutique, par une attitude plus directrice, associée à une

« simple imposition d'autorité », ou interprétée comme telle par le patient. Le médecin peut ainsi s'abstenir de livrer les raisons des traitements ou des prescriptions (Boltanski, 1971). Même chez les francophones bilingues, recevoir des services de santé en français est nécessaire puisque la langue maternelle constitue la base du développement de la personnalité et que l'expression de ses sentiments s'en trouve par le fait même facilitée (Dubois, 1976). Puisque l'expression de la douleur et des sentiments est très souvent primordiale pour établir le bon diagnostic, un service de santé en français est essentiel. De façon plus concrète, les vérités produites par le discours médical sur l'importance de la langue dans les services de santé suggèrent que l'incapacité de communiquer adéquatement avec le patient peut limiter la qualité des relations interpersonnelles et augmenter l'anxiété du prestataire (Ellmer et Olbrisch, 1983). De plus, elle peut contribuer à une mauvaise perception donc possiblement à un traitement inapproprié (Ellmer et Olbrisch, 1983). Les obstacles à la communication peuvent également influencer la capacité du patient à comprendre les instructions et par conséquent diminuer l'adhésion au traitement, en réduire son efficacité et diminuer sa satisfaction (Ellmer et Olbrisch, 1983; Herman et al., 1998; Ley, 1990; Trevino, 1999). Le discours médical sur l'importance de la langue propose qu'une barrière linguistique affecte la qualité de la prestation de service de santé, et réduit également l'accès à ces soins de santé, puisque le patient est plus réfractaire envers les services disponibles (Spenceley, 2005). Puisque ce discours produit des vérités bien acceptées dans le domaine de la santé et à travers la population, les patients qui sont traités dans une langue seconde ou tertiaire sont généralement moins satisfaits des services reçus (Boltanski, 1971; Simon, Little, Birtwistle, et Kendrick, 2003; Weech-Maldonado et al., 2003). Ces vérités sont centrales dans les revendications des Franco-Ontariens.

Les discours des francophones sur les soins de santé en français

La santé est aujourd'hui une des priorités de la communauté franco-ontarienne. Les documents qu'ils produisent revendiquant des services de santé en français, comme ceux au sujet de l'affaire Montfort, se fondent sur des vérités provenant de discours sur la qualité des soins et sur la santé des Franco-Ontariens, mais également sur la diversité des services qui contribuent à la survie de leur communauté. Selon Gilbert, Kérisit, Dallaire, Coderre et Harvey (2005), « On peut supposer en effet que lorsqu'ils parlent de santé, les groupes engagés dans ce dossier font référence à un ensemble d'autres problèmes auxquels les membres de cette communauté sont confrontés » (p. 4). Ainsi, lorsqu'ils évaluent leurs services de santé, ils évaluent les services selon les discours concernant la qualité d'un service de santé, mais aussi potentiellement selon ceux au sujet de l'épanouissement de leur communauté. Afin de mettre en lumière les discours qui forment les revendications des francophones en matière de soins de santé, la présente section analyse les documents qu'ils ont produits. L'analyse emprunte la structure de Gilbert et al. (2005), pour analyser les discours et les vérités qui composent les revendications des « clients » franco-ontariens en matière de santé.

L'émergence des revendications en matière de santé

Les premières revendications des francophones en matière de santé sont enracinées dans le discours traditionnel étatique des services de santé. La nature universelle du système de santé est une valeur importante pour les francophones (Adam, 2000; Ministère de la justice du Canada, 1986) et le discours du droit aux services de santé constitue les premiers balbutiements de la production discursive des francophones. En 1966, la Loi sur l'assurance maladie introduit le financement partagé entre les provinces et le fédéral pour les services de soins médicaux (Gouvernement du Canada, 2006). Celle-ci établit les cinq principes maintenant protégés par la

Loi canadienne sur la santé. Le principe d'accessibilité deviendra la base des revendications sur le droit à des services de santé en français pour les Franco-Ontariens.

Précédemment, en 1968, le gouvernement du Canada introduit la *Loi sur les langues officielles* (Département de la justice du Canada, 2006), qui n'affectera les services de santé en Ontario qu'en 1976, avec la parution du rapport Dubois (1976). Celui-ci visait à examiner la situation des services de santé en français en Ontario (Dubois, 1976). Ainsi, en appuyant le comité Dubois, l'Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO) s'intéresse pour la première fois à l'état des services de santé en français en Ontario (Gilbert et al., 2005). Ce rapport constitue alors le point de départ des réflexions des Franco-Ontariens sur le besoin non adressé de services de santé en français.

Plusieurs énoncés dans ce rapport sont encore importants aujourd'hui pour les patients franco-ontariens. Le discours alors tenu par les francophones pour inciter une action politique reproduit la notion que l'utilisation et l'accès à des services de santé restent liés à la santé de l'individu. Cette approche centrée sur l'appareil de soins veut rendre la santé accessible à tous les citoyens et les citoyennes au Canada. Ainsi, le rapport fait référence à la quantité des services offerts et à la qualité du rapport entre le médecin et les patients. En faisant appel à la population, aux « élites » franco-ontariennes, et aux associations de francophones, le rapport revendique de meilleurs services en français au nom de l'histoire franco-ontarienne, de l'ancrage juridique du système de la santé et de l'importance de la langue pour des services de santé de qualité (Gilbert et al., 2005).

Tel que décrit par Gilbert et al. (2005), ce rapport ne tient pas compte de certaines initiatives qui lui précédaient, comme le rapport Lalonde, qui tiennent nettement un discours plus individualiste en ce qui concerne la gestion du risque de la maladie. Le rapport Lalonde met

l'accent sur la prévention et sur l'éducation des individus, plutôt que sur le fondement des revendications du rapport Dubois et de la communauté franco-ontarienne en général.

L'héritage du rapport Dubois

Plus de dix ans après le rapport Dubois, les réponses à la question de services de santé en français s'inspirent du même discours. En 1986, après de longues et laborieuses péripéties, le gouvernement de l'Ontario annonce la *Loi sur les services en français*, aussi connue sous le nom de Loi 8. Cette loi garantit au public l'offre des services de santé en français dans 24 régions dites « désignées » partout dans la province (Office des affaires francophones, 1990). Ces régions, déterminées par le ministre délégué aux affaires francophones, correspondent aux plus grands foyers de francophones en Ontario. Plusieurs organismes et institutions gouvernementales implantés dans les régions désignées sont reconnus par décret comme étant en mesure d'offrir des services en français. En conséquence, l'ACFO développe une stratégie pour contribuer à l'implantation de la Loi 8, sur laquelle s'appuieront désormais les principes de base des revendications des Franco-Ontariens : accès à une large gamme de services de santé en français; recrutement et formation de professionnels de la santé francophones; gestion et participation à la planification des services par les francophones; concertation locale et formation de réseaux de professionnels de la santé (Gilbert et al., 2005). Ainsi, les revendications des francophones en Ontario s'inspirent encore des thématiques du rapport Dubois, soit le droit à des services de santé en français.

Toutefois, plusieurs groupes de francophones se sont plaints à maintes reprises du non-respect de cet engagement du gouvernement ontarien dans le domaine de la santé (Adam, 2001; Lynam et al., 2003; Simard, 1999; Therrien, 2002). Selon ces derniers, trop peu d'organismes sont désignés par la loi et ceux qui le sont ne semblent pas offrir les services en français tel que prescrit. Les francophones considèrent inacceptable qu'ils « soient réduits à troquer leurs droits

linguistiques contre le droit d'être soigné » (Adam, 2000; p. 2). En effet, le discours qui est alors prédominant et encore énoncé aujourd'hui postule que de recevoir des services de santé dans sa langue ne devrait pas être un privilège, mais un droit, eu égard à la *Loi canadienne sur la santé* et à la *Loi ontarienne sur les services en français*. Malgré cette insatisfaction concernant l'offre des services en français, peu d'études se sont penchées sur la question de la satisfaction de services de santé chez les francophones de l'Ontario.

Le Conseil régional de santé de l'Est et le Conseil régional de santé du district d'Ottawa-Carleton, deux organismes sous la gouverne de l'Ontario, réalisent des études qui révèlent une accessibilité insuffisante aux services de santé en français (Gilbert et al., 2005). Ils contribueront alors à reproduire le discours sur l'accès des services de santé pour les francophones de l'Ontario dans leurs revendications et dans la conception de la santé des individus. Le rapport Dubois et les études réalisées par les deux conseils ontariens soulevaient l'importance pour les francophones de planifier et de participer à la gestion des services de santé en français. Le rapport Dubois a donc contribué à la reproduction des discours d'accès, de droit et de gouvernance en matière de services de santé en français. Ces discours constituent dès lors l'assise des revendications des francophones en Ontario pour les soins de santé.

Les vérités produites par le rapport Dubois s'imposent dans la construction de la satisfaction des patients francophones. L'accès à des services de santé en français pour produire et maintenir la santé des individus peut être un critère déterminant pour établir leur satisfaction, puisque cela leur est garanti par la loi. Selon ce discours, l'usage du français est surtout important pour le bon déroulement des traitements avec le professionnel de la santé. L'usage du français dans les traitements de réadaptation a donc le but premier de maintenir la santé. Les services de santé communautaires et à domicile, obtenant un rôle de deuxième ordre dans les services de santé, peuvent être potentiellement moins réclamés en français, de même que les services d'aide

familiale et de bénévoles. Selon les vérités produites par le rapport Dubois, l'usage du français par le personnel de la réception et par le personnel administratif serait moins requis, puisque la santé du patient y est moins rattachée.

Les discours de la santé communautaire chez les francophones

Lors des années 1980, mais plus intensément lors des années 1990, les documents des francophones sur la santé témoignent de la montée du discours sur la promotion de la santé et sur les habitudes de vie saine. Par exemple, le « Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario » (Boudreau et Farmer, 1997) et le « Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario » (Picard et Allaire, 2005), dont la première édition a été rendue publique en 2000, analysent les données démographiques des francophones de l'Ontario pour en faire le portrait des déterminants socio-économiques.

Selon ces études, les francophones qui vivent dans une situation minoritaire en Ontario seraient en moins bonne santé que leurs concitoyens anglophones majoritaires, puisqu'ils vivent généralement dans un contexte sociodémographique et socio-économique moins favorable. En effet, les francophones en situation minoritaire en Ontario sont plus âgés, proportionnellement moins nombreux sur le marché du travail et moins scolarisés (Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001; Picard et Allaire, 2005). Une proportion plus faible de Franco-Ontariens qualifient leur état de santé comme étant élevé comparativement aux anglophones de l'Ontario (Ouellette et Mailhot, 1999; Picard et Allaire, 2005). Par exemple, le Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario (Picard et Allaire, 2005) et l'Enquête nationale sur la santé, réalisée par Statistique Canada (Statistique Canada, 2006), ont révélé des taux plus élevés de maladies cardiaques chez les Franco-Ontariens.

Pour les Franco-Ontariens, la question de la santé est étroitement liée à celle du développement de leur communauté, tel que le suggère le discours de la santé des populations.

Deux études menées par des groupes de francophones démontrent le lien entre la santé et le développement de la communauté. La première, « Dialogue Santé » (St-Pierre et Rail, 1993) conclue que les thèmes déterminants pour la santé au sein des collectivités francophones de l'Ontario sont l'éducation, l'emploi, l'équité et la santé communautaire. La deuxième, « Les conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes » (Andrew et al., 1997) révèle que les participantes relient leur état de santé aux réseaux sociaux qu'elles parviennent à développer dans leur communauté francophone. De plus, ces femmes ont exprimé leur appréciation sur la prestation de soins de santé dans le contexte communautaire. D'ailleurs, des études internationales sur la réadaptation à domicile ont aussi révélé cette préférence pour les soins à domicile et dans la communauté (Barnes et Radermacher, 2001; Beech et al., 1999; Jones et al., 1999; McNamee et al., 1997; Tremblay et Tremblay, 2002; Wilson et al., 1999). En plus des discours de gestion individuelle du risque de la maladie, cette étude relevait l'importance de la gouvernance par des francophones pour des services à la communauté. Ainsi, d'après Gilbert et al. (2005), les francophones s'approprient le discours communautaire, mais ne délaissent pas les objectifs fixés précédemment par les discours d'accès, de droit et de gouvernance. En conséquence, les francophones de l'Ontario sont plus nombreux à apprécier être traité à domicile, puisque le discours de santé communautaire est propagé par le domaine médical et par les acteurs importants dans la communauté francophone de l'Ontario.

La création de cinq centres de santé communautaires francophones entre 1988 et 1995 a aussi permis de reproduire le discours de santé communautaire dans la communauté francophone. Toutefois, comme il a été mentionné précédemment, le développement de la santé communautaire n'a pas bénéficié d'un contexte économique qui lui était favorable, d'autant plus que, selon certains analystes, les recommandations de la CRSS n'encourageaient pas plus

l'égalité dans la prestation des services de santé (Lynam et al., 2003). En effet, selon Tremblay et Tremblay (2005) la santé communautaire est une ressource encore sous-exploitée en Ontario français. Aujourd'hui, des 55 centres de santé communautaire en Ontario, neuf doivent pourvoir au moins un service en français, puisqu'ils sont du nombre des organismes partiellement désignés par la Loi 8 (Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, 2006; Office des affaires francophones, 2006a).

Les vérités énoncées par le discours de promotion de la santé véhiculé dans les documents des francophones de l'Ontario peuvent élever l'importance du français dans l'accès à des services à domicile et communautaires. L'accès à des services médicaux spécialisés dans sa langue est moins présent que dans le discours du rapport Dubois. Le discours de la santé des populations et des déterminants de la santé implique tous les membres de l'équipe de santé, du personnel administratif au médecin. Ainsi, la vitalité de la communauté et la capacité du patient à maintenir sa santé passent par l'usage du français dans sa communauté. Les bénévoles et les aides familiales sont possiblement, selon ce discours, tenus de pouvoir parler le français dans les traitements.

La ré-articulation des discours suite à l'affaire Montfort

Le 24 février 1997, la CRSS avait retenu l'attention en matière de services en français en Ontario en annonçant la fermeture de l'Hôpital Montfort, seul hôpital universitaire francophone de l'Ontario. Depuis, l'affaire Montfort est au cœur des critiques des francophones sur la restructuration des services de santé en Ontario. Montfort a dû se battre pour ses acquis, en invoquant l'argument du respect des droits linguistiques auprès de la Cour Suprême de l'Ontario (Therrien, 2002). La cause s'est soldée par une victoire sans appel de l'Hôpital Montfort, appuyée par des acteurs importants de la communauté franco-ontarienne (Lalonde, 2001). Ce

bouleversement est dès lors le foyer d'un discours revendicateur en ce qui concerne l'accès aux services de santé en français dans l'Est de l'Ontario (Gilbert et al., 2005).

Les documents produits dans ce contexte reprennent en partie les vérités comprises dans le discours du rapport Dubois : accès, droit et gouvernance. Ils prônent que cette diminution de l'accès aux services de santé encourra une diminution importante de la qualité des services de santé (Lalonde, 2001). Tout comme pour le rapport Dubois, il soulève des principes de droit étatique et de gouvernance (Paquet, 2001). Selon Lalonde (2001), « Plus question, pour l'État, et son droit formel, de vouloir guider la société dans son ensemble » (p. 41). Ainsi, ce dernier favorise l'autogouvernance des services de santé des francophones pour adapter les soins selon les valeurs et les besoins de sa communauté, ce qui contredit les recommandations du CRSS au sujet de l'Hôpital Montfort. Dans le discours produit par l'Hôpital Montfort, comme dans celui du rapport Dubois, il est moins question des soins de santé communautaire, comme il est décrit dans le discours de promotion de la santé ou de santé des populations. Depuis l'affaire Montfort, ce sont donc ces vérités (droit, accès, gouvernance) qui constituent l'essentiel des revendications des Franco-Ontariens en matière de santé, auxquelles vient se joindre le discours « institutionnel » qui émerge pour la première fois (Gilbert et al., 2005). Selon Roger Bernard (1998) et les autres acteurs francophones qui évoquent ce discours, les institutions francophones comme les institutions de santé et l'hôpital Montfort sont nécessaires pour la survie de la communauté franco-ontarienne.

Ce discours s'appuie notamment sur les travaux de Raymond Breton (Breton, 1964; Breton, 1994). Comme mentionné dans le chapitre 1 de cette thèse, ce ne sont pas tous les francophones en Ontario qui se perçoivent comme Franco-Ontariens. Pour Breton (1994), c'est lorsque l'individu décide de vivre et de participer en français aux activités de sa communauté qu'il se définit comme Franco-Ontarien. L'individu, consciemment ou non, effectue un choix

quant à son identité, selon différentes modalités d'appartenance. Par exemple, l'hôpital Montfort devient un site de reproduction de la communauté et de l'appartenance, car il procure un avantage pour la prestation des services de santé et crée une interdépendance dans le tissu social francophone. Donc, si ces institutions sont dissoutes ou intégrées aux services anglophones, cet « avantage » à adhérer à la communauté francophone est atrophié, ce qui risque d'affaiblir l'appartenance de l'individu à sa communauté.

Historiquement, ce discours était surtout véhiculé dans les revendications scolaires. Depuis 1997, l'affaire Montfort s'est médiatisée d'une telle ampleur et la production discursive s'accroît tant que l'institution de la santé est une modalité identitaire de plus en plus importante pour les Franco-Ontariens. En conséquence, l'affaire Montfort peut même aujourd'hui avoir surclassé l'institution pédagogique comme constituant discursif de l'identité de la communauté franco-ontarienne, cette dernière étant devenue un acquis. L'effet de ce discours sur la satisfaction des services de santé peut être plus significatif chez ceux qui ont une forte identité franco-ontarienne. C'est ainsi que les gens peuvent être plus satisfaits des services qu'ils reçoivent s'ils sont traités avec un service de réadaptation à domicile géré par un organisme francophone, puisque celui-ci participe à la vitalité de sa communauté.

L'après Montfort

Les vérités produites dans le discours institutionnel semblent toujours aussi présentes sept ans après le jugement de la cour suprême de l'Ontario sur l'affaire Montfort. Cependant, la mise en place des RLIS le premier mars 2006 polarise le discours de l'après Montfort sur la gouvernance des services de santé. Les RLIS visent à amener la gouvernance des services de santé plus près des communautés. Sur cette lancée, le rapport Savoie, rendu public en 2006, (Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005) invoque surtout les vérités du discours institutionnel (identité et institutions) et du discours du rapport Dubois (Accès, Droit et

Gouvernance) pour apporter « LA solution » (p. 4) (Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005) au manque d'accès aux services de santé et du moins bon état de santé des francophones : l'autogouvernance. Ainsi, le discours qui semble actuel pour appuyer les revendications des Franco-Ontariens en matière de santé ne semble pas côtoyer les vérités du discours médical dominant (services de santé communautaire et de santé des populations). Le patient franco-ontarien est donc exposé à ce contexte lorsqu'il construit sa satisfaction des services à recevoir ou qu'il a reçu. Ces discours influencent sa perception des services de santé et des services de réadaptation à domicile, donc ses attentes, ses valeurs et ses interprétations relatives aux services de santé.

La construction du patient franco-ontarien selon Foucault

Le discours selon Foucault est une représentation pratique et sociale du réel, laquelle est historiquement située. Par surcroît, le discours ne fait pas que représenter le réel, mais il le produit. Les discours constituent un ensemble de conditions, de possibilités, qui gouvernent et qui permettent l'écriture, la parole et même l'éclosion des idées. Dans toutes luttes, toutes inégalités, toutes confrontations, toutes divisions ou tous défis, le sujet compose sa réalité (spatialisation primaire et secondaire) et ses pratiques (spatialisation tertiaire) en se positionnant dans les conditions de possibilités de son environnement social. Le réel et la pratique sont donc inévitablement contenus dans cet ensemble de discours. Il est donc impossible de connaître une nature du réel qui se substitue de cette subjectivité. À défaut de pouvoir effectuer cette dissociation, les multiples discours qui créent et qui sont issus des conditions de possibilités différentes « doivent être évalués par leur façon pratique d'intervenir dans les luttes locales » (McHoul et Grace, 1993, p. 35). D'ailleurs, l'analyse de Foucault ne consiste pas à mettre au défi les vérités produites par la science, mais plutôt à décrire les conditions nécessaires à leur production (McHoul et Grace, 1993).

L'emploi du cadre théorique de Michel Foucault est pertinent pour analyser les vérités et les idées reçues qui composent la satisfaction des francophones quant aux soins de santé.

Foucault nous procure des lunettes pour comprendre comment les discours qui construisent cette opinion sont constitués et pour comprendre les modes de subjectivation du « patient francophone ».

Puisque l'analyse des rapports annuels des CASC ne semblait pas correspondre empiriquement à ce que vivaient les patients et les professionnels francophones, le but initial du projet est d'accorder la parole aux patients francophones afin de connaître leur vision des services de santé. Je propose essentiellement d'analyser la façon dont les patients énoncent leur opinion sur les services de santé reçus en français pour cerner quelles vérités sur la santé et quelles vérités sur la francophonie influencent leur satisfaction. Ainsi, une analyse critique des discours est une méthode très utile pour relever des informations essentielles des témoignages des participants sur les services de santé à domicile qu'ils reçoivent.

Le pouvoir selon Foucault

Le pouvoir, selon Foucault, passe au-delà de l'État ou des classes sociales. Il n'est pas question d'un pouvoir d'oppression possédé par une classe d'individus, mais bien d'un pouvoir imprégnant l'ensemble de la société. Dans toute confrontation ou lutte de pouvoir, l'individu se positionne selon sa situation, afin de former son opinion. Par extension, ce processus de prise de position dans les discours divers est aussi constamment l'origine de notre conception des choses, des phénomènes et des concepts. Ce sont donc ces « conditions de possibilités » qui engendrent les relations de pouvoir présentes dans toute représentation du réel constituant un champ de savoir. Selon Foucault, l'objet des stratégies de pouvoir est avant tout le corps humain, qui est doté de forces et de capacités (Mineau, 1992). Ces stratégies visent à dresser, à assujettir les forces corporelles, dans le but de normaliser leur pratique et de façonner leur identité. Ainsi, les

individus « sont le véhicule du pouvoir et non seulement son point d'affectation. » (McHoul et Grace, 1993, p. 89). En fait, le pouvoir n'est pas répressif, mais plutôt productif. Il engendre la réalité, le savoir et les pratiques qui en découlent.

Foucault s'intéresse aussi au « lien entre les relations de pouvoir et leur capacité de produire les vérités dans lesquelles nous vivons » (McHoul et Grace, 1993, p. 58). Le pouvoir circule avec les discours, à travers un réseau d'individus qui forme un savoir qui conduit leur façon d'agir (Rail et Harvey, 1995). Donc, le pouvoir et le savoir sont directement inter-reliés. Il n'y a pas de relation de pouvoir sans la constitution concomitante d'un champ de savoir, de même qu'il n'y a pas production et reproduction de savoir sans la force génératrice d'une relation de pouvoir. Le savoir gouverne la façon dont nous interagissons les uns avec les autres et est produit par les relations de pouvoir que ceux-ci exercent par la pratique, dans leurs conditions de possibilités.

Le pouvoir ainsi que le savoir est institutionnalisé et professionnalisé, ce qui récompense sa poursuite (McHoul et Grace, 1993). Toutefois, Foucault soutient qu'au lieu de ne produire qu'une identité conforme et unique, le discours engendre l'individualité, il conçoit une « multiplicité d'identités disparates et variées » (McHoul et Grace, 1993, p. 72). Effectivement, l'essentiel à toutes relations de pouvoir est d'avoir une lutte, dans laquelle les partis sont positionnés dans une situation différente, des conditions de possibilités différentes. Ainsi, les relations de pouvoir « multiplient continuellement, ses centres, sa position et ses sites de résistance » (McHoul et Grace, 1993, p. 84).

Le rôle de l'État

Pour Foucault, la gouvernementalité est un mode spécifique d'exercice du pouvoir. Par « gouvernement », Foucault n'entend pas le Premier Ministre ainsi que l'ensemble de son équipe, mais il signifie plutôt la manière, les techniques « de conduire la conduite des autres » (Fox,

1997, p. 174). Une démocratie néo-libérale comme le gouvernement conservateur qui a entrepris les réformes des services de santé en Ontario demande de modeler les comportements de populations particulières plutôt que de les leur imposer (notamment ceux en matière de santé) (O'Connor, 2004). La gouvernementalité (les stratégies employées pour encourager ou décourager certains comportements) ne sera qu'effleurée dans la présente étude, mais servira à expliquer pourquoi certains comportements sont observés chez les patients franco-ontariens. Le gouvernement ne crée pas directement de nouveaux discours, puisqu'il est lui aussi conduit par les discours. Ce sont ceux-ci mêmes qui changent les conditions participant à la (re) production des discours au moyen de lois, de politiques, de subventions ou d'autres, visant à (ré) éduquer, récompenser, punir ou sanctionner certains comportements.

Le sujet selon Foucault

« Pour Foucault, la question de l'assujettissement et des luttes politiques associées aux "identités" constitue l'enjeu le plus important de notre époque. » (McHoul et Grace, 1993, p. 57). Les vérités que le sujet accepte sur lui-même et sur son entourage lui inculquent une pratique corporelle normalisée (Foucault, 1982). En effet, les conditions discursives dressent des conditions spécifiques dans lesquelles les sujets se voient représentés en « patients », par exemple, ou en « Franco-Ontariennes », en « docteurs », en « schizophrènes » ou encore en « criminelles ». « Les forces culturelles produisent positivement la façon personnelle dont nous nous percevons : nous ne pouvons nous connaître que par la base de ce qu'une totalité culturelle nous dicte. » (McHoul et Grace, 1993, p. 64). Voilà des exemples du sujet « constitué » qui se forme et se transforme. Si la production du sujet est gouvernée par les discours, nous ne sommes pas pour autant des corps soumis à des règles fixes. Le sujet de Foucault est aussi « constituant », dans le sens qu'il reproduit un discours, il se positionne dans une lutte de pouvoir. La possibilité de résistance est toujours présente dans le rapport de forces et le choix est effectué par le sujet.

But de la recherche

Le but de l'étude est d'examiner la satisfaction des patients traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario, et de comprendre l'environnement discursif dans lequel elle se construit. Les conclusions permettent donc aussi de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la satisfaction des patients franco-ontariens traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario face aux soins de santé reçus?
2. Quels discours reproduisent les francophones de l'Est ontarien dans leur évaluation de la satisfaction des services de réadaptation à domicile?
3. Dans quelle mesure les discours sur la santé, les discours sur la francophonie et d'autres discours gouvernent-ils les pratiques et l'évaluation de la satisfaction des patients?
4. Dans quelle proportion chacune des dimensions de l'expérience d'un patient influence-t-elle la satisfaction globale des services de soins reçus en réadaptation à domicile?
5. Par quels moyens ces pratiques se révèlent-elles (attitudes de résistance ou d'acceptation) dans l'attitude des patients franco-ontariens ?

CHAPITRE 3 : MÉTHODES

La satisfaction des services de santé est considérée, dans la plupart des études, comme un produit direct de l'expérience du patient et révélateur de la qualité des services reçus (Donabedian, 1980). Dans ce cas, une méthode quantitative comme un questionnaire s'avère idéale pour mesurer ce niveau de satisfaction et est utile pour les gestionnaires des services de santé. Dans cette étude, la satisfaction des Franco-Ontariens se base aussi sur l'interprétation et le sens que donnent les patients à leur expérience, dans les discours sur les soins de santé et sur la francophonie en Ontario (Rankin, 2003; Turris, 2005). Des entrevues permettent de mieux comprendre comment les patients interprètent la qualité des services reçus. Ce projet emploie donc des méthodes qualitative et quantitative.

Dans un premier temps, nous avons mesuré la satisfaction à l'aide du MESS (Annexe 1), un outil de mesure valide de la satisfaction envers les services de réadaptation à domicile chez les francophones (Tardif et Tremblay, 2005). La description de ses études métrologiques est décrite plus loin dans la méthode. La mesure quantitative examine dans quelle proportion chacun des critères de l'expérience influence la satisfaction. Cette façon de mesurer la satisfaction incite le participant à mieux réfléchir aux différentes dimensions de la satisfaction que ne le permet l'usage d'un questionnaire conventionnel. Cette réflexion a facilité la discussion et a ainsi permis d'enrichir les entretiens qui ont eu lieu par la suite. Dans un deuxième temps, les entrevues semi-dirigées ont permis, par surcroît, d'analyser l'espace discursif dans lequel se construit cette satisfaction. Les patients ont été appelés à faire part de leurs réflexions lors de la passation du MESS pour cerner les discours qu'ils énoncent pour expliquer leurs réponses. Les résultats du MESS et des entrevues ont été analysés et comparés pour connaître la satisfaction des francophones quant aux services qu'ils reçoivent et les critères qu'ils utilisent pour l'établir.

Selon Johnson et Onwuegbusie (2004) pour effectuer une étude mixte, « Le chercheur combine des techniques, méthodes, approches, concepts ou caractéristiques langagières d'ordres qualitatives et quantitatives dans une même étude » (p. 17). Ce projet est composé d'une étape quantitative et d'une autre de nature qualitative où l'une et l'autre des approches conservent leur entité et leur identité propre. Les deux étapes du projet (quantitative et qualitative) ont été menées de façon complètement indépendante, selon les règles en usage pour chacune des méthodes. La section de ce document qui traite de la composante quantitative de l'étude est plus longue puisqu'une description détaillée de l'outil de mesure est nécessaire par souci de transparence. La mesure de la satisfaction a par ailleurs révélé le poids de certains critères sur l'opinion du client à propos des services de santé reçus.

D'après Johnson et Onwegbusie (2004), la recherche mixte est particulièrement utile parce qu'elle bénéficie à la fois de qualités complémentaires d'une méthode qualitative et quantitative et d'amoindrir les faiblesses associées à l'usage d'une « monométhode ». En effet, l'utilité de cette approche mixte est palpable sous l'angle de la complémentarité des méthodes plutôt que de celui de leurs différences. D'une part, les entretiens avec les patients ont permis d'explorer plus en profondeur l'environnement discursif de la satisfaction avec un plus petit nombre de patients francophones et de comprendre comment et pourquoi accordent-ils un poids plus important à certains critères plutôt qu'à d'autres (mesurés par l'outil quantitatif). D'autre part, l'utilisation d'un outil quantitatif et d'une technique qualitative permet d'évaluer si les données convergent ou non. Si les données ne convergent pas, l'entrevue permet d'explorer pourquoi l'évaluation de la satisfaction en entrevue diffère de celle mesurée avec le MESS et ainsi mieux comprendre pourquoi les résultats ne concordent pas entre les deux méthodes. Dans le cas des résultats de cette étude, les données convergent, ce qui permet de confirmer les résultats de chacune des deux études et d'y apporter des nuances.

Bien que l'utilisation d'une méthode de recherche mixte soit intéressante pour analyser certains phénomènes tels que la satisfaction, Guba et Lincoln (1989) soulignent que l'emploi simultané de ces méthodes dans une même recherche engendre des incohérences au niveau ontologique, épistémologique et méthodologique. Sans détailler leur raisonnement, pour ces auteurs, les méthodes de recherche quantitative et qualitative diffèrent sur les plans ontologique (la définition de la nature de la réalité sociale), épistémologique (la relation entre le sujet et l'objet) et méthodologique (les règles à suivre pour découvrir l'objet). La recherche quantitative défend, selon ces auteurs, une ontologie réaliste, une épistémologie dualiste et une méthodologie objectiviste contrairement à la recherche qualitative qui développe une ontologie relativiste, une épistémologie subjectiviste et une méthodologie herméneutique.

Cependant, tel que mentionné plus tôt dans ce mémoire, cette manière dualiste de penser ne fait pas l'unanimité. Certains auteurs refusent de « dualiser » la recherche, de tenir comme inséparables les niveaux épistémologiques et méthodologiques ou d'en déduire des paradigmes inconciliables. Selon ce second groupe d'auteurs, dont font partie Burke et Onwuegbuzie (2004), la convergence, la complémentarité ou l'intégration sont jugées utiles pour approfondir certaines questions de recherche.

Pour réduire les difficultés engendrées par les différences « paradigmatiques » d'une méthode de recherche mixte, la présente étude est menée en deux volets distincts. Une portion quantitative et une autre qualitative sont réalisées de façon parallèle. Un problème commun a soulevé les questions de recherche de chacun des volets, mais une problématisation, une cueillette et une analyse indépendante des données ont permis à chacune des études d'énoncer des conclusions de façon distincte et de conserver les modes de pensée de chacun des volets de recherche.

L'approbation du comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa a été obtenue pour les phases quantitative et qualitative. Le formulaire d'informations et de consentement a été signé par tous les participants. Une assistante de recherche spécialement entraînée pour l'administration du MESS a participé à la cueille de données du volet quantitatif. L'auteur de ce mémoire a effectué toutes les visites pour le volet qualitatif de l'étude.

Étape 1 – La mesure quantitative

La mesure de la satisfaction

Depuis le début des années 80, les professionnels de la santé assistent à l'éclosion d'une multitude d'indices de satisfaction des services offerts (Sitzia et Wood, 1997). Ces développements découlent de la nouvelle orientation des soins de santé basée sur les niveaux de preuves scientifiques, de la meilleure pratique et du principe de qualité totale, d'où le niveau de satisfaction constitue un attribut de la qualité des soins prodigués (Ching-Chow, 2003; Razvi, 2003; Ulises, 2004). Elle constitue une mesure de la qualité des services reçus couramment utilisée par les services de santé (Sitzia et Wood, 1997). La satisfaction envers les services de santé se perçoit comme un produit fini et objectif de la qualité des services reçus. « La satisfaction du patient est d'une importance fondamentale comme mesure de la qualité des services, car elle fournit de l'information sur le succès du prestataire à combler ses attentes et ses valeurs, sujet dont le patient est l'ultime autorité » (Donabedian, 1980, p. 26). Pourtant, les études de satisfaction envers les services de santé ne bénéficient que rarement d'une assise théorique ou d'une définition clairement définie (Avis et al., 1995; Crawford et Kessel, 1999; Erikson, 1987; Forbes et Neufeld, 1997; Forbes, 1996; French, 1981; Gove et Geerken, 1977; King et Appleton, 1999; Porter, 2004a; Porter, 2004b; Rankin, 2003; Sitzia et Wood, 1997; Turris, 2005; Williams, 1994; Williams et al., 1998). En conséquence, une grande part d'inconnu demeure sur la façon dont la satisfaction est construite (Edwards, Staniszweska, et Crichton, 2004; Strasser et

al., 1993). Entre autres, le manque de cadre conceptuel décrivant la satisfaction pose des problèmes importants quant à sa mesure (Avis et al., 1995), puisque les principaux indicateurs demeurent mal connus.

Les principaux biais liés à la mesure de la satisfaction

La majorité des études de satisfaction des Franco-Ontariens réalisées à ce jour dans le domaine de la santé reposent sur des outils non validés qui ne comportent très souvent qu'une seule question générale. Cependant, les écrits sur le sujet confirment unanimement que l'évaluation de la satisfaction d'un patient est plus valide si elle mesure plusieurs dimensions distinctes (Calnan et al., 1994; Forbes et et Neufeld, 1997; Forbes, 1996; Keith, 1998; New England State Consortium, 2001; Pascoe, 1983; Pascoe et Attkisson, 1983; Porter, 2004; Redfurn et Norman, 1990; Sitzia et Wood, 1997; Ware, Davies, et Stewart, 1977; Williams et al., 1998).

Un des problèmes fréquents rencontrés avec l'usage des questionnaires d'évaluation de la satisfaction est le manque de différenciation des résultats obtenus (Attkisson, Roberts, et Pascoe, 1983; Keith, 1998; Pascoe, 1983; Ross, Steward, et Sinacore, 1995). Ceci signifie en d'autres mots que les réponses tendent uniformément vers des résultats marquant une grande satisfaction. Cela ne permet pas de distinguer les variations entre les programmes, les individus et les services (Attkisson et al., 1983) et d'en tirer des conclusions appropriées. Quatre types de biais peuvent contribuer à ce manque de différenciation.

Le premier concerne la réponse d'acquiescement (RA) (Attkisson et al., 1983; Keith, 1998; Pascoe, 1983; Ross et al., 1995). Les études démontrent que les participants tendent à être en accord avec les énoncés du questionnaire, indépendamment de leur contenu. Ware (1978) a rapporté que de 40 à 60 % des répondants manifestent une tendance à acquiescer. Il faut donc éviter méthodologiquement les énoncés à connotation négative ou positive (Ware et al., 1977).

Cependant, la presque totalité des outils en usage contient des énoncés qui laissent la possibilité au sujet d'acquiescer.

Le second biais identifié concerne la réponse socialement souhaitée (RSS) (Forbes et Neufeld, 1997). Ce biais s'observe sous plusieurs formes : l'auto représentation, la peur des représailles et le paternalisme médical (New England State Consortium, 2001). Le participant peut se percevoir comme quelqu'un de tolérant, ou comme un « bon patient ». Il peut aussi souhaiter que l'évaluateur le perçoive de façon positive. L'importance de ce type de réponse dépend entre autres de la volonté du participant à avoir l'air « normal » ou encore de la volonté à impressionner l'évaluateur. Ce biais se nomme l'auto représentation (New England State Consortium, 2001). Le biais de la peur des représailles paraît surtout lorsque le répondant perçoit un lien possible entre l'évaluateur, son personnel soignant ou son programme de soins (Forbes et Neufeld, 1997). Le dernier type de RSS concerne le paternalisme médical. Il s'associe à la perception du répondant qui croit que le médecin ou le spécialiste détient la réponse définitive à ses problèmes. Cette attitude inhibe l'expression de la satisfaction et de l'expérience du patient qui trouve inapproprié de mettre en doute le jugement du professionnel de la réadaptation, malgré une expérience négative des soins reçus (Benbassat, Pilpel, et Tidhar, 1998; New England State Consortium, 2001). Les biais, RA et RSS, se manifestent plus chez les personnes âgées et les gens moins scolarisés (Gove et Geerken, 1977; Ross et al., 1995).

Une troisième source de biais est associée aux réponses systématiques des participants. Un questionnaire se fait très rapidement et le participant réfléchit peu avant de répondre. Ces comportements ne portent pas à la réflexion et ne facilitent pas les réponses complètes. Ces types de réponses ne mettent pas réellement en perspective leur vécu, mais plutôt des réponses qui reflètent les RA et les RSS (Ross et al., 1995).

Un dernier biais est associé à la construction de l'outil par les professionnels du domaine. Trop souvent, ces derniers considèrent les différentes dimensions selon leur point de vue ou leur définition de la satisfaction sans égards aux valeurs ou aux considérations du patient lui-même (Forbes, 1996; Sitzia et Wood, 1997; Williams, 1994).

Ainsi, Rankin (2003) conclut que les questionnaires de la satisfaction couramment utilisés distordent les expériences véritables des patients, puisqu'ils fournissent constamment de très hauts niveaux de satisfaction et qu'ils ne se centrent pas sur les opinions du patient. Qui plus est, l'auteure postule que les organismes de santé et les gouvernements emploient ces biais afin de produire un discours qui embellit leurs services et justifie les mesures de la restructuration des services de santé en Ontario. Ce discours ne permet donc pas la prise de décision et les propositions de changement (Rankin, 2003).

La correction des biais

Plusieurs auteurs suggèrent des moyens afin de contrôler les biais ci-haut mentionnés. Des stratégies telles qu'une tâche manuelle, une composition des phrases particulière et le choix de l'échelle de cotation sont suggérées. Les principales stratégies proposées sont présentées dans les paragraphes qui suivent.

Le contrôle du RA

Ross et al. (1995) proposent plusieurs façons de contrôler ce biais. Ces derniers auteurs suggèrent d'éviter l'usage d'énoncés et de phrases à connotation positive ou négative. Au contraire, ils proposent l'emploi d'un mot neutre, mais explicite au lieu d'un énoncé formel. À titre d'exemple, pour connaître l'opinion du patient sur la compétence du personnel soignant, le terme « compétence » est à privilégier comme seul choix, au lieu de l'énoncé suivant : « Je considère mon professionnel de la santé comme étant très compétent. ». Ceci permet donc au

répondant de mieux réfléchir à sa réponse, plutôt que d'acquiescer facilement à un énoncé pré établi.

Le contrôle du RSS

Pour mieux contrôler le RSS, il faut éviter le possessif dans les énoncés (Hays et Ware, 1986). Par exemple, les vocables « votre docteur » ou bien « votre professionnel de la santé » sont à proscrire. Il faudrait plutôt utiliser « le docteur » ou bien « le professionnel de la santé ». Les autres biais reliés au RSS, comme l'auto représentation et la peur des représailles peuvent en partie se contrôler par la qualité des consignes données au répondant avant la passation du test. La consigne doit indiquer clairement que l'examineur ne portera aucun jugement sur les réponses et que l'opinion réelle des répondants est souhaitée. Par ailleurs, le test doit être administré par une personne non connue du participant (French, 1981). Par conséquent, afin de contrôler la peur des représailles, Forbes et Neufeld (1997) suggèrent que le test soit administré par une personne indépendante des pourvoyeurs de services. De plus, les consignes devraient clairement indiquer que les réponses restent anonymes, confidentielles et qu'en aucun temps elles ne seront révélées au personnel qui gravite autour de la personne sondée. Il faut tout mettre en œuvre pour obtenir la confiance du répondant.

Le contrôle des réponses systématiques

Pascoe (1983) relève l'effet persistant des répondants qui cochent systématiquement les réponses extrêmes des échelles de mesure sans trop réfléchir aux énoncés découlant de leur expérience. Ces derniers suggèrent l'emploi d'une tâche visuelle, par exemple le classement (par ordre) de cartes, afin de permettre une plus grande réflexion et d'éviter ainsi d'obtenir des réponses systématiques.

La qualité de construction de l'outil

En particulier, Forbes (1996), mais aussi Hall et Dornan (1988) ainsi que Geron et al. (2000), insistent pour que la construction de l'outil considère essentiellement les opinions des répondants et non le point de vue des professionnels. De plus, l'outil doit refléter, le plus possible, toutes les dimensions de la satisfaction. Ces auteurs considèrent que trop d'outils de mesures de la satisfaction ne s'intéressent qu'à un échantillonnage des diverses dimensions, rendant incomplètes les études.

L'outil de mesure de la satisfaction

Parmi les vingt tests recensés surtout en langue anglaise, un seul semble contrôler les biais ci-haut cités. La Méthode d'évaluation des services de santé (le MESS), un outil présentement à l'étude par l'auteur de ce projet en raison de ses propriétés métrologiques prometteuses, permet d'atteindre l'objectif de la présente recherche.

L'outil est présenté en détail à l'Annexe I. Ce test s'inspire des travaux de Pascoe et Atkisson (1983) concernant l'« Evaluation Ranking Scale (ERS) ». Contrairement aux autres tests, le MESS ne constitue pas un questionnaire. Il évalue les diverses dimensions des services de réadaptation à domicile qui importent pour le patient. On trouvera ces dimensions un peu plus loin dans cette section du texte.

Le MESS fait appel à une tâche visuelle de classement de cartes qui permet au participant de réfléchir sur les soins reçus et ainsi de réduire les biais présents dans les tests conventionnels de satisfaction. Les auteurs utilisent des mots simples, signifiants et sans connotation positive ou négative afin de réduire la possibilité de RA et de RSS. De plus, il permet de considérer l'importance ou le poids de chacune des dimensions dans le résultat global de la satisfaction, représentant donc davantage les opinions du patient.

Pour compléter le MESS, la présence du chercheur ou d'une personne entraînée est requise. L'outil, constitué de dix cartes, décrit les dimensions de la satisfaction du patient envers les services de réadaptation à domicile. Les cartes sont présentées en ordre aléatoire avant chacune des tâches. La première tâche consiste à classer les dix cartes en ordre croissant selon l'importance que le participant accorde à cet aspect. Il doit ensuite placer ces mêmes cartes sur une échelle visuelle analogue de 100 centimètres, selon le niveau de satisfaction. De cette façon, on obtient de façon valide le niveau de satisfaction global du patient, sa satisfaction pour chacun des aspects individuellement ainsi que le poids de chacun des aspects sur le niveau de satisfaction global. Le temps requis pour la visite est d'environ vingt minutes.

La conception et la validation du MESS

L'étude des évidences de validité de l'outil a été complétée avec les données des participants de la présente recherche. Une visite a été répétée 48 heures après la rencontre initiale pour 10 de ces participants pour obtenir des informations sur la fidélité test-retest du MESS.

L'Association américaine de psychologie (American Educational Research Association et al., 1999) a publié un cadre conceptuel définissant les sources d'évidences de validité. Les 5 sources d'évidences proposées par l'APA sont : la validité de contenu, la validité du processus de réponse, la fiabilité et l'analyse factorielle, la relation des résultats avec d'autres variables et les conséquences de l'évaluation (American Educational Research Association et al., 1999).

Les sources de validité proposées par l'APA ont été analysées dans cette étude selon une méthode modifiée de Vallerand (1989). Les 10 étapes du projet sont : 1 — La préparation de la version préliminaire; 2— L'évaluation et la modification de cette version par une approche de type comité; 3— L'évaluation de la version expérimentale par prétest; 4— L'évaluation de la validité de contenu; 5— Les relations des résultats avec d'autres variables; 6— L'analyse du processus de réponses; 7— L'évaluation de la fiabilité et de l'analyse factorielle; 8— L'évaluation de la

structure interne de l'outil; 9— Les conséquences de l'évaluation et 10 — L'établissement des normes. Les étapes 1 à 4 ont été réalisées dans l'année 2006, alors que les étapes 5 à 9 ont pu être complétées avec les mêmes participants de cette présente étude. L'étape 9 n'a pas fait l'objet d'analyse puisque le nombre de participants n'était pas assez élevé pour établir des normes pour certaines populations, certaines dimensions ou certains services.

Avant la conception du MESS, des experts ont été réunis afin de déterminer les dimensions de la satisfaction à mesurer chez la population cible. Les chercheurs avaient donc en main les opinions de quatre professionnels (1 ergothérapeute et 3 physiothérapeutes) oeuvrant quotidiennement dans les CASC (Centres d'accès aux soins communautaires) en réadaptation auprès de clients francophones. Ensuite, dix dimensions ont été relevées des différentes études consultées tant en anglais qu'en français qui étudiaient la façon dont les patients analysent les soins reçus (Hall et Dornan, 1988; Williams, 1994; Forbes, 1996; et Sitzia et Wood, 1997). Ces dimensions couvrent trois domaines de la satisfaction (Contandriopoulos et coll., 1992), à savoir la dimension technique, la dimension organisationnelle et interpersonnelle. La conception du MESS permet donc d'amoinrir une lacune importante en ce qui concerne la validité de construit des nombreux tests de satisfaction conçus dans les études précédentes. Il considère effectivement toutes les dimensions de la satisfaction et est basé sur les opinions du patient.

La version originale a été modifiée suite à l'analyse du test par un comité de 9 experts en réadaptation. Trois de ces membres étaient cliniciens (1 ergothérapeute, 1 physiothérapeute et 1 infirmière), 3 travaillaient dans le milieu universitaire (3 physiothérapeutes et 1 ergothérapeute) et un autre membre (1 ergothérapeute), remplissait des fonctions administratives et de gestion auprès des professionnels de son milieu. Trois révisions ont permis d'obtenir l'unanimité des membres du groupe. La version révisée du test a ensuite été soumise à un prétest auprès de 3 patients pour examiner leur compréhension des énoncés. Quelques éléments du MESS ont dû être

reformulés, mais les patients ont estimé qu'aucune dimension n'était manquante ou ne devait être retirée, combinée ou modifiée.

La stabilité test-retest et la consistance interne ont été utilisées pour documenter la fidélité (Law, 1987). Le MESS s'est révélé un outil fidèle pour mesurer la satisfaction des services de réadaptation à domicile, avec une fidélité test-retest de plus de 85 % pour le résultat global et pour chacune des catégories. Le coefficient alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) s'élève à 0,75. Nunnally (1978) rapporte qu'un coefficient de fidélité alpha de 0,7 est considéré acceptable pour un instrument.

L'administration du MESS

Le chercheur principal ou l'assistante de recherche, des évaluateurs indépendants n'ayant aucun lien avec l'équipe de soins ou avec le patient, se sont rendus chez le patient. Les membres de l'équipe de soin n'ont eu accès en aucun temps et n'auront pas accès aux résultats individuels des patients. Après avoir complété la lettre d'information et de consentement ainsi que le formulaire démographique, le participant pouvait amorcer la passation du MESS. Le formulaire démographique se trouve à l'Annexe II. Les résultats demeurent confidentiels et les formulaires de réponses sont protégés par un code numérique pour préserver l'anonymat.

La population cible

Des francophones des deux sexes de tous les âges ayant reçu des soins de réadaptation physiques de tout ordre (problèmes musculosquelettiques, cardio-pulmonaires, neurologiques, respiratoires, etc.) ont pris part à l'étude. Les interventions à domicile visent à garder, à améliorer ou à restaurer les capacités physiques et mentales afin d'augmenter l'autonomie fonctionnelle, l'indépendance et le mieux-être (ILO, UNESCO and WHO, 1994). Tous les patients de l'Est de l'Ontario qui ont reçu au moins une visite à domicile sous la direction d'un CASC dans les 6 derniers mois ont été considérés. L'indicateur de la variable « francophone » ou « Franco-

Ontarien » employé dans le rapport Dubois et fréquemment utilisé dans les documents scientifiques est la langue maternelle du patient (en l'occurrence le français), un critère dominant pour la définition des francophones au Canada (Bernard, 1998; Dallaire et Denis, 2000). Pour cette raison, il a servi dans la présente étude pour effectuer le recrutement : tous les patients se disant de langue maternelle française pouvaient prendre part à l'étude. Les entrevues permettaient par la suite de constater le degré d'appartenance du patient francophone et son impact sur la satisfaction. Les soins de réadaptation pouvaient avoir été prodigués par un (e) ergothérapeute, un (e) orthophoniste et un (e) physiothérapeute. De plus, pour compléter l'outil, le participant devait ne pas avoir de diagnostic d'amnésie, de problèmes cognitifs et devait s'orienter dans l'espace et dans le temps.

L'échantillon et le recrutement

Le recrutement s'est effectué avec la collaboration des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Est de l'Ontario responsables des services de réadaptation à domicile. Les participants ont été sélectionnés dans les CASC et auprès des associations des aînés de l'Ontario. Les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes qui ont fait la première approche étaient des travailleurs autonomes contactés directement par les chercheurs ou par le responsable du CASC. Ce sont ces professionnels de la réadaptation qui ont informé les participants au sujet de l'étude à l'aide d'un document d'information décrivant la recherche et présentant les chercheurs en donnant leurs coordonnées. Les patients devaient donc, s'ils le désiraient, contacter les chercheurs pour participer à l'étude, sans que les professionnels soient informés de leur participation.

La taille de l'échantillon qui permet d'assurer une fiabilité acceptable des données a été calculée. L'adaptation de la formule de Fleiss (Fleiss, 1981) s'utilise pour prévoir un intervalle de confiance de 95 % pour le calcul de statistiques, en estimant la variance des données d'après les

études précédentes. Les calculs sont fournis en Annexe III du document. Nous avions prévu une participation de 30 patients. Cependant, suite à des difficultés de recrutement, notre échantillon est composé de 26 participants. La participation des professionnels de la santé dans le recrutement de l'étude a tardé puisque des restructurations à l'intérieur de la gestion de plusieurs CASC étaient en cours. Bien que la prestation des services ne soit pas altérée, la mise en marche de l'étude a dû être retardée dans ces milieux.

Les 226 705 francophones de l'Est ontarien représentent 14,7 % de la population du territoire, soit une personne sur sept dans la région. Ce nombre compte pour 41,3 % de la population francophone provinciale (Office des affaires francophones, 2006b). Les CASC qui desservent ce territoire comprennent ceux des comtés de l'Est (qui comptent 5 bureaux locaux de services), d'Ottawa et de Pembroke. Ces CASCs sont désignés par la Loi 8 pour offrir la totalité de leurs services en français (Office des affaires francophones, 1990). Toutefois, le CASC de Pembroke se trouve isolé géographiquement par rapport aux autres et le nombre de francophones y est moindre. En raison des coûts nécessaires à leur inclusion, les patients de cette région n'étaient pas considérés pour la présente étude. Le CASC des comtés de l'Est dessert 185 314 résidents, dont environ 46 % de francophones (et une concentration de près de 70 % dans le comté de Prescott-Russell) (CASC pour les comtés de l'Est, 2003). Son territoire s'étend du fleuve Saint-Laurent à la rivière des Outaouais du nord au sud, et des frontières de la province de Québec aux villes de Casselman et de Winchester d'est en ouest. Le CASC d'Ottawa dessert la région d'Ottawa-Carleton qui compte 128 620 francophones, soit 16,6 % de sa population (Office des affaires francophones, 2006b). Tous les participants de ces régions rencontraient les critères d'inclusion et qui se portaient volontaires étaient invités à participer à l'étude.

L'analyse des données

Les données numériques étaient inscrites dans un programme informatique spécialement conçu pour cette étude. Ce programme peut calculer les informations suivantes pour chacun des participants et pour la population totale ($n = 26$) :

1. Le niveau global de satisfaction (score/100)
2. Le rang d'importance de chacune des dimensions (en fonction du nombre de dimensions complétées)
3. La satisfaction pour chacune des dimensions (score/100)
4. L'impact de chacun des aspects sur le niveau de satisfaction global (/100)

Les résultats du MESS ont aussi été examinés par rapport aux données du questionnaire démographique et à la ville de résidence pour rechercher les covariances.

Les statistiques

Les distributions de fréquences ont fait l'objet d'analyses pour les niveaux de satisfaction et pour les rangs d'importance. Des statistiques descriptives ont été utilisées (moyenne, étendue, écart-type, écart à la moyenne, corrélations) ainsi que des données démographiques. Le logiciel SPSS (SPSS Inc., 2003) a permis l'analyse statistique des données. Des tests de Mann-Whitney ont été employés pour déterminer les niveaux de signification (Siegel, 1956). Des coefficients de corrélation sont aussi employés.

Étape 2 – L'analyse discursive

À l'instar de Foucault (1984), l'analyse discursive examinait comment les façons de penser, de parler et d'agir contribuent à la construction sociale de la satisfaction envers les services de santé. La deuxième étape concerne l'usage de cette méthode afin de répondre aux questions de recherche en identifiant quels discours construisent la satisfaction des patients francophones. Les entrevues ont servi, avec l'analyse des résultats du MESS, à évaluer dans

quelle mesure chacun des discours participe à l'établissement de la satisfaction des participants ou encore si plus d'un discours domine leur attitude envers les services de santé qu'ils reçoivent. Les entrevues informaient où se situe le sujet francophone confronté à l'intersection des divers discours lors de l'évaluation de ses services de réadaptation à domicile. L'analyse discursive a également été mise à contribution pour tracer la carte de l'espace discursif et des relations de pouvoir qui conditionnent les sujets « patients » franco-ontariens, c'est-à-dire les témoignages de résistance ou de docilité des patients face aux discours sur la santé et sur la francophonie en Ontario. Cette analyse aide donc à comprendre comment ces discours modèlent l'identité des Franco-Ontariens, leurs évaluations des services de réadaptation à domicile ainsi que les pratiques associées à de telles relations de pouvoir. Les entretiens se sont déroulés tout de suite après la mesure quantitative pour bénéficier de la réflexion déjà amorcée chez le patient.

La population cible et l'échantillonnage

L'entrevue semi-dirigée et la mesure de la satisfaction ont été réalisées au cours de la même visite. Douze participants parmi les 26 personnes ayant complété le MESS ont participé aux entretiens semi-dirigés. Les participants ont été sélectionnés selon un échantillonnage intentionnel, à partir des personnes sélectionnées pour l'étape 1 (la mesure de la satisfaction). Dans certains cas, les conjoints ont participé à l'entretien semi-dirigé. Lorsque quelqu'un vit avec un problème de santé et doit recourir à des services de santé à domicile, ceux-ci visent souvent aussi à fournir du support, de l'éducation et de l'aide aux aidants naturels et à la famille en plus de répondre aux besoins du patient. Généralement, les traitements et les interventions interpellent autant le conjoint que le patient lui-même. C'est pourquoi il était important de permettre au conjoint, qui vit aussi avec l'incapacité, de participer à l'entretien. Dans les tableaux employés pour la collecte des données et dans la communication des résultats, toutes les entrevues sont identifiées par le patient recruté (eh non le conjoint).

La collecte des données

L'entrevue a été effectuée en personne, au domicile du participant, permettant ainsi d'effectuer une entrevue plus complète et plus en profondeur (Dunne, 1995). En effet, avec cette façon de faire, le participant peut libérer du temps à son horaire spécifiquement pour l'entrevue, contrairement au cas où elle est effectuée par téléphone. Une grande proportion des patients traités à domicile est en perte d'autonomie. Il est donc préférable de se déplacer chez eux pour effectuer l'entrevue, d'autant plus que les traitements sont prodigués chez eux. Les entrevues sont donc effectuées dans le même contexte que celui des soins prodigués.

Un enregistreur vocal numérique était utilisé pour recueillir les données. Cinq cent quarante-quatre minutes d'enregistrement contiennent les 12 entrevues à l'étude, soit une durée moyenne de 45 minutes chacune. Le chercheur suivait le guide d'entrevue semi-dirigée et complétait les réponses en sondant plus profondément les affirmations du participant. Donc, le type d'entrevue semi-dirigée était « arbre et branches », c'est-à-dire que le chercheur devait couvrir des sujets principaux séparément inscrits dans son guide d'entrevue et en approfondir le contenu selon le déroulement (Rubin et Rubin, 2005). Aucune autre rencontre n'a été faite pour clarifier des concepts avec les participants.

Le guide d'entrevue

Le guide d'entrevue était conçu de façon à discerner les discours qui construisent la satisfaction des patients franco-ontariens recevant des services de réadaptation à domicile. Les questions ont été construites en suivant les thèmes qui constituent la recension des écrits située au chapitre 2. Le guide d'entrevue se trouve en Annexe IV.

L'encodage et l'analyse des données qualitatives

Les données ont été transcrites par le même chercheur qui a réalisé l'entrevue le jour précédent afin d'améliorer l'exactitude des transcriptions (Dunne, 1995). Ces dernières étaient

ensuite synthétisées sous forme de tableaux pour être codées par le chercheur principal. La codification permettait de relever les thèmes communs soulevés par les participants par rapport à leur satisfaction des soins de santé ainsi que de souligner les situations particulières rapportées par des participants dans un contexte ou un endroit donné. Les thèmes soulevés lors de la codification se rapportent aux discours soulevés dans le chapitre 2 ou à d'autres discours émergeant dans les témoignages. De grandes catégories de discours étaient donc soulevées des entretiens avec les participants. Ensuite, ces catégories pouvaient être précisées pour former des sous-classes des discours sur les services de santé. La dernière étape consistait à identifier les liens entre les énoncés qui construisent la satisfaction des patients.

La réflexivité du chercheur

Dans son ouvrage « Qu'est-ce qu'un auteur », Foucault élabore sur la subjectivité de l'interprétation que porte un observateur sur un sujet en particulier. Par exemple, il existe autant d'interprétations du service de santé qu'il y a d'utilisateurs. Mon interprétation du problème est aussi sujette aux connaissances et aux expériences antérieures que, volontairement ou non, j'ai employées pour diriger mon analyse. Ce travail porte donc sur la satisfaction des services de réadaptation à domicile, mais aussi, indirectement et inéluctablement sur son auteur qui, par ses écrits, reproduit à son tour des discours. C'est pourquoi, comme le décrit Dorothy Smith (1990 ; de Lupton, *Imperative of Health*) il est important d'exposer avec transparence le contexte de mon existence ainsi que ma participation dans les luttes de pouvoir et l'établissement de la connaissance.

Je suis Québécois et j'habite encore au Québec donc je ne reçois habituellement pas de soins de santé en Ontario. J'ai à cœur le maintien de la langue française et je suis sensible à la cause des Franco-Ontariens puisque je fréquente l'Université d'Ottawa depuis déjà 7 ans dans le cadre de mes études universitaires. Je participe activement dans les activités du Regroupement

des physiothérapeutes francophones de l'Ontario comme membre du comité administratif depuis sept ans. Je suis donc actif pour cette cause comme professionnel de la santé. Mon expérience comme physiothérapeute en Ontario constitue également un arrière-plan qui influence mon analyse des résultats.

Ma formation au premier cycle en physiothérapie et mes expériences précédentes de recherche m'ont procuré un bagage important de recherche quantitative. Mes notions de recherche qualitatives ont été acquises lors de mes présentes études de maîtrise, selon les méthodes couramment utilisées en sociologie du sport et des minorités.

Étape 3 – L'intégration des résultats

Comme mentionné précédemment, chacune des étapes de la recherche a été réalisée indépendamment. La dernière étape de la recherche a consisté à intégrer les résultats de chacune des méthodes pour constituer une conclusion unique.

Les résultats de l'analyse quantitative sur la satisfaction générale, sur la satisfaction de chacune des dimensions et sur le poids accordé à chacune des dimensions de la satisfaction peuvent donc être confirmés, nuancés et expliqués par les explications procurées dans le volet qualitatif de l'étude. Les deux méthodes sont donc complémentaires et l'intégration de chacune des deux méthodes est donc utile pour enrichir les conclusions et pour trianguler les résultats de recherche (Onwegbuzie et Teddlie, 2003) afin de savoir si les résultats des deux études convergent ou non.

La suite de la thèse présente donc un article portant sur les résultats du volet quantitatif de l'étude, suivi d'un article présentant le volet qualitatif. La dernière section de ce document permet d'intégrer les résultats des deux volets de l'étude afin de répondre à la question générale de la thèse.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Les résultats et les conclusions des volets qualitatif et quantitatif sont décrits individuellement dans les deux articles qui suivent ce paragraphe. La fin du document permet d'intégrer et de résumer les résultats des deux volets du projet de recherche.

**Mesure de la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans
l'Est de l'Ontario**

Communication présentée lors « 2^e forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire » par le CNFS, Ottawa, les 22, 23 et 24 novembre 2007.
Récipiendaire d'un prix d'excellence étudiant.

Tel que publié dans la revue Francophonies d'Amérique, automne 2009, Numéro 28.

Charles Tardif : .

et

Louis E. Tremblay : (613) 562-5800, poste 8455; ltrembl@uottawa.ca

École des sciences de la réadaptation

Université d'Ottawa

451 Smyth

Ottawa (ON)

K1H 8M5

Mesure de la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario

Charles Tardif et Louis E. Tremblay

Université d'Ottawa, École des sciences de la réadaptation

Exergue

Le but de la présente étude est de mesurer la satisfaction des francophones de l'Est de l'Ontario sur les services de santé à domicile reçus. Vingt-six personnes ont complété le MESS, un outil d'évaluation valide et fidèle de la satisfaction des services de santé à domicile. Les répondants francophones sont généralement satisfaits des services reçus, mais sont moins satisfaits de la dimension de la langue de services. Les dimensions dont les participants se montraient les plus satisfaits étaient celles qui traitaient des relations humaines avec le personnel soignant. Les dimensions portant sur les relations humaines étaient aussi considérées les plus importantes pour les usagers, suivies des résultats obtenus et de la langue de traitement. Les francophones à l'étude désirent donc entretenir de bonnes relations humaines avec ceux qui les soignent et le fait d'être traité en français contribue à la satisfaction des soins. Cette étude a aussi permis de confirmer l'utilité du MESS comme outil d'évaluation de la satisfaction des services de réadaptation à domicile.

Introduction

Les soins de santé sont aujourd'hui une des revendications importantes des porteurs de drapeaux francophones en matière de services en français. Ils soutiennent que les services en français sont nécessaires pour un service de santé de qualité accessible et adapté. Depuis une décennie, le système de santé au Canada a subi de nombreuses transformations, notamment par rapport aux services désignés selon la loi pour offrir les services en français et à l'accès aux services de santé pour les francophones. Il est donc important de mesurer la satisfaction des

services de santé prodigués aux francophones afin de mieux connaître leur perspective sur l'accès aux services de santé de qualité pour les francophones.

La restructuration des services de santé en Ontario

La restructuration de 1996 des services de santé de l'Ontario a mené à la fermeture de plusieurs lits à travers la province (CRSS de l'Ontario, 1997). Pour pallier ce problème, la Commission de restructuration des services de santé (CRSS) de l'Ontario a recommandé le développement de services de santé à domicile (CRSS de l'Ontario, 1997). La CRSS avait donc prévu un accroissement des services de santé à domicile de près de 55 % avant l'année 2003 (Keller et coll., 2004; Ontario HSRC, 1999; Williams et coll., 1999). Selon le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, le nombre de patients traités par les services de santé à domicile a diminué de façon drastique de 2000 à 2007, passant de 3718/100 000 habitants à 2500/100 000 habitants (ICIS, 2007; MSSLD de l'Ontario, 2004), malgré une demande supérieure (Keller et coll., 2004; MSSLD de l'Ontario, 2004). En effet, les dépenses gouvernementales pour les soins à domicile étaient de 5,5 % du budget total des services de santé en 1999 et de 4,5 % en 2007 (OACCAC, 2007; O'Connor, 2004). La demande en services à domicile s'accroît alors que l'offre diminue (Carefoot, 1998; MSSLD de l'Ontario, 2004). Suite à ce constat, plusieurs auteurs soutiennent (Lynam et coll., 2003; Williams et coll., 1999) que le modèle de gestion de la concurrence prôné par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), additionné à une compression budgétaire des services de santé à domicile, a eu des conséquences négatives sur l'égalité et la qualité des services de santé pour les groupes minoritaires en Ontario (Lynam et coll., 2003; Williams et coll., 1999).

L'accès déficient aux soins à domicile en Ontario

En 2001, la Fédération des communautés francophones et acadiennes (FCFA) a analysé l'accès aux services de santé en français pour les Canadiens (FCFA, 2001). Les auteurs ont

constaté que l'accessibilité était de 3 à 7 fois moins élevée pour les francophones (p.3). En ce qui concerne les services à domicile en Ontario, seulement 41 % des francophones ont « partiellement ou totalement accès à des services en français » (p.26). Toutefois, la mesure de la satisfaction ne trouve pas écho dans ce rapport.

Des initiatives semblables à celle de la FCFA ont été menées à l'échelle régionale en Ontario. Selon le rapport par Ouellette et coll. (1999), seulement 12 des 140 centres de santé communautaires sont désignés par la loi pour garantir la disponibilité de services en français sur le territoire de l'Est de l'Ontario. Seuls les centres de santé dits « désignés » ont l'obligation légale de fournir leurs services en français. D'autres projets plus modestes ont aussi été réalisés dans d'autres régions ontariennes décrivant des résultats semblables (Lemire, 1998; Beaulieu, 2001).

L'Enquête sur la vitalité des minorités de langues officielles (EVMLO) par Statistiques Canada (2006b) révèle que seulement 20 % des francophones de l'Ontario ont reçu des services de santé en français pour les services de santé offerts à « autre endroit » que le bureau d'un médecin de famille. De plus, selon cette enquête, 39 % des Ontariens de langue française affirment qu'il est très facile ou facile d'obtenir des services de santé dans leur langue.

L'importance de la langue pour des soins de qualité

Il est bien accepté que lors d'une maladie ou d'une incapacité, être traité, conseillé et soigné dans la langue de son choix est déterminant pour maximiser les résultats, pour faciliter la compréhension ainsi que pour améliorer l'adhésion et la satisfaction aux traitements (Boltanski, 1971; Ellmer et coll., 1983; Herman et coll., 1998; Ley, 1990; Simon et coll., 2003; Trevino, 1999; Ware et coll., 1983; Zastowny, et coll., 1989; Weech-Maldonado et coll., 2003). C'est le cas aussi pour les francophones bilingues puisque, même pour eux, l'expression de ses sentiments dans cette langue s'en trouve facilitée (FCFA, 2001; Dubois, 1976). Pour cette raison, un service

de santé en français est essentiel (FCFA, 2001; Ellmer et coll., 1983), notamment pour la réadaptation qui est associée à l'autonomie fonctionnelle et à la qualité de la vie de la personne.

Il est bien documenté que l'incapacité de communiquer adéquatement avec le patient peut limiter la qualité des relations interpersonnelles, augmenter l'anxiété du prestataire et même réduire les explications fournies par le médecin (Ellmer et coll., 1983; Ley, 1990; Spenceley, 2005, Boltanski, 1971). Une barrière linguistique conduirait aussi à une réduction de l'accès aux soins de santé, puisque le patient est plus réfractaire à consulter les services disponibles (Spenceley, 2005). En effet, l'EVMLO (2006b) indique que 54 % des adultes de langue française en Ontario considèrent qu'il est « très important » ou « important » pour eux de recevoir des services de santé en français. La proportion s'élève à 65 % pour les personnes dans la région d'Ottawa.

Toutefois, la possibilité d'être traité rapidement a souvent préséance en Ontario français sur l'exigence de recevoir des services de santé dans sa langue (FCFA, 2001; Ouellette et coll., 1999). Plusieurs groupes de francophones se sont plaints à maintes reprises du non-respect de la loi de 1986 sur les services en français et de la Loi canadienne sur la santé (FCFA, 2001; Terrien, 2002). Ils soulignent que de recevoir des services de soins dans sa langue n'est pas un privilège, mais un droit, eu égard à la loi.

Cependant, depuis la fin du mandat de la commission en 2000, peu d'études ont examiné l'impact de la restructuration sur la situation des francophones ni leur satisfaction envers la dualité linguistique du Canada dans les services de santé comme le prescrit la Loi canadienne sur les langues officielles, la Loi canadienne sur la santé et la Loi ontarienne sur les services en français (Tremblay et Tremblay, 2002).

Les études sur la satisfaction des services de santé à domicile en Ontario

Il s'avère donc important d'étudier la satisfaction des patients, particulièrement auprès de ceux qui vivent en situation de minorité linguistique, afin de connaître l'impact de telles politiques sur l'expérience de soins de l'utilisateur.

L'analyse des rapports annuels de certains CASC désignés selon la Loi ontarienne sur les services en français révèle un taux de satisfaction très élevé en ce qui concerne l'accessibilité des soins en français pour les Franco-Ontariens qu'ils desservent. Cependant, aucune méthodologie ou donnée publiée dans les revues scientifiques n'appuie ces affirmations des CASC (Tremblay et Tremblay, 2002).

Or, des témoignages de professionnels de la santé reflètent une autre réalité, où les francophones de l'Ontario peinent à recevoir les services dans leur langue (Tremblay et Tremblay, 2002). Par conséquent, il n'est pas évident que la mesure systématique de la satisfaction et de l'accès aux soins ait réellement été entreprise auprès des francophones de l'Ontario et particulièrement pour les soins reçus à domicile.

Le conseil régional de santé (CRS) du comté de Renfrew, situé dans l'Est de l'Ontario, a procédé en 1997 à un sondage non scientifique sur le sujet. Une grande proportion des répondants (76,6 %) ont exprimé qu'il était important ($n = 116$) ou très important ($n = 135$) d'obtenir des services de santé en français. Cependant, seulement 32,7 % des gens ayant reçu des services à domicile ($n=52$) se sont dits satisfaits de la disponibilité des services de santé en français (ConsultAction, 1997). Cependant, cette mesure de satisfaction n'était obtenue que par une seule question générale, ce qui pose des problèmes de validité de la mesure. Dans la section des commentaires qualitatifs du questionnaire, 36 % des réponses concernaient le peu d'accès aux services dans leur langue.

Malgré la présence de certains biais méthodologiques pour la mesure de la satisfaction, L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2005) montre une

différence ($p < 0,05$) dans la comparaison de la proportion de personnes satisfaites des services de santé entre les personnes de langue maternelle anglaise (78,1 %) et française (65,5 %). Comme dans les études précédentes, la façon de mesurer la satisfaction pose problème dans cette étude, puisqu'une seule question générale a été utilisée. Cette façon de faire ne permet pas de corriger les biais inhérents à une telle mesure (réponse de l'acquiescement, réponses systématiques, construit de la satisfaction non valide) qui ont comme conséquence de fournir des résultats uniformes qui indiquent une haute satisfaction, indépendamment de la prestation et de l'accès réel des services de santé. (Avis et coll., 1995; Crawford et coll., 1999; Forbes, 1996; French, 1981; Gove et coll., 1977; Hays et coll., 1986; Porter, 2004a; Porter, 2004b; Rankin, 2003; Redfurn et coll., 1990; Sitzia et coll., 1997; Turris, 2005; Ware, 1978; Ware et coll., 1977; Williams et coll., 1998). En d'autres mots, ils ne rendent pas compte de la relation de cause à effet entre la satisfaction et les services réels reçus.

Malgré l'importance démontrée d'un service de santé satisfaisant pour les usagers et les indices qui présagent une satisfaction inférieure pour les Franco-Ontariens traités à domicile, aucune étude à ce jour ne permet de connaître de façon valide et fidèle la satisfaction de ces patients. Pourtant, il serait d'autant plus important de bien connaître la satisfaction des personnes traitées à domicile, puisqu'une satisfaction supérieure de la part des patients favorise l'accès aux services de santé (Spenceley, 2005; Zastony et coll., 1989), diminue la durée entre l'apparition des symptômes et la première consultation avec un professionnel (Ware et coll., 1983), améliore l'adhésion et la prise en charge dans les traitements (Ley, 1990), favorise un lien de confiance dans la relation thérapeutique et améliore la précision du diagnostic (Ley, 1990).

Toutes les études recensées à ce jour sur la satisfaction des patients traités à domicile dans l'Est de l'Ontario emploient des méthodes de mesure maison qui induisent des biais importants et très peu d'entre elles considèrent la langue de traitement comme une dimension de la satisfaction.

À notre avis, même les outils d'évaluation conventionnels de la satisfaction des soins de santé existants n'apportent pas la réponse sur la satisfaction réelle des francophones d'être traité dans leur langue. Les biais non contrôlés provoquent un manque de différenciation des résultats obtenus. Ils surestimeraient donc la satisfaction réelle (Atkisson et coll., 1983; Keith, 1998; Pascoe et coll., 1983; Ross et coll., 1995; Sitzia et coll., 1997). Au contraire, la Méthode d'évaluation des services de santé (MESS) permet de mesurer plus adéquatement la satisfaction des patients traités à domicile, tout en considérant la langue de traitement. Du même coup, il permet de connaître l'importance de chaque dimension de la satisfaction selon l'opinion du client. Le présent article contient des détails sur la construction de l'outil et une autre publication en préparation élaborera sur les évidences de la validité du MESS.

Buts de l'étude

Le but de la présente étude est donc de mesurer avec un instrument valide et fidèle la satisfaction des utilisateurs de services de réadaptation à domicile en français, et cela, pour la première fois en Ontario. L'étude permet d'analyser les facteurs déterminants de la construction de leur satisfaction. L'étude constitue aussi une exploration de l'emploi du MESS pour l'évaluation des services de réadaptation à domicile sur un petit échantillonnage.

Méthodes

Protocole

Une analyse qualitative a été réalisée en parallèle à cette analyse quantitative avec douze des 26 participants de cette étude. Les entrevues semi-dirigées visaient à analyser le contexte sociologique de la construction de la satisfaction des participants et à approfondir leur raisonnement lors de la mesure de la satisfaction à l'aide du MESS. La cueillette des données a donc eu lieu en 4 étapes, toutes réalisées au domicile du participant. Toutes les composantes de l'étude ont été approuvées par le comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa. La

première étape (n=26) consistait à recueillir les données démographiques des participants à l'aide d'un formulaire rempli sur place avec le chercheur. Pour la seconde étape, qui se déroulait avec les mêmes sujets (n=26), le répondant évaluait la satisfaction des soins de santé à domicile reçus à l'aide du MESS, un outil qui permet de mesurer la satisfaction des patients. Les deux autres étapes étaient réalisées 48 à 72 heures après cette première cueillette par la moitié des personnes qui ont complété l'étape 1 et 2. Elles consistaient à compléter à nouveau le MESS afin de mesurer ses qualités métrologiques sur l'échantillon (étape 3, n=13). En dernière étape, les participants répondaient à une entrevue semi-dirigée, enregistrée et ensuite transcrite (étape 4, n=12). Le présent article ne contient que l'analyse des données quantitatives obtenues à l'aide du MESS.

Participants

Toutes personnes de langue maternelle française ayant reçu des soins de réadaptation à domicile dans les 6 derniers mois étaient éligibles pour participer à l'étude, peu importe leur sexe ou leur âge. Les services de santé à domicile sont définis par le gouvernement fédéral comme étant un ensemble de services permettant à l'individu avec des incapacités mineures ou majeures de vivre à la maison avec dignité et indépendance (ICIS, 2007). Les interventions qui pouvaient être incluses dans l'étude étaient celles offertes dans le but de garder, d'améliorer ainsi que de restaurer les capacités physiques et mentales de l'individu afin d'augmenter son autonomie fonctionnelle, son indépendance et son mieux-être (définition de la réadaptation, modifié de ILO, UNESCO et OMS, 1994). Les soins de réadaptation ont pu être prodigués par un (e) infirmier (ère), un (e) ergothérapeute, un (e) orthophoniste et un (e) physiothérapeute, ainsi que par une aide spécialisée ou par un (e) aidant (e) naturel (le) sous encadrement.

Le recrutement a eu lieu dans les villes d'Ottawa (Ottawa centre, Vanier, Orléans et Gloucester), Hawkesbury ainsi que Cornwall. Les participants ont été identifiés grâce à la collaboration d'organismes prestataires des soins à domicile, de centres pour les aînés ainsi que de

la Clinique interdisciplinaire de l'Université d'Ottawa. Le rôle des professionnels de la santé consistait simplement à remettre des affiches d'informations à tous leurs patients francophones. Les patients devaient prendre connaissance de l'affiche et contacter les chercheurs eux-mêmes pour recevoir plus d'informations. Les participants pour chacune des étapes ont été recrutés dans l'ordre où se sont présentés les volontaires.

Le MESS

Le MESS, construit par Tardif et coll. (2005) présente des caractéristiques métrologiques qui permettent un meilleur contrôle des biais inhérents à l'usage des questionnaires habituels. Ce test est composé de 10 dimensions de la satisfaction des services de réadaptation à domicile. Chacune d'entre elles est décrite sur un carton plastifié de 8,5 cm par 17 cm. Une des dimensions concerne la langue de traitement. Les autres sont : Coordination des soins, Bénévoles, Horaire, Participation et implication dans les traitements, Résultats obtenus, Premiers contacts, Diversité des services offerts, Relations avec le professionnel de la santé et Soins infirmiers. Les cartes comprennent le titre de la dimension qui doit être classée ainsi qu'une liste de termes qui fournissent des exemples concrets de la dimension. Le patient doit ensuite classer ces 10 cartes en ordre selon l'importance qu'il attribue à cette dimension (position des cartes de 1 à 10, 10 étant la carte sur le dessus du paquet, représentant la dimension la plus importante). Une deuxième étape consiste ensuite à les placer sur une échelle visuelle analogue de 100 cm selon le niveau de satisfaction perçu pour la dimension qui y est décrite. Cette démarche qui comporte une tâche manuelle incite le répondant à réfléchir davantage avant de fournir une réponse, ce qui permet de contrôler certains biais comme la réponse systématique, la réponse d'acquiescement et la réponse socialement souhaitée. Le principal avantage de l'outil est de mieux refléter la réalité des patients qui font état de niveaux de satisfaction inférieurs pour certaines dimensions (Atkisson et coll., 1983; Benbassat et coll., 1998; Calnan et coll., 1994; Forbes et coll., 1997; Forbes, 1996; French,

1981; Geron et coll., 2000; Gove et coll., 1977; Hall et coll., 1988; Hays et coll., 1986; Keith, 1998; New England State Consortium, 2001; Pascoe, 1983; Pascoe et coll., 1983; Porter, 2004; Rankin, 2003; Redfurn et coll., 1990; Ross, et coll., 1995; Sitzia et coll., 1997; Ware, 1977; Ware et coll., 1977; Ware, 1978; Williams et coll., 1998). Le test a été construit et validé en français selon les standards de méthode prescrite par l'Association américaine de psychologie (American Educational Research Association, 1999).

Afin de construire un outil de mesure qui considère le plus possible les opinions des patients, le contenu des éléments de l'outil provient d'études qui ont analysé les dimensions les plus importantes pour les patients traités à domicile (Tardif et coll., 2005). Deux rencontres d'experts tenues avec des professionnels du domaine ont permis de mieux adapter l'outil à la pratique des professionnels. Les commentaires de patients francophones de l'Est de l'Ontario au sujet du contenu et de la forme des énoncés ont établi des évidences de validité de contenu et de construit. Ces commentaires ont permis de compléter la version définitive du test. Un article en préparation contient davantage de précisions sur la construction et sur les évidences de la validité du MESS.

Les sujets étaient assurés de leur anonymat et d'une confidentialité totale. Le responsable de la collecte des données mentionnait explicitement que seuls les chercheurs auraient accès aux données concernant un patient, un professionnel ou un service en particulier. Cette façon de procéder permet de mieux contrôler les effets ou les biais dus à l'acquiescement ou à la crainte de représailles que pourraient éprouver certains participants (puisque certaines catégories du MESS réfèrent spécifiquement aux professionnels de la santé).

Statistiques

Les statistiques ont été calculées à l'aide du programme « SPSS 2003 » (SPSS, 2003). Des statistiques descriptives sont utilisées (distribution de fréquences, moyenne, médiane, étendue,

écart-type, écart à la moyenne) ainsi que des données démographiques. Des tests de Mann-Whitney ont été employés pour déterminer les niveaux de signification (Siegel, 1956). Des coefficients de corrélation sont aussi employés.

Résultats

Caractéristiques des participants

Le tableau 1 présente les caractéristiques des participants. Une personne était âgée de 25 ans et les autres, de 50 à 100 ans. L'âge médian était de 80 ans et l'âge moyen, de 76 ans. L'échantillon comprenait 18 femmes et 8 hommes. Selon les professionnels de la réadaptation qui ont collaboré au recrutement de l'étude, cette distribution correspond à celle de la population traitée à domicile. Tous les participants étaient de langue maternelle française et cinq personnes ne parlaient pas l'anglais suffisamment pour exprimer leurs malaises de santé en anglais ou pour comprendre les consignes du professionnel unilingue anglophone. La plupart des répondants, 21 personnes, préféraient recevoir les services en français. Deux personnes de langue maternelle française se sentaient plus à l'aise à communiquer en anglais lors des traitements et trois autres sujets n'ont pas indiqué de préférence quant à la langue de traitement entre le français ou l'anglais.

Tableau 1: Caractéristiques des participants

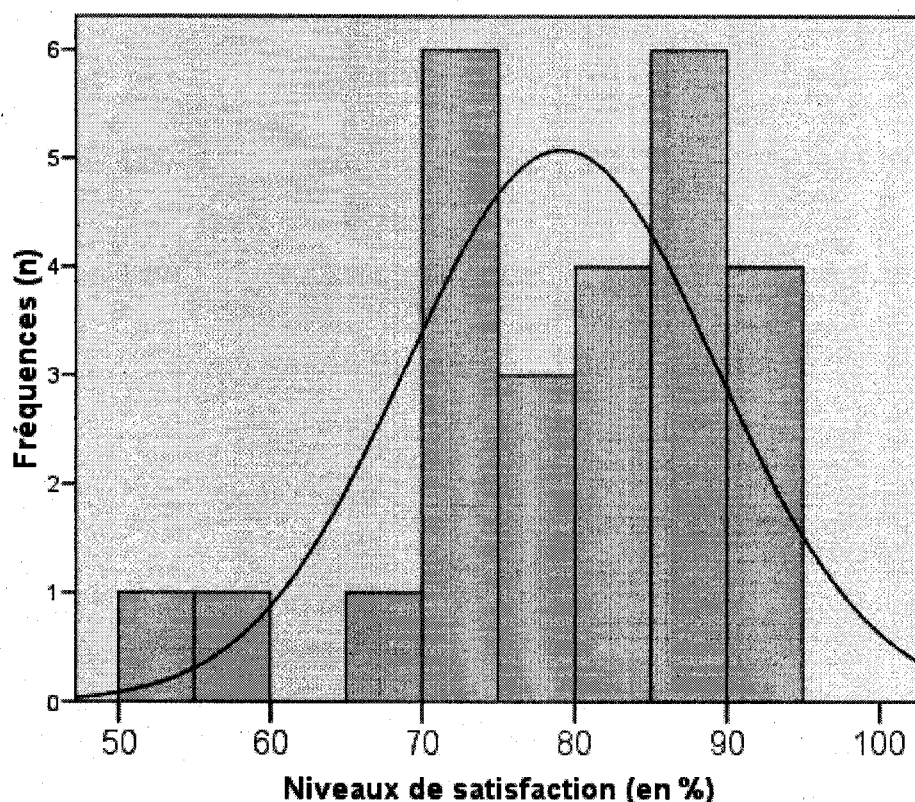
N	26 participants • 18 femmes, 8 hommes
Âge	75,7 ans (25-100 ans)
Ville	Ottawa (9) • Hawkesbury (16) • Cornwall (1)
Lieu de naissance	Ontario (18) • Québec (7) • Nouveau-Brunswick (1)
Vit avec un (e) aidant (e) naturel	Oui (7) • Non (3) • Habite en résidence (16)
Langue maternelle	Français (26)
Parle l'anglais	Oui (21) • Non (5)
Langue parlée à la maison	Français (21) • Anglais (1) • Les deux (4)
Langue de traitement préférée	Français (21) • Anglais (2) • Aucune (3)
Préfère les services à domicile	Oui (22) • Non (4)
Période d'utilisation des services à domicile	Moyenne de 36,5 mois (1-240 mois)

Le questionnaire démographique comprenait aussi une question générale par choix sémantiques (Dawis, 1987; New England State Consortium, 2001) sur la satisfaction des services de santé reçus, afin de comparer ces résultats à ceux du MESS. D'après ce questionnaire, tous les répondants se disaient satisfaits ou très satisfaits des services reçus. De plus, 22 des 26 participants préféraient recevoir les services à la maison plutôt que dans un grand centre spécialisé.

La satisfaction

L'évaluation, avec le MESS, de la satisfaction des participants envers les services de santé à domicile reçus révèle une moyenne de $80,1 \pm 2,2$ % (figure 1). La figure 1 représente la distribution des réponses pour la satisfaction générale des répondants. La courbe en forme de « cloche » sur le graphique permet de comparer les données obtenues avec ce que devrait constituer une distribution normale des résultats.

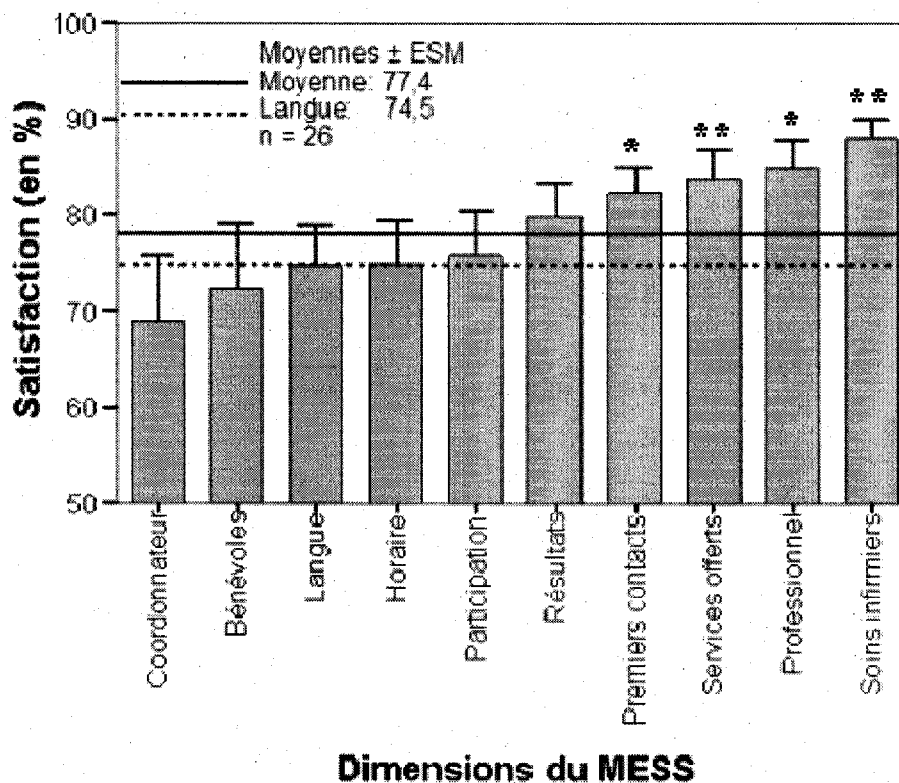
Figure 1 : Distribution de fréquences : niveaux de satisfaction généraux



L'analyse de chacune des dimensions du MESS (figure 2) montre que la satisfaction d'être traité dans sa langue ($74,5 \pm 4,3$ %) vient au septième rang des indicateurs de satisfaction, suggérant une insatisfaction. Seules 2 dimensions montrent des niveaux de satisfaction inférieurs à la langue de traitements, soit la coordination des services ($68,9 \pm 6,8$ %) et les bénévoles ($61,9 \pm 11,9$ %). La satisfaction des patients envers la langue de traitement est donc moins élevée que la satisfaction du premier contact ($82,2 \pm 2,7$ %; $p = 0,04$), de celle des professionnels de la santé

($84,9 \pm 2,8 \%$; $p = 0,05$), ainsi que de l'ensemble des services offerts ($83,6 \pm 3,1 \%$; $p = 0,003$) et de soins infirmiers ($87,9 \pm 2,0 \%$; $p = 0,01$).

Figure 2 : Satisfaction des services (en %) par dimensions du MESS



Les indicateurs impliquant les relations humaines obtiennent les scores de satisfaction les plus élevés. En effet, les deux dimensions ayant reçu le plus haut niveau de satisfaction sont les soins infirmiers ($87,9 \pm 2,0 \%$) et les professionnels de la santé ($84,9 \pm 2,8 \%$). Ces dimensions du MESS demandaient d'évaluer la relation thérapeutique avec le répondant.

La comparaison n'a pas révélé de corrélation entre le niveau global de satisfaction et l'âge ($r = 0,17$). Cependant, la satisfaction générale des services de santé était plus élevée ($p = 0,001$) chez les personnes qui vivent seules ($84,3 \pm 1,7 \%$), en comparaison à ceux qui vivent avec un aidant naturel ($68,6 \pm 4,9 \%$). De façon similaire, les personnes qui habitent dans une résidence pour personnes âgées semi-autonomes ($83,8 \pm 1,6 \%$) sont plus satisfaites des services ($p = 0,002$).

que celles vivant à domicile ($74,1 \pm 4,8 \%$). Par ailleurs, le niveau de satisfaction en relation à la langue de service est plus bas ($p = 0,04$) chez les personnes vivant à la maison ($63,4 \pm 9,1 \%$) que chez les personnes vivant dans une résidence pour les aînés ($81,5 \pm 3,2 \%$).

De plus, les femmes montraient plus de satisfaction ($82,5 \pm 2,1 \%$) que les hommes ($74,5 \pm 5,3 \%$) ($p = 0,05$). Tous les participants étaient originaires du Canada et tous habitaient en Ontario au moment de l'étude. Les sujets provenant d'autres provinces ou territoires que l'Ontario n'ont pas répondu de façon différente ($78,3 \pm 3,8 \%$) que ceux originaires de l'Ontario ($80,9 \pm 2,8 \%$) ($p = 0,35$). De plus, l'écoulement du temps depuis le début des traitements n'est pas corrélé avec le niveau de satisfaction général ($r = -0,09$). Aucune différence du niveau global de satisfaction n'est observée ($p = 0,17$) entre les personnes n'ayant reçu qu'un type de service ($83,4 \pm 2,3 \%$) par rapport à ceux en ayant reçu plusieurs ($78,5 \pm 3,5 \%$). Le niveau de satisfaction entre ces deux groupes ne diffère pas non plus ($p = 0,17$) pour la dimension « Services offerts » ($91,2 \pm 2,2 \%$ pour les personnes n'ayant reçu qu'un seul type de services en comparaison à $84,5 \pm 2,3 \%$ pour ceux qui en ont reçu plusieurs). Les personnes qui préfèrent recevoir les services à la maison plutôt que dans un centre de santé spécialisé montrent un niveau de satisfaction général plus élevé ($81,1 \pm 2,4 \%$ vs $74,3 \pm 6,6 \%$) ($p = 0,009$).

Le rang d'importance des dimensions

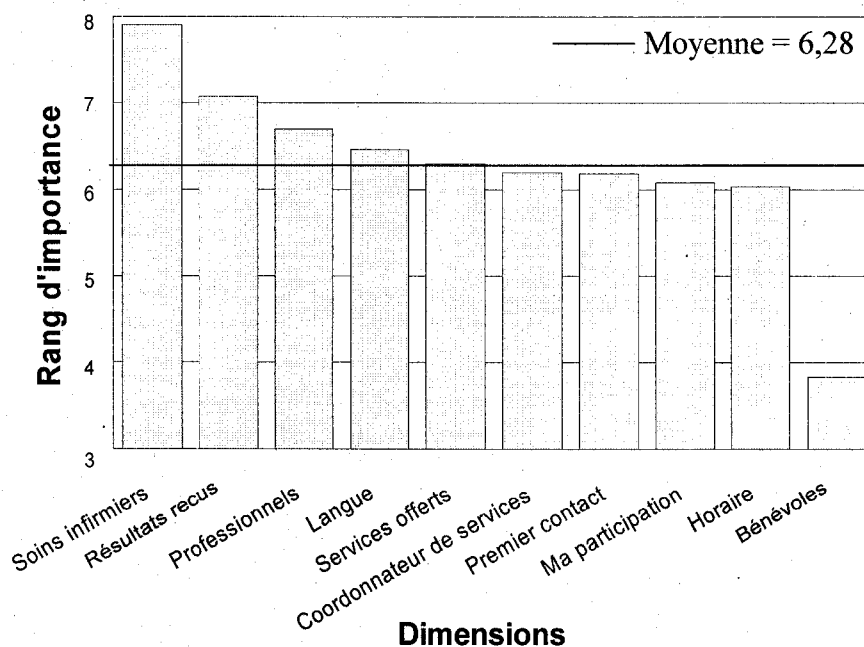
Le MESS a été conçu dans l'optique de considérer les opinions du patient dans l'évaluation des services de santé reçus. La première étape consistait donc à mettre en ordre d'importance (de 1 à 10, dont 10 est considéré comme le plus important) les différentes dimensions du MESS, afin de pondérer chacune des catégories dans le résultat de satisfaction global et de connaître ce qui est important pour les utilisateurs de services.

Les trois dimensions considérées les plus importantes étaient les services infirmiers ($7,9 \pm 0,4$), les services offerts ($7,1 \pm 0,5$) et les professionnels de la santé ($6,7 \pm 0,6$). La figure 3

représente la moyenne obtenue pour le rang d'importance à chacune des dimensions du MESS.

La dimension de la langue se classe au quatrième rang, avec un niveau d'importance de $6,5 \pm 0,5$ (Figure 3).

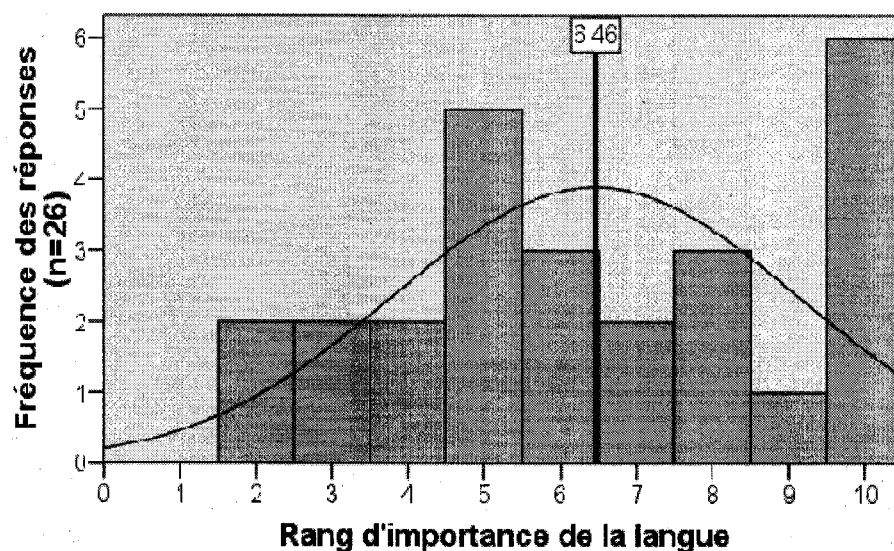
Figure 3 : Rang d'importance pour chacune des dimensions du MESS



L'âge des participants représente un déterminant du niveau d'importance attribué à la langue de traitement. En effet, le groupe des moins de 76 ans ($n = 11$) (âge moyen des participants) considèrerait la langue de traitement moins importante ($5,5 \pm 0,7$) que celui des plus de 76 ans ($n = 15$) ($7,2 \pm 0,7$) ($p = 0,04$). La figure 4, quant à elle, représente la distribution des fréquences du niveau d'importance de la langue. Il est donc possible d'y identifier deux groupes de personnes. Le premier considère la langue comme étant de moindre importance (6/10 ou moins) dans l'évaluation des services de santé ($n = 14$). Le second place la dimension de la langue parmi les trois aspects les plus importants ($n = 12$). Dans ce groupe, la moitié des répondants ($n = 6$) affirment que la langue de traitement est l'aspect le plus important pour évaluer les services de santé, soit 27 % de toutes les personnes sondées. La moyenne du rang

d'importance pour la dimension de la langue est de $6,5/10 \pm 0,5$; alors que la médiane est de 6/10. Les deux groupes se composaient majoritairement de participants parlant aisément en anglais (8/12 et 12/14). De plus, le groupe considérant la langue de traitement comme moins importante comprenait davantage de participants qui se disent entièrement bilingues (8/14 contre 3/12).

Figure 4 : Distribution de fréquences : l'importance de la dimension « Langue »



Une tendance forte associait d'autres caractéristiques du participant au niveau d'importance attribuée à la langue de traitement. Cependant, elle ne se distingue pas statistiquement en raison d'un échantillon de participants trop petit. Par exemple, les patients qui disent ne pas maîtriser l'anglais considèrent que d'être traité en français est un des critères les plus importants pour un service de qualité ($6,2 \pm 0,6$ pour les gens qui peuvent s'exprimer en anglais contre $8,3 \pm 0,9$ pour les personnes unilingues française) ($p = 0,10$). De plus, les sujets qui reçoivent des services d'hygiène personnelle considèrent plus important ($p = 0,16$) le contact humain avec les soins de type infirmiers ($8,3 \pm 0,4$) que ceux qui reçoivent des soins qui ne nécessitent pas la même confiance de proximité ($7,1 \pm 0,9$). Les participants qui vivent seuls

considèrent plus important ($p = 0,02$) de recevoir une bonne gamme de services ($6,9 \pm 0,5$ pour ceux vivant seul, en comparaison à $4,7 \pm 1,0$ pour les autres).

Discussions

Les résultats du MESS sont plus différenciés et informatifs que ceux obtenus par l'échelle générale contenue dans le formulaire démographique. Cette question générale montrait que 100 % des répondants affirmaient sans nuance être très satisfaits ($n = 19$) ou satisfaits ($n = 7$) des services de santé reçus. Quant aux résultats de satisfaction du MESS, ils démontrent une satisfaction globale de $80,1 \pm 2,2$ %, avec une distribution des données plus étendue et moins distribuée uniformément vers la borne supérieure de la satisfaction, au contraire des études classiques de la satisfaction (Chiu, 2002; Crawford, 1999; Williams, 1998) (Figure 1). Il est donc permis de penser que le MESS, avec le contrôle de certains biais, fournit une mesure plus réelle des services reçus avec lesquelles il est possible de tirer des conclusions pertinentes.

De plus, le MESS s'est révélé un outil fidèle pour mesurer la satisfaction des services de réadaptation à domicile, avec une fidélité test-retest de plus de 85 % pour le résultat global et pour chacune des catégories. Le coefficient alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) s'élève à 0,75. Nunnally (1978) rapporte qu'un coefficient de fidélité alpha de 0,7 est considéré acceptable pour un instrument.

Cette étude corrobore en plusieurs points la majorité des travaux portant sur la satisfaction des services de santé. Mise à part la dimension de la langue, qui n'était généralement pas considérée dans les recherches précédentes, les observations de chacune des dimensions reflètent globalement ce qui est soulevé dans d'autres études (Calnan et coll., 1994; Chiu et coll., 2002; Forbes, 1996; Hall et coll., 1988; Herman et coll., 1998; Keith, 1998; Ley, 1990; Savard et al, 2006; Tornkvist et coll., 2000). Par exemple, la coordination des services et l'horaire sont régulièrement cités comme possibilités d'améliorations dans les écrits scientifiques et les rapports

de services recensés (Chiu et coll., 2002; Keith, 1998; Savard et al., 2006; Tornkvist et coll., 2000). Dans ces dernières recherches comme dans le présent projet, les dimensions évaluant les qualités humaines du personnel soignant ont obtenu de hauts niveaux de satisfaction (Soins infirmiers, Professionnels de la santé et Premiers contacts). Les qualités humaines de l'intervenant en santé étaient d'ailleurs un élément fréquemment relevé des témoignages obtenus dans le volet qualitatif et constituaient souvent un des éléments les plus satisfaisants pour les patients (Calnan, 1994; Savard, 2006, Tornkvist, 2000). De plus, les hommes sont moins satisfaits des services reçus que les femmes, ce qui confirme les résultats de Chiu et coll. (2002) et de Tornkvist et coll. (2000). Une des raisons fréquemment évoquées pour expliquer cette observation serait la grande proportion de travailleurs de la santé de sexe féminin (Tornkvist et coll., 2000). Selon Tornkvist, la concordance de sexe entre le professionnel de la santé et le patient aurait un impact positif sur les niveaux de satisfaction.

Le niveau de satisfaction général est plus élevé pour les participants qui vivent seuls. Le même phénomène est observé pour la dimension de la langue. De nombreuses études soulèvent qu'un grand nombre de patients et surtout d'ainés expriment des niveaux de satisfaction élevés par peur de représailles ou de perdre les services offerts (Forbés et coll., 1997; Gove et coll., 1977; New England State Consortium, 2001; Ross et coll., 1995). Plusieurs précautions ont été utilisées dans la présente étude afin de réduire ce biais (French, 1981) : la confidentialité et l'anonymat des répondants, l'indépendance des investigateurs et le format novateur du MESS en sont des exemples. Il va de soi que les gens qui vivent seuls sont généralement plus dépendants des services, puisqu'ils ne bénéficient peut-être pas de la même aide quotidienne d'un aidant naturel à domicile. Il est donc possible que ce biais soit toujours présent. Une autre possibilité serait que la perception de dépendance, plus importante chez ces utilisateurs, influence la relation thérapeutique vers le discours du paternalisme médical, une attitude qui remet toute

responsabilité de la santé entre les mains du professionnel de la santé (Benbassat et coll., 1998; New England State Consortium, 2001). Une satisfaction plus grande est donc à prévoir puisque, dans ce cas, il n'est pas approprié de remettre les décisions de l'« expert » en question. Il est à noter que cette attitude de « paternalisme médical » a été exprimée dans les témoignages recueillis dans les entretiens.

Une différence de satisfaction a été constatée pour la dimension de la langue de traitement entre les gens vivant à la maison et ceux qui habitent dans une résidence pour les aînés. Lors des entrevues, plusieurs participants soulignaient dans les entrevues l'importance de parler en français dans sa propre maison, puisque celle-ci représente un lieu intime d'expression et de conservation de l'identité. Un participant a d'ailleurs affirmé dans les entretiens : « Ma maison, c'est une maison francophone ». D'autres auteurs ont souligné le même enjeu dans la prestation des services de santé à domicile (Angus et coll., 2005).

Le MESS permet aussi de connaître le niveau d'importance de chacune des dimensions de la satisfaction. Les outils de mesure conventionnels de la satisfaction ne permettent pas d'analyser l'importance des différentes dimensions mesurées. Le MESS, quant à lui, permet cette analyse et considère par surcroît le poids de chacune des dimensions dans le résultat global de la satisfaction. Celles qui ont obtenu les résultats les plus élevés sont le contact avec les services infirmiers, les services offerts et le contact avec les professionnels de la santé. Les études réalisées sur le sujet confirment que le nombre des services offerts et la qualité de la relation thérapeutique sont des facteurs de première importance pour un service de santé de qualité (Calnan, 1994; Ellmer et coll., 1983; Forbes, 1996; Hall et coll., 1988; Ley, 1990; Sitzia et coll., 1997). Cependant, la dimension de la langue n'est pas considérée dans les études précédentes. Pourtant, comme le démontrent les résultats de la présente étude et ceux de l'EVMLO (Statistiques Canada, 2006b), il est important pour les francophones de l'Est de l'Ontario d'être

traité dans sa langue. L'analyse qualitative réalisée en parallèle corrobore aussi ces résultats. Elle souligne également que le contact humain et la communication avec l'intervenant en santé dans sa langue contribuent à instaurer une bonne relation thérapeutique.

La distribution de fréquences des niveaux de satisfaction révèle deux façons d'envisager l'importance de la langue dans les services de soins. La réponse de type A inclut les participants pour qui la langue n'est pas un des éléments les plus importants (classement de moins de 6/10, moyenne de $4,2 \pm 0,4$), alors que celle de type B comprend les personnes qui ont placé la dimension de la langue parmi les trois catégories les plus importantes ($8,9 \pm 0,4$). Le groupe correspondant aux réponses de type B comprend des participants plus jeunes et davantage de personnes qui ne s'expriment pas aisément en anglais. Il est naturel que la capacité de communiquer en anglais influence l'importance attribuée à la langue de traitement. Les groupes d'âge différents correspondent possiblement à des perceptions, des croyances et des valeurs distinctes au sujet de la francophonie, de la santé, du système de la santé et de leur rapport avec le personnel soignant. Ces variations se reflètent dans la façon dont ils évaluent les services de santé. Cette hypothèse est analysée dans les entrevues du volet qualitatif. De plus, pour les participants les plus âgés (76 ans ou plus), la dimension de la langue constitue un élément plus important que les plus jeunes (moins de 76 ans). L'âge moyen a été préféré à l'âge médian (80 ans) afin d'isoler les participants plus jeunes dans l'analyse.

Cette étude représente un exemple concret des possibilités du MESS pour l'évaluation valide et fidèle de la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario. En raison du nombre limité de participants et de l'absence de groupe contrôle anglophone, la présente étude ne constitue pas, à elle seule, une méthode d'inférence de la réalité qui prévaut pour l'ensemble de la population francophone de l'Est de l'Ontario. Dans la discussion, les principaux résultats et conclusions de l'étude ont fait l'objet de comparaison avec

les recherches déjà complétées sur le sujet. Plusieurs résultats permettent de confirmer les travaux antérieurs dans le domaine et les revendications des francophones en matière de soins à domicile dans l'Est de l'Ontario. Ainsi, outre l'utilisation d'une nouvelle méthode d'évaluation, l'essence de cet article permet d'entrevoir l'ajout de données valides, de questions et d'hypothèses pour les études ultérieures sur la satisfaction des patients francophones en Ontario.

Conclusions

Ce présent projet, en regard à la limite d'un petit échantillon, concerne une première évaluation valide de la satisfaction des patients francophones de l'Est de l'Ontario recevant des soins de réadaptation à domicile. Elle peut appuyer certaines revendications des francophones de l'Ontario en matière de soins de santé, en plus de confirmer les résultats de plusieurs autres études sur le sujet. Les participants à l'étude sont généralement satisfaits des services offerts, même s'ils se disent moins satisfaits de la langue de service. Cette étude appuie les travaux précédents qui montrent que les conditions actuelles douze ans après la restructuration des services de santé de 1996 ne satisfont pas les attentes des francophones pour les services de réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario.

Les relations humaines dans les soins de santé sont, de loin, l'aspect le plus important pour les participants à l'étude. De plus, cet aspect a aussi été le plus satisfaisant des 10 dimensions évaluées, ce qui explique l'évaluation de la satisfaction générale élevée des participants. Par ailleurs, la langue de traitement est un critère essentiel pour seulement une partie des répondants alors que généralement, tous les patients désirent avant tout un service d'un professionnel qu'ils apprécient sur le plan humain. Toutefois, on peut aisément convenir que les soins et les relations humaines risquent d'être enrichis si la communication se déroule dans sa langue maternelle.

D'une part, les porte-drapeaux des communautés francophones considèrent que l'accès aux services de santé en français est un des éléments les plus importants pour un service de qualité et misent sur l'accroissement du nombre de services de santé en français disponible.

D'autre part, les patients demandent un accès à des services de qualité et des professionnels avec lesquels ils se sentent bien. Il pourrait donc être souhaitable pour la communauté francophone de viser la qualité des services prodigués dans sa langue plutôt que de prioriser uniquement l'accroissement du nombre de services désignés.

Références

- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (1999) *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington D.C. : American Educational Research Association.
- Angus, Jan, Pia Kontos, Isabel Dyck, Patricia McKeever, et Blake Poland (2005). «The personal significance of home: Habitus and the experience of receiving long-term home care», *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, no 2, p.161-187.
- Atkisson, Clifford, Roberts, Robert, et Pascoe, Gregory (1983). The evaluation ranking scale : Clarification of methodological and procedural issues. *Evaluation and Program Planning*, 6, 349-358.
- Avis, Mark, Bond, Meg, et Arthur, Antony (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 316-322.
- Beaulieu, Marielle (2001). *Besoins en santé communautaire de la population francophone de l'est d'Ottawa*. Développement organisationnel et formation inc, Ottawa, préparée pour le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (RSSFEO).

- Béland, Natalie (1996). *Étude des besoins en santé de la population francophone des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry*. Centre de santé communautaire de l'Estrée.
- Benbassat, Jochanan, Pilpel, Dina, et Tidhar, Mark (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. *Behavioral Medicine*, 24, 81-88.
- Boltanski, Luc (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, 1, 205-233.
- Calnan, M., Katsouyiannopoulos, V., Ovcharov, V. K., Prokhorskas, R., Ramic, H., et Williams, S. (1994). Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 11 (4), 468-478.
- Carefoot, Raymond (1998). Health care issues: Managing services and people in home care: Today's challenge. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11 (3), 77-94.
- Chiu, Teresa, et Tickle-Degnen, Linda (2002). Learning from evidence: service outcomes and client satisfaction with occupational therapy home-based services. *American Journal of Occupational Therapy*. 56 (2), 217-20.
- Comité français des services de santé de Pembroke (1989). *Service de santé en français à Pembroke : Consultation, analyse et recommandation*. Service de santé de Pembroke.
- ConsultAction (1997). *Les services de santé en français : utiliser les mots pour ne plus taire les maux*. Gloucester : Conseil régional de santé du comté de Renfrew.
- ConsultAction (1998). *Répertoire et analyse de rapports – services de santé en français*. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.

- Crawford, Michael J., et Kessel, Anthony S. (1999). Not listening to patients--the use and misuse of patient satisfaction studies. *The International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 1-6.
- Cronbach, Lee J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- CRSS de l'Ontario. (1997). *La Commission émet des directives de planification pour la création de services en dehors du secteur hospitalier*. Toronto : Recueilli le 04/25, 2006 de http://www.health.gov.on.ca/hsrc/integrating_nr_0797f.htm
- Dawis, Rupert, V. (1987). Scale Construction. *Journal of counseling psychology*, 34 (4), 481-489.
- 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.
- Ellmer, Raynold, et Olbrisch, Mary (1983). The contribution of a cultural perspective in understanding and evaluating client satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 275-281.
- FCFA (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, CCCFSM.
- Forbes, Dorothy Ann (1996). Clarification of the constructs of satisfaction and dissatisfaction with home care. *Public Health Nursing*, 13 (6), 377-385.
- Forbes, Dorothy Ann, et Neufeld, Ann (1997). Strategies to address the methodological challenges of client satisfaction research in home care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29 (2), 69-77.

French, Kate (1981). Methodological considerations in hospital patient opinion surveys.

International Journal of Nursing Studies, 18 (1), 7-32.

Geron, Scott Miyake, Kevin Smith, Sharon Tennstedt, Alan Jette, Deborah Chassler, et Linda

Kasten (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, no 5, p. S259-S270.

Gove, Walter R., et Geerken, Michael R. (1977). Response bias in surveys of mental health:

An empirical investigation. *American Journal of Sociology*, 82, 1289-1317.

Hall, Judith A., et Dornan, Michael (1988). What patients like about their medical care and

how often they are asked : A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, 27, 935-939.

Hays, Ron D., et Ware, John E. (1986). My medical care is better than yours. Social

desirability and patient satisfaction ratings. *Medical Care*, 24 (6), 519-525.

Herman, Sixma, Peter Spreeuwenbrg, et Maria van der Pasch (1998). «Patient satisfaction with

the general practitioner: A two level analysis», *Medical Care*, vol. 36, no 2, p. 212-229.

ICIS. (2007). Public-Sector Expenditures and Utilization of Home Care Services in Canada:

Exploring the Data. Ottawa : National Health Expenditure Database.

ILO, UNESCO and WHO. (1994). *Community-based rehabilitation for and with people with*

disabilities : Genève.

Keith, Robert Allen (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. *Archives of*

Physical Medicine and Rehabilitation, 79, 1122-1128.

- Keller, Suzanna, Hunter, Duncan, et Shortt, S. E. (2004). The impact of hospital restructuring on home care nursing. *Nursing Leadership*, 17 (2), 82-89.
- Lemire Denise, Service inforecherche (1998). *Inventaire des services et des programmes de santé de l'Est de l'Ontario*. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.
- Ley, Philip (1990). Communicating with patients : Improving communication, satisfaction, and compliance. London : Chapman et Hall.
- Lynam, Judith M., Henderson, Angela, Browne, Annette, Smye, Vicki, Semeniuk, Pat, Blue, Connie, et al. (2003). Healthcare restructuring with a view to equity and efficiency: Reflections on unintended consequences. *Nursing Leadership*, 16 (1), 112-140.
- MSSLD de l'Ontario (2007). *Ontario's health system performance report*. Ottawa : Gouvernement de l'Ontario.
- MSSLD de l'Ontario. (2004). *Ontario's health system performance report*. Ottawa : Gouvernement de l'Ontario.
- New England State Consortium. (2001). *Designing effective survey methods for frail elders: Symposium proceedings*. New England State Consortium, University of Maryland Center on Aging, Falmouth. A5-A6.
- Nunnaly, Jum (1978). *Psychometric theory*. New York : McGraw-Hill.
- OACCAC (2007). Building Bridges to Better Health. Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs. Toronto.
- O'Connor, Dianne (2004). Contesting expertise : Home care under Ontario's conservative government 1995-2003. *Annual Meeting of the Canadian Political Science Association*, University of Manitoba, Winnipeg.

- Ontario HSRC. (1999). *Better hospital, better health care for the future. summary report on hospital restructuring, 1996-1999*. Toronto : Ontario Health Services Restructuring Commission.
- Ouellette et Mayo (1999). *Besoins et lacunes en matière de services de santé en français dans l'Est ontarien*, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario, Ottawa.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care : A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Pascoe, Gregory C., et Attkisson, Clifford C. (1983). The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 335-347.
- Porter, Eileen Jones (2004a). Sources of Systematic Error in Instruments Measuring Satisfaction with Home Care, *Home health care services quarterly*, 23(3), 19-28.
- Porter, Eileen Jones (2004b). « Older persons' expectations and satisfaction with home care: Theoretical origins and uncharted realms», *Research in the Sociology of Health Care*, no 22, p. 101-119.
- Rankin, Janet M. (2003). « Patient satisfaction » : Knowledge for ruling hospital reform - an institutional ethnography. *Nursing Inquiry*, 10 (1), 57-65.
- Redfurn, Sally, et Norman, Ian (1990). Measuring the quality of nursing care: A consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1260-1271.
- Ross, Caroline K., Steward, Colette A., et Sinacore, James M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*, 33, 392-406.
- Savard, Jacinthe, Leduc, Nicole, Lebel, Paule, Béland François, et Bergman, Howard (2006). Caregiver Satisfaction With Support Services. *Journal of Aging and Health*, 18 (1), 3-27

Siegel, Sidney (1956). *Nonparametric statistics*. McGrath-Hillbook Company : Toronto, 312p.

Simon, Chantal, Little, Paul, Birtwistle, Jon, et Kendrick, Tony (2003). A questionnaire to measure satisfaction with community services for informal carers of stroke patients: Construction and initial piloting. *Health and Social Care in the Community*, 11(2), 129-137.

Sitzia, J., et Wood, N. (1997). Patient satisfaction : A review of issues and concepts. *Social Science et Medicine*, 45 (12), 1829-1843.

Spenceley, Shannon M. (2005). Access to Health Services by Canadians Who Are Chronically Ill. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (4), 465-486.

SPSS Inc. (2003). *SPSS for Windows Release 11.0*.

Statistique Canada. (2006). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*.

Retiré le 03/12, 2006 de <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-570-XWF>

Statistiques Canada. (2006 b). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*. Retiré le 10/15, 2008 de

<http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=91-548-XWF>

Statistique Canada. (2005). *Profils de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Retiré le 03/15, 2006 de <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-576-XIF/82-576-XIF2005001.htm>

Tardif, Charles., et Louis E. Tremblay. (2005). *La mesure de la satisfaction des soins de réadaptation à domicile*. 1er Forum National De Recherche Sur La Santé Des Communautés Francophones En Situation Minoritaire: ANNEXE 2 — Liste Des

- Présentations Par Affiche Et Des Exposants Par Kiosque, Ottawa. Retiré le 03/22, 2006 de <http://www.cnfs.ca/pdf/Rapport%20forum%20national-FINAL.pdf>
- Therrien, P. (2002). Montfort : N'applaudissons que d'une seule main. *Opinion Canada*, 4 (8).
- Tornkvist, Lena, Gardulf, Ann, et Strender, Luke E. (2000). Patients» satisfaction with the care given by district nurses at home and at primary health care centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14 (2), 67-74.
- Tremblay, Louis E., et Tremblay, François. (2002). La réadaptation communautaire, une nécessité sous-exploitée dans les milieux francophones de l'Ontario. *Reflets*, 8 (1), 74-94.
- Trevino, Fernando M. (1999). Quality of health care for Ethnic/Racial minority populations. *Ethnicity and Health*, 4 (3), 153-164.
- Turris, Sheila A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: A feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (3), 293-298.
- Ware, John E. (1978). Effect of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Medical Care*, 16 (4), 327-336.
- Ware, John E., et Davies, A. R. (1983). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 291-297.
- Ware, John E., Davies, A. R., et Stewart, A. L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature*. Rand : Santa-Monica, ÇA.
- Weech-Maldonado, Robert, Leo Morales, Marc Elliott, Karen Spritzer, Karen Marshall, et Ron Hays (2003). « Race/ethnicity, language, and patients' assessment of care in Medicaid managed care», *Health Services Research*, vol. 38, no 3, p. 789-808.

Williams, Brian, Coyle, Joanne, et Healy, David (1998). The meaning of patient satisfaction:

An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47 (9), 1351-1359.

Williams, Paul, Jan Barnsley, Steve Leggat, Raisa Deber, et Patricia Baranek (1999). «Long-term care goes to market: Managed competition and Ontario's reform of community-based services», *Canadian Journal on Aging*, vol.18, no 2, p. 125-153.

Zastony, Thomas, Klaus Roghmann, et Gail Cafferata (1989). « Patient satisfaction and use of health services. Exploration in causalité », *Medical Care*, vol. 27, no 7, p. 705-723.

La satisfaction des patients francophones de l'Est de l'Ontario

traités en réadaptation à domicile

Communication présentée lors du colloque « Vues d'ici et d'ailleurs, minorités linguistiques et francophonies en perspective » dans le cadre du Congrès de l'Association francophone pour le savoir — ACFAS, Québec, les 7 et 8 mai 2008.

Texte soumis pour publication dans *Francophonies d'Amérique*

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 des 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, Smith, Tennstedt, Jette, Chassler et Kasten, 2000; Herman, Spreeuwenberg et van der Pasch, 1998; Porter, 2004; Renzi, Tabolli, Picardi, Abeni, Puddu et Braga, 2005; Ryden, Gross, Savik, Snyder, Lee Oh et Jang, 2000; Widén Holmqvist, von Koch et de Pedro-Cuesta, 2000). Certains affirment également que la perception des services par les patients influence la façon dont ils les utilisent. Ces derniers considèrent qu'une plus grande satisfaction des services de santé facilite 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 et al., 2000; Zastony, Roghmann et Cafferata, 1989). Analyser la perception des 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; Turris, 2005; Weech-Maldonado, Morales, Elliott, Spritzer, Marshall et Hays, 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 à priori externes au domaine de la santé, peuvent s'infiltrer dans la façon dont les patients perçoivent les services de santé (Gilbert, Kérisit, Dallaire, Coderre, et Harvey, 2005). De telles intersections entre le domaine médical et social influencent certainement la conception d'un service de santé de qualité des 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 gouvernent la satisfaction des patients franco-ontariens qui reçoivent des services de réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario, soins qui favoriseraient l'attribution d'un poids plus important pour la langue de service dans l'évaluation des services étant donné le lieu privé de prestation en comparaison aux soins offerts en milieu hospitalier ou institutionnel (Angus, Kontos, Dyck, McKeever et Poland, 2005). Il est important de disposer d'informations 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. Cette recherche porte donc sur la façon dont se construit la satisfaction des patientes et patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario. L'article identifie 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 leur satisfaction 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 domiciles 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 leur satisfaction des services de réadaptation à domicile au cours d'entrevues. Les données 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 compléter 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 faciliter la discussion et ainsi enrichir les entretiens subséquents. Le MESS permet d'évaluer la satisfaction et l'importance relative de 10 dimensions de la satisfaction des soins de santé à domicile. L'une d'elles concerne la langue de traitement. Les autres dimensions 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 dans X et Y (sous-presse).

La troisième étape recueillait les propos des participants sur leur satisfaction des 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 terminaient par un retour sur l'évaluation des soins reçus effectuée à l'aide du MESS, incitant les participants à expliquer leur jugement quant aux 10 différentes dimensions de la 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 identifiés.

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 procurée 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 (ICIS, 2007). Les interventions à domicile comprises dans l'étude sont offertes dans le but de garder, 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). Ils comprennent donc une variété de soins incluant des services infirmiers, d'ergothérapie, de physiothérapie, de travail social, de soins personnels (aide pour le bain, transferts, habillage) et autres aides quotidiennes comme le ménage et la lessive pour pallier à divers problèmes de santé (musculosquelettiques, cardio-pulmonaires, neurologique, respiratoires ou même une diminution de la performance physique menaçant leur autonomie).

Tous les résidents 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 de tout ordre étaient considérés pour l'étude. Le participant ne pouvait 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 résidences pour personnes 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 (Mineau, 1992; Osborne, 1997; Robertson, 1998). Examiner les discours principaux relatifs à la satisfaction des services de santé permet d'identifier les critères ou les « vérités » qu'énoncent les patients lorsqu'ils évaluent ces services. Étudier la satisfaction des bénéficiaires franco-ontariens 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 promulgué 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 énonce 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 documentés 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 Alridge, 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 d'un soin de qualité (Voir le Tableau 2). Ces prémisses ont un impact certain sur l'établissement de la satisfaction du patient. Ces 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 pour évaluer les soins à domicile. Le premier discours sur la francophonie souligne les ancrages juridiques, linguistiques et identitaires qui renvoient aux « droits » des francophones (Dubois, 1976). Le deuxième discours porte sur l'accès à des services en français considérant l'offre ou la demande (Dubois, 1976; Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001). Les discours sur la francophonie croisent les discours sur la santé et dans certains cas, produisent des attentes quant à

la langue des 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 font sens des soins de santé et du rapport possible entre ces soins et leur francité. L'analyse des entrevues visait donc à identifier quelles vérités des discours sur la santé évoquent chacun des participants et si oui ou non ils 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).

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 (Ministère de la Justice du Canada, 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.² (Participant 4)

² 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 » (p. ex. affaires-là) et « autres » (p. ex. 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

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

Lupton (1995) explique que le discours du déterminisme médical renvoie à un modèle curatif où l'offre de soins de santé par l'État devient 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)

rester fidèle à l'esprit et au sens des propos recueillis plutôt qu'à la lettre de la transcription des entretiens.

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 100 % en santé, c'est ne pas avoir de malaise, pas de bobos ». (Participant 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 au modèle biopsychosocial, qui considère le fonctionnement de l'individu dans son environnement social en fonction de ses capacités physiques et psychologiques (Higginbotham et al., 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. (Participant 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 maître de la santé des participants (Higginbotham et al., 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 réduite 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. » (Participant 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.

(Participant 7)

En concordance aux 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 sur le MESS. Ils jugeaient moins importantes les dimensions de l'outil relatives au contact humain avec le professionnel de la santé et évaluaient plus importantes celles décrivant les qualités techniques du professionnel. Une satisfaction plus grande était à prévoir sur le 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 de promotion de la santé, mise de l'avant 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, 1997). L'individu est donc incité à incarner les pratiques et les comportements de prévention et d'un 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 occuperait 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 l'État doit remplir. 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 de 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 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 soins de nous autres quand on était jeune 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 de 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 un 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 de possibilité matérielle cruciale pour comprendre que des questions sur la santé, même posées sur « la santé en générale » susciteront des réponses quant aux expériences et aux 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 habilitier, 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. » (Participante 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 du 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. (Participante 8)

Les leviers pour maintenir la santé de l'individu quittent donc le domaine médical pour favoriser 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 du 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 de la satisfaction 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 de recevoir les services de santé en français est davantage une marque de respect et de bonne volonté, qualités essentielles à une bonne communicatrice, 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 oui » ensuite elle va dire « bien 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. (Participante 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 évoquent 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 améliorant ainsi 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. (Participante 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. (Participant 2).

Selon quelques participants, cette nuance prend d'autant plus d'importance dès que 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 du caractère 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. Angus et al. (2005) soutiennent que le contexte de soins à domicile concède 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 un espace d'intimité du patient où il 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 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 un élément nécessaire. Néanmoins, huit participants disent demander les services en français.

Le discours de 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 des services de santé en français. En effet, les résultats du MESS démontrent que les participants exprimant les énoncés de la promotion de la santé ont accordé plus de points d'importance 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 même si 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

Suite à 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 Petersen et 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 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. »

(Participante 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 la 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 décisions. 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 quant à 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 Shaw et 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 leaders 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 transcendent dans l'évaluation des traitements reçus. D'ailleurs, les résultats du 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 de la satisfaction des soins reçus en réadaptation à domicile en comparaison à l'ensemble des participants.

En résumé, trois discours sur la santé et les services de santé intercèdent 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 avec ce que veut dire être « francophone » et leur intersection 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, 2001). D'autres, par contre, croient que la langue de traitement est déterminante pour un service de qualité. Deux discours qui agissent sur la reproduction 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 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; Loi canadienne sur la santé, 1986) et le discours du droit aux services de santé constitue les premiers balbutiements 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 sur l'assurance maladie au Canada*, la *Loi canadienne sur les langues officielles*, la *Loi sur les services en français de l'Ontario*, le rapport Dubois (Dubois, 1976) et la crise Montfort sont des exemples d'événements qui ont contribué à répandre le discours énonçant que les services en français sont 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 l'interaction du discours de droits aux services en français avec 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 du 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 de langue anglaise reçus. 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 au triple ancrage des conclusions du rapport Dubois (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 s'arrime 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 démontrant 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 eu. 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. [...] Ça va beaucoup mieux

expliquer ce que tu ressens au point de vue 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. (Participant 5)

D'autres participants ajoutent la préoccupation de la qualité de la relation avec l'intervenant en santé.

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 de promotion de la santé, repris par la majorité des participants. En conséquence, une majorité de francophones interrogée soulignent que de communiquer avec une personne de la même culture permettait 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 du 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 même on ne les exige pas.

L'ancrage identitaire constitue l'intersection entre le discours de consommateurisme et de celui du 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 orbite autour de 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 pour des services en français (Dubois, 1976; Fédération des communautés francophones et acadiennes, 2001). Seuls les participants francophones ayant de la difficulté à s'exprimer en anglais postulent 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 le geste principal de l'amélioration de l'accès aux services en français doit être la demande de services en français par les utilisateurs.

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 vont 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 de possibilité matérielle cruciale pour comprendre leur façon d'évaluer les soins et leurs priorités. Quoique ces individus considèrent que les services en français sont importants pour le bien-être collectif de la communauté franco-ontarienne, qu'ils participent et appuient les revendications pour des services en français, leurs états physiques immédiats et individuels s'avèrent des conditions qui prennent priorité. 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 leurs inconforts et de leurs incapacités, 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 de ces conditions de possibilités matérielles dans l'évaluation des soins de santé, le contexte discursif joue aussi sur le lien qu'ils établissent ou non les francophones entre la qualité des soins et la langue de service. Le discours sur la santé que privilégie un patient, gouvernant son jugement à l'égard des soins, modélise 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 arriment aussi le droit d'être servis en français à ce régime juridique. Les participants se divisent ensuite en deux groupes. Le premier groupe n'inclut que cinq personnes qui adoptent les vérités du déterminisme médical. Le deuxième groupe de participants évoque le discours de promotion de la santé et cherche à prendre le contrôle sur leur santé en gardant 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 aptes à demander des soins en français que ceux qui présument 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 de promotion de la santé en encourageant la prise en charge de sa santé et en favorisant la demande pour des soins en français. Il vient donc compliquer le paysage discursif. Alors que ses vérités servent de compléments à celles du discours de promotion de la santé, son émergence dans les propos d'un participant qui énonce le discours du 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 sont plus enclins à favoriser 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, des soins prodigués à domicile se déploient dans un lieu intime, où le patient est « chez soi » 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 dans la de 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 démontre que cette variation est manifestement tributaire du discours sur la santé qu'adopte le francophone en matière de santé et qui favorisera ou non la valorisation de la langue des soins dans l'évaluation d'un service de santé de qualité.

Références

- 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, Pia Kontos, Isabel Dyck, Patricia McKeever, et Blake Poland (2005). «The personal significance of home: Habitus and the experience of receiving long-term home care», *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, no 2, 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 à 76.
- Ching-Chow, Yang. (2003). «The establishment of a TQM system for the health care industry», *The TQM Magazine*, vol. 15, no 2, p. 93.
- 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 (2001). Pour un meilleur accès à des services de santé en français. Ottawa, Fédération des communautés francophones et acadienne.
- Foucault, Michel (1984). *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard.
- Foucault, Michel (1983). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France.
- 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 (dirs.), *Foucault, health and medicine*, London, Routledge, p. 113-133.

- Geron, Scott Miyake, Kevin Smith, Sharon Tennstedt, Alan Jette, Deborah Chassler, et Linda Kasten (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, no 5, p. S259-S270.
- Gilbert, Anne, Kérisit, Michele, Dallaire, Christine, Coderre, Cécile et Harvey, Jean (2005). « Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens : Du rapport Dubois à la cause Montfort », *Reflets : Revue Ontaroise d'Intervention Sociale et Communautaire*, no 11, p. 20-48.
- Hayday, Matthew (2002). « “Pas de problème” : The development of French-language health services in Ontario », *Ontario History*, vol. 94, no 2, p.183-200.
- Health and Welfare Canada (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Government of Canada.
- Herman, Sixma, Peter Spreeuwenbrg, et Maria van der Pasch (1998). «Patient satisfaction with the general practitioner: A two level analysis», *Medical Care*, vol. 36, no 2, 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; 1994.*
- Loi canadienne sur la santé. L.R.U.S.C. ch. C-6 (1986).
- Lupton, Deborah (2003). *Medicine as culture* (2e édition), London, Sage Publications.
- Lupton, Deborah (1995). *The imperative of health*, London, Sage Publications.

- Mineau, Suzanne (1992) « Le sujet de pouvoir chez Foucault », *Sociologie et sociétés*, vol. 24, no 1, p. 91-102.
- Osborne, Thomas (1997). «Of health and statecraft», Dans Robin Bunton, et Alan Petersen (dirs.), *Foucault, health and medicine*, London, Routledge, p. 173-188.
- Peterson, Alan et Robin Bunton (1997). *Foucault, Health and Medicine*, London et New York, 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*, no 22, p. 101-119.
- Robertson, Ann (1998). «Shifting discourses on health in Canada: From health promotion to population health», *Health Promotion International*, vol.13, no 2, p. 155-166.
- Renzi, Cristina, Stefano Tabolli, Angelo Picardi, Damiano Abeni, Pietro Puddu, et Marjo Braga (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, no 6, p. 712-718.
- Ryden, Muriel, Cynthia Gross, Kay Savik, Mariah Snyder, Heeyoung Lee Oh, et Yuh-Pyng Jang (2000). «Development of a measure of resident satisfaction with the nursing home», *Research in Nursing and Health*, vol. 23, no 237, p. 245.
- Shaw, Ian, et Alan Aldridge (2003). «Consumerism, health and social order», *Social Policy and Society*, vol. 2, no 1, p. 35.
- Turris, Sheila (2005). «Unpacking the concept of patient satisfaction: A feminist analysis», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, no 3, p. 293-298.

Weech-Maldonado, Robert, Leo Morales, Marc Elliott, Karen Spritzer, Karen Marshall, et Ron Hays (2003). « Race/ethnicity, language, and patients' assessment of care in Medicaid managed care », *Health Services Research*, vol. 38, no 3, 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, no 173, p. 179.

Williams, Paul, Jan Barnsley, Steve Leggat, Raisa Deber, et Patricia Baranek (1999). « Long-term care goes to market: Managed competition and Ontario's reform of community-based services », *Canadian Journal on Aging*, vol. 18, no 2, p. 125-153.

X et Y (sous-presse). La mesure de la satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario, *Francophonies d'Amérique*, no 28, sous presse.

Zastony, Thomas, Klaus Roghmann, et Gail Cafferata (1989). « Patient satisfaction and use of health services. Exploration in causalité », *Medical Care*, vol. 27, no 7, p. 705-723.

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			

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>			
	La définition de la santé	La responsabilité de la santé	Le rôle de l'expert	La définition d'un service de santé de qualité
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

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 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	

CHAPITRE 5 : DISCUSSIONS

Intégration des données qualitatives et quantitatives

La méthode de recherche mixte utilisée dans cette étude implique la triangulation et l'intégration des résultats des volets qualitatifs et quantitatifs pour obtenir des conclusions communes. Le MESS permettait de mesurer quelles dimensions des soins de santé à domicile sont importantes pour les participants et lesquelles sont sources de satisfaction. L'analyse des entretiens semi-dirigés permettait ensuite de recueillir des commentaires sur l'évaluation des mêmes éléments aux fins de triangulation et d'explication de leur évaluation. Elle permettait aussi d'élargir l'analyse pour soulever des éléments discursifs qui forment les pratiques identitaires en matière de services de santé en français, ainsi que les opinions, les valeurs et donc la satisfaction des services de santé à domicile en français dans l'Est de l'Ontario.

Les données quantitatives appuient l'analyse des discours médicaux

Les résultats du MESS montrent que les patients francophones sont satisfaits des services reçus à domicile ($80,1 \pm 2,2 \%$). L'analyse des entrevues semi-dirigées présente effectivement que l'ensemble des participants, qui sont majoritairement sujets du discours de la promotion de la santé, se disait satisfait des services reçus. Les dimensions générant davantage de satisfaction étaient celles associées à la qualité des relations humaines : Soins infirmiers ($87,9 \pm 2,0 \%$), professionnels de la santé ($84,9 \pm 2,8 \%$) et premier contact ($82,2 \pm 2,7 \%$). Lors des entretiens, ils expliquent leur satisfaction en soulignant les caractéristiques du professionnel qui mettent en valeur sa « gentillesse », son empathie et sa compréhension.

La langue de traitement occupe le septième rang sur dix ($74,5 \pm 4,3 \%$) pour le niveau de satisfaction des participants des différentes dimensions du MESS. Dans les entrevues, les participants se disaient effectivement moins satisfaits de la langue de traitement. Toutefois, cette dimension n'est pas prioritaire dans l'évaluation des soins. Les résultats du MESS démontrent

que les participants ont classé la dimension de la langue avec un niveau d'importance de $6,5 \pm 0,5$. Les participants considéraient dans une plus grande proportion que les aspects les plus importants des services de réadaptation à domicile sont les services infirmiers ($7,9 \pm 0,4$), les résultats obtenus ($7,1 \pm 0,5$) et les professionnels de la santé ($6,7 \pm 0,6$). Ce sont donc généralement les dimensions humaines de la satisfaction qui obtiennent donc les plus hautes notes d'importance. La dimension des résultats obtenus, pour sa part, évalue la perception du patient de l'efficacité des traitements prodigués. Les entrevues révèlent aussi des résultats semblables. En concordance au discours de la promotion de la santé, les participants expriment majoritairement que les qualités humaines de l'intervenant sont significatives pour un traitement de qualité. Les participants, qui étaient principalement bilingues, exprimaient généralement apprécier recevoir les services en français pour faciliter des relations humaines dans le lien thérapeutique. Cependant, pour un bon nombre d'entre eux, la langue de traitement ne constituait pas un élément essentiel d'un soin de qualité. Bien que l'aspect de la langue de traitement ne soit pas satisfaisant pour les patients, un bon nombre d'entre eux ne revendiquent pas des services de santé en français puisque dans le contexte difficile des soins de santé, il est prioritaire pour eux de recevoir les meilleurs services sur le plan médical le plus rapidement que possible. Ce phénomène se reflète avec la position médiane du rang d'importance de la langue lors de la mesure de la satisfaction à l'aide du MESS.

Quatre participants adoptaient plutôt le discours du déterminisme médical pour évaluer les services de santé à domicile. Pour ces participants, le rang d'importance mesuré avec le MESS pour la dimension des services offerts (moyenne de 6,8) est plus élevé que pour les participants s'associant plutôt au discours de la promotion de la santé (moyenne de 4,8). En effet, pour les personnes qui adoptent le discours du déterminisme médical, il est plus important de disposer

facilement du plus grand nombre de services possible, puisque ce sont ces professionnels et ce système de santé qui prend en charge la santé.

Quatre autres participants reproduisaient plus largement les vérités issues du consommateurisme dans les entretiens. Ceux-ci ont obtenus des résultats plus élevés dans le MESS pour le rang d'importance de la dimension « Ma participation aux traitements et à la prise de décision éclairée » (7,0) en comparaison aux personnes qui exprime des vérités se rattachant au déterminisme médical (4,8) ou à la promotion de la santé (5,8). En effet, la dimension de la participation aux traitements requiert que le patient soit consulté pour déterminer le traitement approprié et que le consentement s'obtienne de façon éclairée, ce qui correspond davantage au discours du consommateurisme.

Pour les personnes exprimant les énoncés de la promotion de la santé, la dimension de la langue s'est révélée plus importante (7,9) que pour les patients qui adoptent les prémisses du déterminisme médical (5,0). Pour les uns, la communication est primordiale avec le professionnel puisque celui-ci prends davantage le rôle de conseiller. Pour les autres, il est plus important de recevoir les services de personnes qualifiées et avec des équipements spécialisés que de recevoir les services dans leur langue. En effet, ce qui importe pour la santé selon ces derniers est le geste posé par le professionnel de la santé. Cependant, ces personnes n'ont pas placé la carte de la langue différemment (6,3) que ceux qui se sont exprimés dans le cadre du discours du consommateurisme (6,0). Le discours du consommateurisme facilite l'insertion des valeurs individuelles et des identités dans les pratiques en matière de santé. Néanmoins, aucune différence n'a été observée malgré la production de différents discours sur la santé. On peut donc déduire que les discours gouvernant l'identité francophone ne modèlent pas fortement la pratique et les décisions des participants en matière de santé. L'état de santé du participant, entraînant des incapacités physiques, des souffrances physiques et psychologiques et même des handicaps,

constitue une condition de possibilité matérielle cruciale pour comprendre leur façon d'évaluer les soins et leurs priorités. Quoique ces individus considèrent que les services en français sont importants pour le bien-être collectif de la communauté franco-ontarienne, qu'ils participent et appuient les revendications pour des services en français dans tous les domaines, leurs états physiques immédiats et individuels s'avèrent les conditions sont prioritaires. En plus de l'importance de leurs inconforts et de leurs incapacités, l'attente souvent nécessaire avant de recevoir les services en français lorsqu'ils sont disponibles est une condition matérielle significative qui incite le francophone à accepter les services en anglais. Le choix de revendiquer les services de santé en français implique donc les discours sur la santé et ceux sur la communauté francophone, mais la position du sujet dans cet espace discursif découle en grande partie des conditions matérielles du patient francophone, telle que la souffrance de sa maladie et le manque de services en français.

Les données quantitatives appuient l'analyse des discours sur la francophonie

Tous les participants croyaient que d'être traité en français est un droit puisqu'il est garanti par la loi. Pour l'ensemble des participants au volet quantitatif de l'étude, la langue obtenait un score de 6,5/10. De plus, sept personnes expriment dans les entretiens que d'être traité en français favorise une qualité supérieure des soins prodigués. Lorsqu'elles ont classé les cartes du MESS en ordre d'importance, ces personnes (6,8) ont placé les cartes de façon similaire à l'ensemble des participants (6,5 n=12), mais légèrement plus haute que les patients qui n'ont pas exprimé cet encrage linguistique (6,0 n=4). Les résultats auraient fort probablement été plus distincts si davantage de participants à l'étude avaient été unilingues francophones. Pour plusieurs personnes bilingues, l'accès aux services de santé est donc nécessaire seulement « pour ceux qui le désirent » et placent la carte représentant la langue vers la fin de la série lors de l'évaluation des soins reçus. Pour d'autres, l'accès aux services de santé en français représente davantage

qu'une question de compréhension ou de qualité de services. Malgré leur capacité de parler les deux langues officielles, il est important pour eux d'être traité en français, car les services de santé doivent refléter leur culture, leur identité et leur langue. Ces personnes ancrent leurs revendications notamment dans les victoires et les sacrifices vécus dans l'histoire des Franco-Ontariens. Ces quatre personnes, qui s'expriment aussi selon le discours du consommateurisme, considèrent la langue de traitement comme l'une des dimensions les plus importantes (7,5) de la satisfaction des soins reçus en réadaptation à domicile.

Les patients types

La synthèse de l'analyse des entrevues et des résultats du MESS laisse poindre quatre types de patients franco-ontariens quant à l'importance qu'ils accordent à la langue des services de santé à domicile. Ces représentations illustrent bien les différents motifs de la satisfaction des Franco-Ontariens. Elles résument les différentes pratiques qui émergent de l'intersection des discours identitaires et des discours médicaux.

Le « bon » patient

Tout d'abord, Hubert est un homme jeune de 83 ans qui reçoit des services de santé à la maison depuis sa chute il y a 1 mois. Il utilise des services de physiothérapie, mais doit aussi recevoir de l'aide pour son bain, car il vit seul et ne bénéficie d'aucune aide depuis le décès de sa femme il y a un an. C'est justement depuis cet événement qu'il a quitté la maison familiale de Maniwaki, au Québec, pour s'installer à Ottawa dans un appartement adapté pour les aînés.

L'adaptation à son nouveau domicile est difficile. Tout d'abord, il ne maîtrise pas assez bien l'anglais pour socialiser avec ses voisins. Les services qu'Hubert reçoit à la maison sont en

anglais³. La communication avec les intervenants est donc difficile. Le physiothérapeute et l'aidant à domicile ont cependant plusieurs années d'expérience et lui inspirent totalement confiance. D'ailleurs, au sujet de ses soins, il a mentionné : « Je ne sais pas ce que je ferais sans eux. On ne se comprend pas toujours, mais ils savent ce qu'ils font donc je les laisse faire. »⁴ Lors de son évaluation des services à l'aide du MESS, Hubert a inscrit de hauts niveaux de satisfaction. En complétant les étapes de l'outil, il commente ainsi : « Ce sont eux les professionnels et ils ont de l'expérience donc je ne crois pas que ce soit à moi de juger leur travail. » D'ailleurs, il estime que, sans eux, il ne pourrait pas rester seul en appartement. Ils méritent donc, selon lui, toute son appréciation. Lorsqu'il devait classer les dimensions du MESS en ordre d'importance, celles des services offerts et des résultats obtenus ont été placés au premier rang. En effet, l'aspect technique des soins et l'accès facile à une grande variété de services en cas de besoin est, pour lui, de première importance.

Dans les entrevues, Hubert s'exprimait en congruence au discours du droit aux services de santé ainsi que selon les préceptes du paternalisme médical. C'est-à-dire que le responsable principal de sa santé est le système médical et que c'est aussi celui-ci qui, par son diagnostic, détermine son niveau de santé. Hubert ne demande donc pas ses services de santé en français. Il estime pourtant que l'accès aux services en français est un droit et que celui-ci est important pour « ceux qui le souhaitent ». Pour lui, c'est l'accès rapide aux services et la compétence du personnel qui prime.

³ Hubert reçoit les services en anglais pour mettre en évidence certaines pratiques et caractéristiques de ce type de patient.

⁴ Les citations de la section « patients types » ont été composées pour résumer les pratiques discursives des francophones en matière de soins de santé.

La patiente francophone

Lors d'une des nombreuses et palpitantes participations au tournoi de jeu de poches de son centre de loisirs à Hawkwesbury, Cora, 79 ans, partage l'expérience vécue des services qu'elle reçoit à la maison. Cora vit dans un appartement pour personnes âgées semi-autonomes où elle bénéficie de plusieurs services de santé sur place. Les services de réadaptation à domicile lui ont été prescrits par son médecin pour l'aider à conserver son autonomie. Elle reçoit de l'aide pour le bain et ses repas lui sont préparés dans la cuisine du centre.

Cora parle le français et l'anglais. Elle vit en Ontario depuis son enfance. Cora a toujours revendiqué les services en français dans sa communauté, car selon elle, « Si on ne fait pas la demande, on va perdre nos services! ». Elle raconte périodiquement à ses petits-enfants les différentes luttes qu'ont dû mener les francophones à travers l'histoire de l'Ontario pour leur transmettre ses valeurs pour la francophonie. En matière de santé, Cora connaît bien son droit d'être traitée en français dans les organismes désignés en Ontario. Cependant, tout comme Hubert, elle ne demande pas d'être traitée en français.

En effet, son médecin anglophone est pour elle l'acteur principal sur sa santé. Elle a parfaitement confiance en lui pour s'assurer de sa santé et de celle de sa famille. Lorsqu'il est question de sa santé, la langue n'a donc pas beaucoup d'influence sur la qualité des soins donnés. Bien sûr, elle réalise que l'offre des soins de santé en français est d'une importance cruciale pour la vitalité de sa communauté francophone. Elle demande toutefois les services en anglais : « J'ai honte de dire que je prends encore la route la plus facile. Pour ne pas attendre pour recevoir les services, je vais les prendre en anglais ». Lorsqu'il est question de sa santé, les enjeux sont donc différents des autres domaines de la francophonie. Sa santé, prise en charge par un professionnel compétent et qualifié, passe bien avant son appartenance francophone. Le discours du

paternalisme médical émerge donc quand il est question de sa santé, mais la revendication des services en français a préséance quand il s'agit du bien-être collectif des francophones.

Le patient francophone responsable de sa santé

Depuis qu'il souffre de problèmes cardiaques, Albert doit porter une attention très particulière à sa santé et à ses habitudes de vie. Il reçoit plusieurs services à domicile, car il a de moins en moins d'endurance et de mobilité pour effectuer ses tâches quotidiennes. Il considère ceux-ci d'une importance cruciale pour enseigner à sa famille et à lui les comportements et les activités qui sont bénéfiques pour sa santé. Il préfère qu'on lui explique en détail les traitements qu'il reçoit et la condition qui limite ses activités afin de mieux participer au rétablissement de son bien-être et de ses capacités fonctionnelles.

La communication avec le professionnel de la santé est centrale dans les traitements qu'il reçoit puisque celui-ci prend un rôle de consultant et d'éducateur. Albert aime bien les qualités humaines des professionnels qui le traitent, qualités essentielles à tout fin communicateur. Albert croit que l'élément le plus important dans ses soins est de se sentir à l'aise avec le professionnel de la santé.

Les gens qui viennent visiter Albert pour ses soins sont tous anglophones. Comme il le mentionne, Albert préférerait recevoir les services en français. Il est Franco-Ontarien, il est fier de sa culture et de son identité et sa communauté francophone lui tient à cœur. À ses yeux, le droit de recevoir les services de santé en français est important à défendre pour le développement de sa communauté francophone. Cependant, recevoir les services en anglais n'affecte pas, selon lui, la qualité des soins qu'il reçoit puisqu'il parle aussi bien le français que l'anglais.

Albert demande donc initialement les services en français en tant que « francophone » convaincu. Mais étant donné qu'ils ne sont pas disponibles et puisque sa propre santé lui importe davantage, il préfère recevoir les services le plus rapidement possibles afin de bénéficier des

conseils sur sa santé rapidement. D'ailleurs, les professionnels anglophones qui le traitent actuellement sont très gentils et il se sent à l'aise avec eux, c'est ce qui importe davantage. Comme énoncent les principes de la promotion de la santé, Albert croit que la communication efficace et le contact humain sont cruciaux pour des traitements de qualité. Ces aspects d'un service de santé sont facilités si le professionnel parle le français. Toutefois, puisqu'il est bilingue et qu'il maintient une bonne entente avec les professionnels qui lui rendent visite, il préfère conserver les bons traitements qu'il reçoit tout de suite et ne pas attendre plus longtemps pour des services dans sa langue maternelle.

Le client francophone

Mike a 66 ans et reçoit des services à domicile depuis 2 ans. Les symptômes de sa maladie de Parkinson lui causent un handicap de plus en plus important. Le physiothérapeute et l'ergothérapeute qui lui rendent visite sont francophones, mais malheureusement son médecin ne parle que l'anglais. Mike fait souvent des démarches pour trouver un médecin qui peut le traiter dans sa langue maternelle, mais en vain. Les neurologues spécialistes pour cette maladie sont peu nombreux, surtout en français.

Mike apprécie particulièrement les services des professionnels de la réadaptation qui lui sont donnés en français. Mike parle très bien l'anglais, mais il exprime tout de même se sentir plus à l'aise avec les francophones, car ils partagent sa culture. Même s'il se dit bilingue, il admet ne pas pouvoir exprimer avec les mêmes nuances ses émotions et ses états d'âme en anglais au professionnel de la santé. Il croit donc que des professionnels francophones sont davantage disposés à répondre à comprendre ses malaises, à répondre à ses besoins et à ses attentes comme client.

Il souhaite que les professionnels l'incluent dans les traitements et dans les décisions sur sa santé. Effectivement, il croit que les aspects les plus importants pour sa santé sont de pouvoir

maintenir de bonnes habitudes de vie et de prendre en charge sa propre maladie. C'est pourquoi la communication avec les professionnels de la santé est si importante. Ces derniers doivent enseigner les soins et les habitudes appropriés pour améliorer ses capacités fonctionnelles et sa qualité de vie.

Pour Mike, le maintien de la langue française dans sa communauté est évidemment très important. Il croit que les services de santé doivent contribuer à faire de son quartier « notre place francophone ». Les droits qu'il défend comme francophone ont été défendus depuis longtemps par des « leaders » de sa communauté et cela lui tient à cœur. C'est pourquoi, comme client des services de santé, il peut choisir le type de traitement qui lui est bénéfique, de même que la langue dans laquelle il reçoit les services. Pour lui, être traité en français constitue non seulement une marque de respect pour sa langue et son identité, mais aussi une nécessité pour la qualité des soins prodigués. Il demande, cherche et revendique donc les services en français. Il est conscient, cependant, que peu de francophones persistent dans cette lutte à travers la maladie et les difficultés d'accès aux soins de santé. Mike adopte donc les préceptes du consommateurisme en tant qu'utilisateur de services.

Les conditions de possibilités

D'une part, les sujets adoptent certaines vérités à propos de leur santé et des services de santé. D'autre part, leur appartenance francophone dirige leur pratique dans plusieurs sphères de leur vie. Puisque les soins sont prodigués à la maison, on aurait pu concevoir que la langue de traitement serait un élément de la satisfaction causant plus de mécontentement. Cependant, 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. On constate donc dans ce mémoire qu'une analyse des discours qui influencent les comportements ne suffit pas à comprendre la dynamique des pratiques des francophones en matière de soins de santé. Il est

aussi souhaitable de considérer les conditions de possibilités à l'énonciation et à la reproduction de ces discours, telles que la souffrance, la pénurie générale de services et la pénurie plus marquée des services en français. Par ailleurs, le bilinguisme de la plupart des participants de l'étude est une autre condition matérielle qui favorise le choix d'un service rapide plutôt que celui d'un service en français.

Contributions de l'étude

Dans un premier lieu, l'utilisation d'un devis de recherche mixte permet de bénéficier à la fois de qualités complémentaires d'une méthode qualitative et quantitative et d'amoindrir les faiblesses associées à l'usage d'une « monométhode ». Dans un second lieu, la comparaison et l'intégration des données permettent non seulement une triangulation et une validation des données quantitative et qualitatives, mais aussi de porter des conclusions complémentaires aux deux volets de l'étude.

Les conclusions de chacune de ces deux études permettront ultérieurement de suggérer des ajustements aux services déjà offerts selon les besoins des utilisateurs et de prévoir l'attitude d'un type de patient face aux services reçus. Elles ne permettent cependant pas de dresser le portrait des besoins et des lacunes à l'accès aux services de santé à domicile. Cette démonstration a déjà été réalisée par les groupes de francophones, comme la FCFA et le RSSFEO (Béland, 1996; Comité français des services de santé de Pembroke, 1989; ConsultAction, 1997; ConsultAction, 1998; FCFA, 2001; Lemire, 1998; Ouellette et coll., 1999). De telles informations seront importantes, entre autres, pour les communautés francophones, afin de connaître ce qui est important pour les francophones de l'Ontario en matière de santé et ce qui motive leur revendication de services de santé en français.

Cette recherche permet de comprendre le lien que font les francophones de l'Ontario entre les services de santé et leur appartenance à la communauté ainsi qu'entre les soins reçus et leur

consécration pour le développement de la communauté. Elle permet également de mesurer d'une façon valide, pour la première fois en Ontario français, la satisfaction des patients francophones vis-à-vis les soins à domicile reçus. Cette information est en effet très utile pour les décideurs et les prestataires afin de planifier adéquatement les services de santé prodigués à la minorité francophone. L'approfondissement du concept de la satisfaction et de la façon dont elle se construit dans le discours est une contribution majeure de ce projet de recherche, puisqu'elle sera utile dans les études ultérieures sur le même sujet. De plus, seulement une étude examinait les discours sur la santé dans la communauté francophone de l'Ontario. Celle-ci analyse les vérités reproduites par les leaders francophones en matière de santé jusqu'à l'événement de l'affaire Montfort. L'analyse de la façon dont ces discours sont repris (ou non) par les usagers et de leurs effets sur la satisfaction des patients sera donc d'une grande utilité pour explorer comment les revendications et les pratiques des Franco-Ontariens s'inscrivent dans un contexte de savoir médical et de luttes politiques spécifiques.

Le présent projet a été réalisé pour relever des éléments importants de la problématique de la satisfaction et de la revendication des services de santé en français pour la communauté francophone de l'Ontario. Le contexte de la réadaptation à domicile constituait un espace de cueillette de données suffisamment large pour recueillir ce genre de données exploratoires puisque les types d'incapacités qui y sont adressés sont variés. De plus, il était présumé que la teinte plus personnelle que prennent les soins prodigués au domicile du patient permette de discerner plus facilement les problématiques liées à l'identité francophone. Toutefois, il pourrait être bénéfique pour les études ultérieures sur le sujet d'élargir le contexte pratique de la cueillette de données auprès de patients traités dans divers départements de physiothérapie en institution privée et publique, où la relation patient (client)/professionnel de la santé puisse y être distincte. Un nombre plus élevé de participants permettrait sans doute de consolider les présentes

conclusions et d'apporter plusieurs nuances sur la façon dont les francophones comprennent l'importance de la langue dans les soins de santé.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION

La convergence des résultats des volets quantitatifs et qualitatifs de l'étude permet d'énoncer des conclusions communes. Les francophones recevant des traitements de réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario sont généralement satisfaits des services reçus malgré qu'ils se disent moins satisfaits de la langue de service. La relation du patient avec le professionnel de la santé, en concordance avec le discours de la promotion de la santé et du consommateurisme, est l'élément le plus important pour les participants des deux volets.

Par ailleurs, la langue de service est un élément important pour seulement une partie des participants, alors que tous considèrent primordial de recevoir les soins d'une personne qu'ils apprécient sur le plan humain. En effet, même si tous les participants considèrent avoir le « droit » d'être traités en français, la place du français dans leurs rapports avec le système médical est modélisée par de nombreux autres facteurs. Les conditions de possibilités matérielles, comme la capacité de parler l'anglais, l'accès difficile aux soins ainsi que l'état d'incapacité et de souffrance causée par la maladie, influencent l'importance attribuée au français et la propension à revendiquer des services dans sa langue. Toutefois, la définition particulière qu'adoptent les individus au sujet de la santé et des services de santé définit les critères qui composent, pour le patient, un service de santé de qualité.

Les francophones de l'Est de l'Ontario ne jugent pas de l'importance du français dans les services de réadaptation à domicile à la même mesure que dans les autres services généralement offerts dans leur communauté, plus particulièrement ceux qui vivent avec une maladie ou une incapacité. Ainsi, la propension de revendiquer les services de santé en français ne découlent pas principalement de la pratique d'une identité francophone, mais surtout des conditions de possibilités affectant le patient et de la nature et de la qualité de la relation entre le professionnel de la santé et le patient. Ainsi, l'analyse de besoins, de la demande et de l'accès aux soins de

santé en français ne peut pas être réalisée comme des services homologues aux autres services offerts dans la communauté, mais doit considérer ces conditions particulières qui touchent le patient et la relation de pouvoir qui caractérisent la relation thérapeutique.

Derrière les discours reproduits plus largement dans la communauté franco-ontarienne se couvrent des rapports de pouvoir qui articulent des visions de la santé parfois bien différentes. Une analyse plus approfondie d'un événement telle que la crise Montfort permettrait de tenir compte de la complexité de la production discursive. Par exemple, une analyse spécifique des discours engendrés suite à l'incident de la cause Montfort pourrait confirmer la levée du discours institutionnel dans les revendications pour la survie des communautés francophones en Ontario (Gilbert et coll., 2005). Par la suite, l'introduction des RLISS par le Ministère de la Santé de l'Ontario (Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005) a sans doute revitalisé le discours de gouvernance dans les revendications des porte-paroles franco-ontariens. Cependant, pour les participants à l'étude, l'enjeu majeur lorsqu'il était question des services de santé en français demeurait leur propre santé et leur relation personnelle avec le professionnel de la santé. Rares étaient les participants qui relevaient les enjeux de la communauté lorsqu'il était question de leur santé ou des soins de santé reçus. Une attention particulière à cette distinction permettrait de clarifier la provenance de cet écart entre les discours des leaders et les pratiques privilégiées par les usagers francophones des services.

On peut comprendre que les personnes qui prennent parole pour la communauté francophone défendent des intérêts collectifs, à la fois pour leur santé et pour l'épanouissement de leur communauté. Les Franco-Ontariens peuvent reproduire ces discours dans leur quotidien si les conditions de possibilités et les intentions sont les mêmes. Toutefois, lorsque l'individu est atteint d'une incapacité ou d'un handicap, les conditions de possibilités sont bien différentes.

Dans cette situation, il est normal de privilégier sa propre santé sur celle de la communauté, d'autant plus que les services de santé sont difficiles d'accès.

Le professionnel de la santé est celui garant du savoir pour la santé de l'individu et dans une plus grande mesure selon le discours du déterminisme médical, où celui-ci pose le regard et le geste pour la santé. Les relations de pouvoir en jeu se situent davantage dans la sphère patient-professionnel que dans celle qui concerne la francophonie et la majorité anglophone. Ainsi, les discours médicaux sont plus influents dans les luttes de pouvoir qui gouvernent la pratique de patients franco-ontariens. Cet écart entre les pratiques des patients franco-ontariens et des leaders francophones ne constitue donc pas un désaccord, mais représente seulement des intérêts et des conditions de possibilités discursives différentes pour les patients et les acteurs francophones. C'est pourquoi les gouvernements ne doivent pas calibrer l'offre des services selon la demande de la part des patients Franco-Ontariens. Les luttes politiques comme celle de l'affaire Montfort sont nécessaires et permettent de défendre les intérêts de ceux qui ne peuvent pas le faire.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

L'auteur principal de ce projet est Charles Tardif, étudiant à la maîtrise au programme des sciences de l'activité physique à l'Université d'Ottawa. Il a contribué au choix du sujet de recherche et à une revue exhaustive de la littérature sur le sujet. Il a dirigé le projet pour la conception et la validation du MESS. Charles a ensuite contribué à toutes les étapes du projet de recherche, de la définition des concepts à la publication des résultats sous forme d'articles. Il a réalisé la collecte des données, effectué l'analyse des entrevues et des données quantitatives, rédigé la thèse en donnant suite aux suggestions des codirecteurs et a réalisé l'intégration des données des deux volets de l'étude.

Louis E. Tremblay, Ph.D., codirecteur pour le volet quantitatif du projet, a dirigé l'auteur principal à toutes les étapes du volet quantitatif de la recherche. Il a contribué à la définition du projet, à la création et à la validation du MESS, à la collecte des données quantitatives, a vérifié l'exactitude des analyses et a participé à la rédaction des versions définitives des écrits.

Pour sa part, Christine Dallaire, Ph.D., est une codirectrice du projet et a contribué à la réalisation du volet qualitatif du projet de recherche. Elle a participé à la définition du volet qualitatif de la recherche, à la réalisation d'une entrevue, à la vérification des analyses des entrevues ainsi qu'à la rédaction de la thèse et de l'article qualitatif soumis à Francophonies d'Amérique.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre d'études identifiées par le terme clé « patient satisfaction » dans les bases de données Medline et Cinahl (modifié de Sitzia et Wood, 1997)

p. 32

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Le MESS

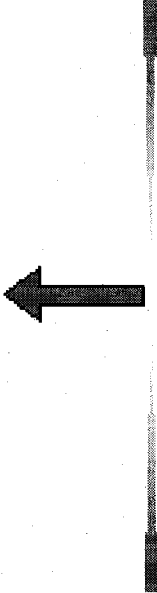
Annexe II : Le formulaire démographique

Annexe III : Le calcul de la taille échantillonnale

Annexe IV. : Le guide d'entrevue

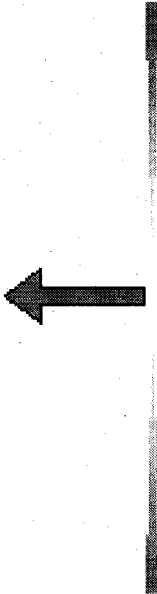
Annexe I : Le MESS

Soins infirmiers et préposé aux bénéficiaires



Compétence
Savoir-faire
Amical(e), familial(ère), bonne humeur
Respectueux(euse)
Relation de confiance
Clarté de l'information et des conseils proposés
Sensible à mes besoins
Respect du temps de traitement
Répond bien aux questions posées
M'aide avec les activités de la vie quotidienne (de tous les jours)
Participe à ma réadaptation

Services offerts



Obtention des services nécessaires ou désirés
Nombre de services disponibles
Déroulement des services sans difficulté
Appréciation d'être traité à la maison

Premier contact (au moment de la demande de services)

Courtoisie et assistance du personnel de l'accueil

Facilité et simplicité à obtenir les premiers rendez-vous

Le temps d'attente avant de recevoir les premiers services à domicile

Compétence de l'accueil à répondre aux questions posées

Aides familiales / bénévoles

Respect

Bonne humeur

Bon rapport personnel

Relation de confiance / Sentiment de sécurité

Respect des tâches demandées

Écoute mes besoins

Ajustement du service selon le besoin

Bonne communication

Au courant de mon cas

Participe à ma réadaptation

Professionnels de réadaptation (Physiothérapeute, ergothérapeute, audiologiste, orthophoniste)

Donne suite régulièrement aux traitements

Compétence, Savoir-faire

Professionnalisme

Respectueux(euse)

Relation de confiance

Sensible à mes besoins

Objectifs réalistes et significatifs

Clarté de l'information et des conseils proposés

Répond bien aux questions posées

Ponctuel

Trouve des solutions pour faciliter les activités de tous les jours

Ma participation aux traitements et à la prise de décisions bien informée

Mon implication dans les décisions

Implication de la famille aux prises de décisions

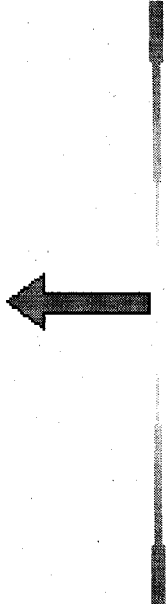
Explication des soins et des traitements

Explication de l'évaluation et du but des services

Incitation à poser des questions

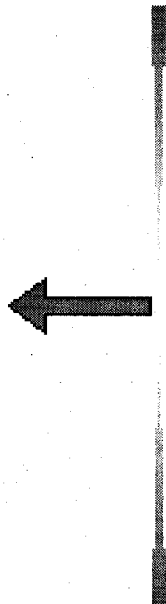
Explication des droits et des responsabilités

Explication des mesures en cas d'urgence



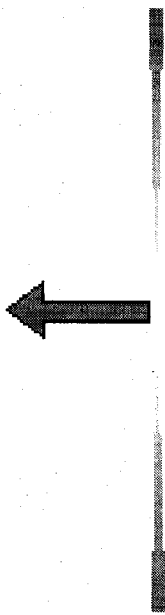
Langue

Possibilité de communiquer en français auprès de la réception
Possibilité de recevoir de l'assistance en français du personnel
administratif et du(de la) coordonnateur(trice) des soins
Le professionnel de santé me parle en français chez moi
Les aides familiales me parlent en français chez moi
Une grande proportion de services est disponible en français
Les informations écrites et les ressources sont disponibles en
français
La qualité du français



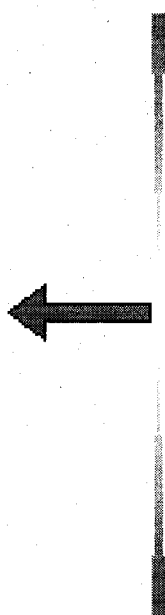
Horaire

Obtenir les rendez-vous à l'heure désirée
Disponibilité du personnel soignant (fréquences, heures des
visites)
Respect de l'horaire (ponctualité, maintenir rendez-vous fixés)
Le membre du personnel avise s'il est en retard
Il m'informe s'il ne peut venir et il reprend rendez-vous
Respect du temps de traitement



Résultats obtenus

L'utilité et la qualité des interventions
Utilité de l'information et des conseils reçus
Succès des interventions et atteinte des objectifs
Meilleure compréhension de ma condition
Meilleure qualité de vie
Meilleur fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne
(autonomie)



Personne responsable de mon dossier (gestionnaire de cas)

Amical(e)
Serviable
Relation de confiance
Évaluation adéquate de mes besoins
Connaissances des services à m'offrir
Organisation des services à recevoir
Clarté de l'information fournie
Je sais à qui me rapporter si j'ai des questions

Annexe II : Le formulaire démographique



du(de la) répondant(e) : _____

Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé Faculty of Health Sciences
École des sciences de la réadaptation School of Rehabilitation Sciences

Étude de la satisfaction des services de réadaptation communautaires reçus en français en Ontario : validation de l'outil de mesure

Caractéristiques personnelles :

Âge : _____

Sexe : _____ Homme _____ Femme

_____ Je vis seul

_____ Je vis avec une autre personne (précisez)

_____ Conjoint(e)

_____ Il(elle) est complètement autonome

_____ Cette personne fourni de l'aide supplémentaire suite à ma difficulté.

_____ Enfant

_____ Il(elle) est complètement autonome

_____ Cette personne fourni de l'aide supplémentaire suite à ma difficulté.

_____ Parent

_____ Il(elle) est complètement autonome

_____ Cette personne fourni de l'aide supplémentaire suite à ma difficulté.

_____ J'habite en résidence

_____ Il(elle) est complètement autonome

_____ Autre (Précisez) : _____

_____ Il (elle) est complètement autonome

_____ Cette personne fourni de l'aide supplémentaire suite à ma difficulté

_____ J'habite en résidence

_____ J'ai à charge d'autres personnes :

_____ Conjoint(e)

_____ Enfants (Précisez le nombre) _____

(et leur âge) _____

_____ Parent(s)

_____ Autres (Précisez) : _____

_____ Je suis retraité(e)

_____ Je suis travailleur(e) Le type de travail : _____ Temps plein : ____ Partiel : ____

_____ Arrêt de travail (Depuis quand) : _____

_____ Je suis étudiant(e)

_____ Je suis un enfant Fréquente l'école : _____ Adaptée _____ Régulière

_____ Je suis un écolier du primaire ou du secondaire

_____ Je reçois des services particuliers à l'école. Lesquels? : _____



Université d'Ottawa • University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé
École des sciences de la réadaptation

Faculty of Health Sciences
School of Rehabilitation Sciences

Caractéristiques sociales :

_____ Originaire de l'Ontario

_____ Originaire d'ailleurs au Canada (Précisez) : _____

_____ Immigrant(e) reçu(e)

Pays d'origine : _____

Résidant de l'Ontario depuis : _____

Langue

Langue maternelle : _____

Langue que vous préférez utiliser : De façon générale _____ Pour les soins de santé _____

Langue principalement parlée à la maison : _____

Langues parlées au travail, s'il y a lieu : _____

Dans quelle(s) langue(s) pouvez-vous soutenir une conversation ? : _____

Informations sur les services offerts à domicile

Raison de la consultation pour des services à domicile : _____

Depuis combien de temps vivez-vous cette difficulté ? _____

Pour cette difficulté, depuis combien de temps recevez-vous des services de santé à domicile ? _____

Est-ce la première fois que vous recevez des services de santé à domicile ? Précisez. _____

Je reçois des soins d'un(e) aide familiale ou bénévole envoyé(e) par les services de santé :

_____ Oui _____ Non

Je reçois des soins infirmiers ou d'une préposée aux bénéficiaires : _____ Oui _____ Non

Je reçois des services de physiothérapie : _____ Oui _____ Non

Je reçois des services d'ergothérapie : _____ Oui _____ Non

Je reçois des services d'orthophonie/audiologie : _____ Oui _____ Non

D'autres intervenant(e)s me visitent : _____ Oui _____ Non

Lesquels? _____

Je préfère recevoir les traitements à la maison plutôt que dans un établissement de santé?

_____ Oui _____ Non

Annexe III : Le calcul de la taille échantillonnale

Pour déterminer la taille échantillonnale requise dans l'étude, nous avons à déterminer les trois valeurs suivantes :

- Le niveau de confiance désiré
- La variance anticipée de la population
- La marge d'erreur tolérée ou la précision recherchée

Le niveau de confiance recherché sera minimalement de 95 %, soit $p =$ ou $<$ à 0,05. À ce niveau de confiance, Z sera de 1,96.

Il est nécessaire de poser certaines hypothèses pour déterminer la variance anticipée dans la population et pour déterminer la précision recherchée, puisque l'outil est en cours de validation. L'article de Pascoe et Atkisson (1984), portant sur la conception de la version anglophone de l'outil et sur sa validation, soulève d'abord des variances observées qui sont très faibles et qui sont liées à la race des participants, au niveau socio-économique du sujet et au genre (sexe) de l'évaluateur (variance maximale de 3,6 à l'échelle). Une plus grande variance est observée quand ils comparent les résultats obtenus par les participants qui sont consommateurs des services et les participants qui sont dispensateurs des services : cette variance est de 8 points à l'échelle. Quand les auteurs comparent les moyennes pour les 6 catégories de services évalués, la plus grande variance entre la moyenne globale et les moyennes aux catégories de services est aussi de 8,5 points (entre la moyenne globale et la moyenne pour la catégorie « installations — salles d'entrevues — temps d'attente » soit les aspects organisationnels des services). En étant conservateur, il est donc anticipé pour cette étude une variance de 10 points à l'échelle.

La précision recherchée (ou l'erreur tolérée) pour l'étude est ici déterminée en fonction des variances observées entre les participants selon les caractéristiques qui semblent avoir un

impact sur les résultats, mais qui seront considérés comme des variables confondantes : la race des participants, le niveau socio-économique des participants et le genre de l'évaluateur. Une marge d'erreur de 3,6 points est donc à prévoir (référer au paragraphe précédent).

Le calcul de la taille échantillonnale, basé sur les hypothèses précédentes, est donc le suivant :

$$n = \frac{Z^2 \times \text{variance anticipée}}{\text{marge d'erreur tolérée}^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 10^2}{3,6^2}$$

$$n = 29,6$$

Il sera donc nécessaire de prévoir la participation de 30 personnes pour obtenir les résultats souhaités. Si le recrutement s'avère facile, nous pourrions améliorer la marge d'erreur à 3 points en obtenant la participation de 43 personnes ou améliorer le niveau de confiance à 99 % avec 52 participants. Cependant, dans le contexte du projet et avec les ressources financières disponibles actuellement, il sera très ambitieux de prévoir compléter le processus avec plus de 30 personnes.

Annexe IV. : Le guide d'entrevue

1. Pour vous la santé c'est... ?
2. Pourquoi avez-vous demandé des soins de santé à domicile?
3. Comment se sont déroulés vos services de santé à domicile? Pourquoi?
4. Qu'avez-vous apprécié dans les services que vous avez reçus? Pourquoi?
5. Qu'est-ce que vous avez moins apprécié ? Pourquoi?
6. D'après vous, qu'est-ce qui est important pour votre santé? Pourquoi?
 - i. question des droits?
 1. Droits à des services de santé?
 2. Droits à des services en français?
 - ii. question de l'accès?
 1. Accès à des services de santé?
 2. Accès à des services en français?
 - iii. question de la responsabilité du patient? (habitudes de vie...)
 - iv. question de la gouvernance? (par les francophones ou non)
 - v. question des institutions?
 1. institutions francophones, bilingues, anglophones
 - vi. question de la communauté? (lien entre la santé et la communauté francophone)
7. Qu'est-ce qui est important pour vous quant aux soins de santé? Pourquoi?
 - i. question des droits?
 1. Droits à des services de santé?
 2. Droits à des services en français?
 - ii. question de l'accès?

1.Accès à des services de santé?

2.Accès à des services en français?

iii.question de la responsabilité du patient? (habitudes de vie...)

iv.question de la gouvernance? (par les francophones ou non)

v.question des institutions?

1.institutions francophones, bilingues, anglophones

vi.question de la communauté? (lien entre la santé et la communauté francophone)

8.D'après votre opinion, qu'est-ce qui fait qu'on peut considérer qu'un service est de qualité?

Pourquoi?

9.Avez-vous fait la demande d'être traité en français? Pourquoi?

10.Avez-vous reçu des services en français? Était-ce important pour vous?

11.Est-ce que la langue est importante dans les traitements à domicile? Pourquoi?

12.En général, pensez-vous avoir été mieux traité, moins bien traité ou aussi bien traité que les autres francophones qui se font traiter à domicile? Pourquoi?

13.En général, pensez-vous avoir été mieux traité, moins bien traité ou aussi bien traité que les patients anglophones qui se font traiter à domicile? Pourquoi?

14.Pourquoi avez-vous mis telle mesure de la satisfaction pour cette carte du MESS ?

Et celle-ci? Et ainsi de suite pour les 10 cartes.

15.Pourquoi avez-vous mis cette carte en premier pour le rang d'importance du MESS? Et celle-ci? Et ainsi de suite pour les 10 cartes.

16.De façon générale, qu'avez-vous pensé en évaluant vos soins avec le MESS ?

17.Avez-vous autre chose à rajouter?

RÉFÉRENCES

- Adam, D. (2001). *Droits linguistiques*. No. SF31-34/2001. Ottawa : Office des affaires francophones.
- Adam, D. (2000). *Langue Et Santé : Deux Aspects Du Même Engagement*. Ottawa : Office des affaires francophones.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. (1999) *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington D.C. : American Educational Research Association.
- Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., et Kérisit, M. et al. (1997). *Les condition de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : Un enjeu pour les femmes*. Ottawa : Table de féministe francophone de concertation provinciale.
- Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P., et Poland, B. (2005). The personal significance of home: Habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health and Illness*, 27(2), 161-187.
- Armstrong, D. (1994). Bodies of knowledge: Foucault and the problem of human anatomy. In G. Scambler (Ed.), *Sociological theory and medical sociology*. (pp. 25). London : Tavistock.
- Atkisson, C. C., Roberts, R. E., et Pascoe, G. C. (1983). The evaluation ranking scale : Clarification of methodological and procedural issues. *Evaluation and Program Planning*, 6, 349-358.

- Avis, M., Bond, M., et Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 316-322.
- Barnes, M. P., et Radermacher, D. (2001). Neurological rehabilitation in the community. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33, 244-248.
- Beaulieu, M. (2001). *Besoins en santé communautaire de la population francophone de l'est d'Ottawa*. Développement organisationnel et formation inc, Ottawa, préparée pour le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario (RSSFEO).
- Beech, R., Rudd, A. G., Tilling, K., et Wolfe, C. D. A. (1999). Economic consequences of early inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-london teaching hospital. *Stroke*, 30 (4), 729-735.
- Béland, N. (1996). *Étude des besoins en santé de la population francophone des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry*. Cornwall : Centre de santé communautaire de l'Estrie.
- Benbassat, J., Pilpel, D., et Tidhar, M. (1998). Patients» preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. *Behavioral Medicine*, 24, 81-88.
- Bernard, R. (1998). Chapitre 8 : Naissance d'une identité biculturelle. *Le canada français entre mythe et utopie*. (Le Nordir ed.) (pp. 147-156). Ottawa :
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, 1, 205-233.
- Boudreau, F., et Farmer, D. (1999), Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario : les faits saillants revisités et comparés, *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5 (2), 105-111.

- Breton, R. (1964). Institutional completeness of ethnic communities and the personal relations of immigrants. *American Journal of Sociology*, 70, 193-205.
- Breton, R. (1994). Modalités d'appartenance aux francophonies minoritaires. *Sociologie Et Sociétés*, 26 (1), 59-69.
- Calnan, M. (1983). Managing minor disorders. *Sociology of Health and Illness*, 5, 149-167.
- Calnan, M., Katsouyiannopoulos, V., Ovcharov, V. K., Prokhorskas, R., Ramic, H., et Williams, S. (1994). Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 11 (4), 468-478.
- Carefoot, R. L. (1998). Health care issues: Managing services and people in home care: Today's challenge. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11 (3), 77-94.
- CASC pour les comtés de l'Est. (2003). *CASC pour les comtés de l'EST : À notre propos*.
Recueilli le 04/13, 2006 de
http://www.ec.ccac-ont.ca/fr/about_coverage.html
- Ching-Chow, Y. (2003). The establishment of a TQM system for the health care industry. *The TQM Magazine*, 15 (2), 93.
- Comité français des services de santé de Pembroke. (1989). *Service de santé en français à Pembroke : Consultation, analyse et recommandation*. Pembroke: Service de santé de Pembroke.
- Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario. (1997). *La Commission émet des directives de planification pour la création de services en dehors du secteur hospitalier*.

Toronto : Recueilli le 04/25, 2006 de

http://www.health.gov.on.ca/hsrc/integrating_nr_0797f.htm

ConsultAction. (1997). *Les services de santé en Français : Utiliser les mots pour ne plus taire les maux*. Gloucester : Conseil régional de santé du comté de Renfrew.

Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., Pineault, R. (1992). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes; *Actes du Colloque l'évaluation en matière de santé : des concepts à la pratique*. CREGE. 14-32.

Crawford, M. J., et Kessel, A. S. (1999). Not listening to patients--the use and misuse of patient satisfaction studies. *The International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 1-6.

Cronbach, Lee J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334.

Dallaire, C., et Denis, C. (2000). "If you don't speak french, you're out" Don Cherry, the alberta francophone games, and the discursive construction of Canada's francophones. *Canadien Journal of Sociology/Cahiers Canadiens De Sociologie.*, 25 (4), 415-440.

Deber, R. B., et Williams, A. P. (1995). Policy, payment and participation: Long term care reform in Ontario. *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), 294-318.

Département de la justice du Canada. (2006). *Langues officielles, loi sur les*. Recueilli le 05/28, 2006 de <http://lois.justice.gc.ca/fr/O-3.01/>

Dierkes, D. M. (2002). Quality assurance in the operating room: Developing a total quality program. *Masters Abstracts International*, 41 (3), 43-56.

- Donabedian, A. (1980). Volume 1, the definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Dubois, J. e. c. (1976). « *Pas de problème* » — *rapport du comité d'action sur les services de santé en français*. Toronto : Ministère de la santé de l'Ontario.
- Dunne, S. (1995). *Interviewing techniques for writers et researchers* (First Edition ed.). London : A et C Black.
- Edwards, C., Staniszewska, S., et Crichton, N. (2004). Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health and Illness*, 26(2), 159-183.
- Ellmer, R., et Olbrisch, M. E. (1983). The contribution of a cultural perspective in understanding and evaluating client satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 275-281.
- Erikson, L. R. (1987). Patient satisfaction : An indicator of nursing care quality? *Nursing Management*, 18 (7), 31-35.
- Erzberger, C., et Kelle, U. (2003). Making inferences in mixed methods: The rules of integration. In A. Tashakkori, et C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 457-488). London : Sage Publications.
- Fédération des communautés francophones et acadienne. (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Ottawa : Fédération des communautés francophones et acadienne.

- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York : Wiley et Sons.
- Forbes, D. A., et et Neufeld, A. (1997). Strategies to address the methodological challenges of client satisfaction research in home care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29 (2), 69-77.
- Forbes, D. A. (1996). Clarification of the constructs of satisfaction and dissatisfaction with home care. *Public Health Nursing*, 13 (6), 377-385.
- Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1983). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris : Presses universitaires de France.
- Fox, N. J. (1997). Is there life after Foucault? Texts, frames and differends. Dans R. Bunton, et A. R. Petersen (Eds.), *Foucault, health and médecine* (pp. 31-50). London : Routledge.
- French, K. (1981). Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. *International Journal of Nursing Studies*, 18 (1), 7-32.
- Gastaldo, D. (1997). Chapter 6. is health education good for you? re-thinking health education through the concept of bio-power. Dans R. Bunton, et A. R. Petersen (Eds.), *Foucault, health and médecine* (pp. 113-133). London : Routledge.
- Geron, S. M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, D., et et Kasten, L. (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*, 55B (5), S259-S270.

- Gilbert, A., Kérisit, M., Dallaire, C., Coderre, C., et Harvey, J. (2005). Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens : Du rapport Dubois à la cause Montfort. *Reflets : Revue Ontaroise d'Intervention Sociale et Communautaire*,
- Gilbertson, L., Langhorne, P., Walker, A., Allen, A., et Murray, G. D. (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: Randomised controlled trial. *BMJ*, 320 (7235), 603-606.
- Gouvernement de l'Ontario. (2006). *Les réseaux locaux d'intégration des services de santé*. Retiré le 05/25, 2006 de <http://www.lhins.on.ca/french/main/faq.asp>
- Gouvernement du Canada. (2006). *Établissement d'un régime d'assurance-maladie au Canada*. Retiré le 05/28, 2006 de <http://economiecanadienne.gc.ca/francais/economy/1957medicare.html>
- Gove, W. R., et Geerken, M. R. (1977). Response bias in surveys of mental health: An empirical investigation. *American Journal of Sociology*, 82, 1289-1317.
- 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 responsabilisation*. Toronto : Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario.
- Guba, E.G., et Lincoln, Y.S. (1994) *Competing paradigms in qualitative research*, Dans: *Handbook of Qualitative Research*, N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (eds.), Sage, Thousand Oaks, pp. 105-117.

Hall, J. A., et Dornan, M. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked : A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, 27, 935-939.

Haut commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme. (1948) *Déclaration Universelle Des Droits De l'Homme*. Retiré le 05/28, 2006 de <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/frn.htm>.

Haut-commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme. (1976) *Pacte International Relatif Aux Droits Économiques, Sociaux Et Culturels*, article 27, 2200 A (XXI) Cong. Retiré le 05/22, 2006 de http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/a_ceschr_fr.htm.

Hayday, M. (2002). « Pas de problème » : The development of French-language health services in Ontario. *Ontario History*, 94 (2), 183-200.

Hays, R. D., et Ware, J. E. (1986). My medical care is better than yours. social desirability and patient satisfaction ratings. *Medical Care*, 24 (6), 519-525.

Health and Welfare Canada. (1986). *Achieving health for all: A framework for health promotion*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Health and Welfare Canada. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Herman, S. J., Spreeuwenbrg, P. M., et van der Pasch, M. (1998). Patient satisfaction with the general practioner: A two level analysis. *Medical Care*, 36 (2), 212-229.

ICIS. (2007). *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

- ILO, UNESCO and WHO. (1994). *Community-based rehabilitation for and with people with disabilities* : Genève.
- Johnson, R. B., et Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33 (7), 14-26.
- Jones, J., Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., et Spiers, N. et al. (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: Cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. *BMJ*, 319 (7224), 1547-1550.
- Keith, R. A. (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1122-1128.
- Keller, S., Hunter, D., et Shortt, S. E. (2004). The impact of hospital restructuring on home care nursing. *Nursing Leadership*, 17 (2), 82-89.
- King, L., et Appleton, J. V. (1999). Fourth generation evaluation of health services: Exploring a methodology that offers equal voice to consumer and professional stakeholders. *Qualitative Health Research*, 9 (5), 698-710.
- Lalonde c. Commission De Restructuration Des Services De Santé, (Cour Suprême de l'Ontario 2001).
- Law, M. (1987). Measurement in occupational therapy: Scientific criteria for evaluation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 39 (3), 133-138.
- Lemire, D. (1998). *Inventaire des services et des programmes de santé de l'Est de l'Ontario*. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.

- Ley, P. (1990). *Communicating with patients : Improving communication, satisfaction, and compliance*. London : London : Chapman et Hall.
- Light, D. W. (2001). Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, 52 (8), 1167-1181.
- Lindström, M., et Axén, E. (2004). Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 243-249.
- Lupton, D. (2003a). The body in medicine. *Medicine as culture* (Second Edition ed.) (pp. 25-26). London : Sage Publications.
- Lupton, D. (2003b). Power relations and the medical encounter. *Medicine as culture* (Second Edition ed.) (pp. 122-127). London : Sage Publications.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health*. London : Sage Publications.
- Lynam, J. M., Henderson, A., Growne, A., Smye, V., Semeniuk, P., et Blue, C. et al. (2003). Healthcare restructuring with a view to equity and efficiency: Reflections on unintended consequences. *Nursing Leadership*, 16 (1), 112-140.
- McNamee, P., Christensen, J., Soutter, J., Rodgers, H., Craig, N., et Pearson, P. et al. (1997). Cost analysis of early supported hospital discharge for stroke. *Age and Ageing*, 27, 345-351.
- La Loi Sur Les Services En Français, L.R.O chapitre F.32 (1990).
- Loi Canadienne Sur La Santé. L.R.U.S.C. ch. C-6 (1986).

McHoul, Alec, et Grace, Wendy. (1993). *À Foucault Primer. Discourse, power and the subject*.
New York : New-York University Press.

Mineau, Suzanne. (1992) Le sujet de pouvoir chez Foucault. *Sociologie et sociétés*, 24 (1), 91-102.

Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. (2006). *Centres de santé communautaire*. Retiré le 05/28, 2006 de
http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/contactf/chcf/chc_mnf.html

Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. (2004). *Ontario's health system performance report*. Ottawa : Gouvernement de l'Ontario.

New England State Consortium. (2001). Designing effective survey methods for frail elders: Symposium proceedings. *New England State Consortium*, University of Maryland Center on Aging, Falmouth. A5-A6.

Nunnally, Jum (1978). *Psychometric theory*. New York : McGraw-Hill.

OACCAC (2007). *Building Bridges to Better Health. Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs*. Toronto.

O'Connor, D. (2004). Contesting expertise : Home care under Ontario's conservative government 1995-2003. *Annual Meeting of the Canadian Political Science Association*, University of Manitoba, Winnipeg.

Oestreicher, E. G. (1999). Assessment of a quality management initiative in a health and fitness organisation., *Dissertation Abstracts International*, vol. 60-09A, p.

Office des affaires francophones. (2006a). *OAF: Agences désignées*. Retiré le 05/28, 2006 de <http://www.ofa.gov.on.ca/francais/loi-desig-liste.html>

Office des affaires francophones. (2006 b). *Profil statistique 2005 : Faits saillants — profil des francophones dans l'est de l'Ontario*. Retiré le 04/13, 2006 de <http://www.ofa.gov.on.ca/francais/stats/est2005-fs.html>

O'Neil, L. (1991). *Une idée devenue réalité... le centre de santé communautaire côte de sable et l'évolution des centres de santé communautaire en Ontario, de 1975 à 1990*. Ottawa : CSC Côte de sable.

Ontario Health Services Restructuring Commission. (1999). *Better hospital, better health care for the future. summary report on hospital restructuring, 1996-1999*. Toronto : Ontario Health Services Restructuring Commission.

Onwegbuzie, A. J., et Teddlie, C. (2003). A framework for analyzing data in mixed methods research. In A. Tashakkori, et C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in in social and behavioral research* (pp. 351-383). London : Sage Publications.

Osborne, T. (1997). Of health and statecraft. In R. Bunton, et A. R. Petersen (Eds.), *Foucault, health and médecine* (pp. 173-188). London : Routledge.

Ouellette, R., et Mailhot, R. (1999). *Besoins et lacunes en matière de services de santé en français dans l'est ontarien*. Ottawa : Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.

Paquet, G. (2002). Montfort et les nouveaux éléates. *Francophonies d'Amériques*, 13, 139-155.

- Paquet, G. (2001). Chapitre 2 : Le droit à l'épreuve de la gouvernance. *Si Montfort m'était conté... essais de pathologie administrative et de rétrospective* (pp. 37-52). Ottawa : Université d'Ottawa.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care : A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Pascoe, G. C., et Attkisson, C. C. (1983). The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 335-347.
- Peterkin, B. K. (2000). *Conseil régional de santé Champlain. Plan de services annuel du district 2000-2001*. Ottawa : Conseil régional de santé Champlain.
- Petersen, A. (1997). Risk, governance and the new public health. In R. Bunton, et A. R. Petersen (Eds.), *Foucault, health and medicine*. (pp. 189-206). London : Routledge.
- Picard, L., et Allaire, G. (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Université Laurentienne, Sudbury : Institut franco-Ontarien et programme de REDSP.
- Porter, E.J.. (2004a). Sources of Systematic Error in Instruments Measuring Satisfaction with Home Care, *Home health care services quarterly*, 23(3), 19-28.
- Porter, E. J. (2004b). Older persons' expectations and satisfaction with home care: Theoretical origins and uncharted realms. *Research in the Sociology of Health Care*, 22, 101-119.
- Rail, G., et Harvey, J. (1995). Body at Work: Michel Foucault and the Sociology of Sport. *Sociology of Sport Journal*, 12 (2), 164-179.

- Rankin, J. M. (2003). « Patient satisfaction » : Knowledge for ruling hospital reform - an institutional ethnography. *Nursing Inquiry*, 10 (1), 57-65.
- Razvi, S. (2003). Total quality management: Addressing organizational culture in a health care institution (Quebec). *Masters Abstracts International*, 41 (06), 1610-1892.
- Redfurn, S., et Norman, J. (1990). Measuring the quality of nursing care: A consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1260-1271.
- Renzi, C., Tabolli, S., Picardi, A., Abeni, D., Puddu, P., et Braga, M. (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*, 19(6), 712-718.
- Robertson, A. (1998). Shifting discourses on health in Canada: From health promotion to population health. *Health Promotion International*, 13 (2), 155-166.
- Ross, C. K., Steward, C. A., et Sinacore, J. M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care*, 33, 392-406.
- Rubin, H. J., et Rubin, I. S. (2005). Qualitative interviewing: The art of hearing data. (Second Edition ed.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Ryden, M. B., Gross, C. R., Savik, K., Snyder, M., Lee Oh, H., et Jang, Y. P. et al. (2000). Development of a measure of resident satisfaction with the nursing home. *Research in Nursing et Health*, 23 (237), 245.
- Shaw, I., et Aldridge, A. (2003). Consumerism, health and social order. *Social Policy and Society*, 2(1), 35.

- Simard, J-M. (1999) *De la coupe aux lèvres : un coup de cœur se fait attendre*. Ottawa, Rapport déposé au Sénat canadien en novembre 1999.
- Simon, C., Little, P., Birtwistle, J., et Kendrick, T. (2003). A questionnaire to measure satisfaction with community services for informal carers of stroke patients: Construction and initial piloting. *Health and Social Care in the Community*, 11(2), 129-137.
- Sitzia, J., et Wood, N. (1997). Patient satisfaction : A review of issues and concepts. *Social Science et Medicine*, 45 (12), 1829-1843.
- Smith, C., et Sutton, F. (1999). Best practice: What it is and what it is not. *International Journal of Nursing Practice*, 5 (2), 100-105.
- Spenceley, S. M. (2005). Access to health services by Canadian who are chronically ill. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (4), 465-486.
- SPSS Inc. (2003). *SPSS for Windows Release 11.0*.
- Statistique Canada. (2006). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Retiré le 03/12, 2006 de <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-570-XWF>
- Statistique Canada. (2005). *Profils de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Retiré le 03/15, 2006 de <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-576-XIF/82-576-XIF2005001.htm>
- St-Pierre, S., et Rail, G. (1993). *Dialogue santé 1993 : Dialogue sur les facteurs déterminants en matière de santé a sein des collectivités francophones de l'Ontario*. Ottawa : Action Éducation Femmes Ontario.

- Strasser, S., Aharony, L., et Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50 (2), 219-248.
- Tardif, C; Tremblay, L.E. (2005). *La mesure de la satisfaction des soins de réadaptation à domicile*. Présentation au 1er Forum National De Recherche Sur La Santé Des Communautés Francophones En Situation Minoritaire, Ottawa, le 2 décembre 2004.
- Therrien, P. (2002). Montfort : N'applaudissons que d'une seule main. *Opinion Canada*, 4 (8)
- Tremblay, L. E., et Tremblay, F. (2002). La réadaptation communautaire, une nécessité sous-exploitée dans les milieux francophones de l'Ontario. *Reflets*, 8 (1), 74-94.
- Trevino, F. M. (1999). Quality of health care for Ethnic/Racial minority populations. *Ethnicity et Health*, 4 (3), 153-164.
- Turris, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: A feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (3), 293-298.
- Ulises, R. (2004). Quality management in health care: A 20-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 323.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30 (4), 662-689.
- Veyne, P. (2004, 20 septembre 2004). Une conception nouvelle de la vérité. *Le Monde*, 2-8.
- Ware, J. E. (1978). Effect of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Medical Care*, 16 (4), 327-336.

- Ware, J. E., et Davies, A. R. (1983). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 291-297.
- Ware, J. E., Davies, A. R., et Stewart, A. L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature*. Rand, Santa-Monica: CA.
- Weech-Maldonado, R., Morales, L. S., Elliott, M., Spritzer, K., Marshall, G., et Hays, R. D. (2003). Race/ethnicity, language, and patients' assessment of care in Medicaid managed care. *Health Services Research*, 38 (3), 789-808.
- Widén Holmqvist, L., von Koch, L., et de Pedro-Cuesta, J. (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*, 32(173), 179.
- Williams, P. A., Barnsley, J., Leggat, S., Deber, R., et Baranek, P. (1999). Long-term care goes to market: Managed competition and Ontario's reform of community-based services. *Canadian Journal on Aging*, 18 (2), 125-153.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction : A valid concept? *Social Science et Medicine*, 38 (4), 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., et Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47 (9), 1351-1359.
- Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N., et Jones, J. et al. (1999). Randomized controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMJ*, 319 (7224), 1542-1546.

Wright, C. A. (2000). Public health nurse managers» perception of total qualité management initiatives., Masters Abstracts International, vol. 39-02, p.

Zastony, T. R., Roghmann, K. J., et Cafferata, G. L. (1989). Patient satisfaction and use of health services. Exploration in causalité. *Medical Care*, 27 (7), 705-723.