

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

LES CARREFOURS SANTÉ DANS LE NORD DE L'ONTARIO : UN MODÈLE DE  
PARTICIPATION CITOYENNE FRANCOPHONE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

MÉMOIRE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAITRISE EN SCIENCES SOCIALES  
DU DÉVELOPPEMENT TERRITORIAL

PAR  
ELSA ST-ONGE

Avril 2016

## REMERCIEMENTS

Déjà trois ans et demi se sont écoulés depuis le début de ma maîtrise en sciences sociales du développement territorial. Le dépôt du présent mémoire marque la fin de cette aventure. Lorsqu'est venu le temps pour moi de choisir un sujet de recherche, je me suis appuyée sur trois critères : que le sujet touche les francophones; que le sujet couvre le territoire du Nord de l'Ontario; que le mémoire soit utile. Le titre du mémoire indique que j'ai atteint mes deux premiers objectifs. Pour le troisième, est-ce que ce mémoire sera utile? Le document final, j'en doute. Cependant, je crois que le processus de recherche de ce mémoire de maîtrise aura aidé plusieurs personnes à réfléchir sur le rôle des Carrefours santé comme moteur de la participation citoyenne du Nord de l'Ontario. Étant moi-même une agente pour le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO), je confirme qu'il a eu beaucoup de changements apportés dans la mise en œuvre des Carrefours santé depuis le début de ma collecte de données. Je suis maintenant heureuse de pouvoir continuer, au cours des prochaines années, mon travail qui a été amorcé par ce projet de recherche. Je dois également dire que j'ai appris à mieux connaître « mon » Nord de l'Ontario et les francophones dynamiques qui l'habitent, ce qui me convainc davantage que ma place est là. De plus, ce mémoire m'a inculqué la rigueur et la patience. Finalement, il m'a appris à laisser aller la perfection... du moins, un peu!

Merci au Centre canadien de recherche sur les francophonies en milieu minoritaire d'avoir subventionné ce projet. Merci à Marc qui m'a donné l'idée et l'opportunité d'entamer ce sujet de recherche. Merci à tous les employés du RMEFNO qui sont maintenant mes collègues. Merci à mes amies de maîtrise, Maryse, Caroline, Magali et Roxanne, pour votre soutien et vos encouragements constants. Merci à mon directeur, Martin, de m'avoir laissé beaucoup de flexibilité et de liberté dans ma recherche et mon analyse. Merci à mon mari, Dave, aux membres de ma famille et à mes autres ami-e-s qui ont toujours cru en moi, même quand je préférais parler de la météo au lieu de répondre à la question qui tue : « Pis, ça avance tu bien ton projet? » Merci à Claire, Sylvie et ma mère pour vos yeux de grammaire et orthographe. Et finalement, un merci tout spécial aux Carrefours santé. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et aussi, merci pour votre travail visant à améliorer l'accès aux services de santé en français dans votre communauté. N'oublions pas que c'est en faisant des petits pas qu'on parvient à parcourir de grandes distances!

## TABLE DES MATIERES

Listes des abréviations, des sigles et des acronymes .....	x
Résumé .....	xi
Introduction .....	1
<b>CHAPITRE 1 – La minorité francophone en Ontario : des inégalités .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Les francophones en Ontario : une minorité linguistique et culturelle protégée .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Portrait des francophones de l’Ontario .....	5
1.1.2 Lois pour protéger la minorité .....	6
<b>1.2 Le fait minoritaire : un déterminant de la santé .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Les déterminants de la santé : influencer la santé.....	7
1.2.2 Santé des francophones : un accès aux soins limité .....	9
<b>1.3 Améliorer la santé : une planification locale .....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Réseaux locaux d’intégration des services de santé : participation des communautés .....	11
1.3.2 Entités de planification : participation de la communauté francophone.....	12
<b>1.4 Participation de la communauté francophone : Nord de l’Ontario .....</b>	<b>13</b>
1.4.1 Nordicité : s’adapter à différentes réalités .....	14
1.4.2 Carrefours santé : un modèle d’engagement ascendant.....	19
<b>1.5 Question de recherche.....</b>	<b>21</b>
<b>CHAPITRE 2 – La participation citoyenne : pour une prise en main.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Concept de la participation citoyenne .....</b>	<b>22</b>
2.1.1 Concepts homologues et nuances : des définitions.....	22
2.1.2 La participation citoyenne en santé : des définitions .....	24
2.1.3 La participation citoyenne : notre définition .....	25
<b>2.2 Émergence de la participation citoyenne : une tendance .....</b>	<b>25</b>
2.2.1 Le développement communautaire : la base de la participation citoyenne .....	25
2.2.2 Émergence de la participation citoyenne .....	26
2.2.3 Émergence de la participation citoyenne en santé .....	27
<b>2.3 Acteurs de la participation citoyenne .....</b>	<b>28</b>

2.3.1 Le savoir citoyen.....	29
2.3.2 Le savoir expert .....	30
2.3.3 Le savoir institutionnel .....	31
2.3.4 Diverses sources de savoir et d'influence : trouver l'équilibre .....	32
<b>2.4 Importance de la participation citoyenne .....</b>	<b>33</b>
2.4.1 Avantages pour les institutions .....	34
2.4.2 Avantages pour la société et les collectivités .....	35
2.4.3 Effets chez les individus .....	36
2.4.4 Importance dans la santé de la minorité francophone .....	36
<b>2.5 Défis liés à la participation citoyenne .....</b>	<b>38</b>
2.5.1 Facteurs politiques : le pouvoir réel aux citoyens .....	38
2.5.2 Facteurs organisationnels : ressources limitées .....	39
2.5.3 Facteurs communautaires : manque de temps et d'énergie .....	40
2.5.4 Facteurs théoriques et méthodologiques : quoi et comment.....	41
<b>2.6 Mesures de la participation citoyenne .....</b>	<b>41</b>
2.6.1 L'échelle de la participation de Arnstein (1969) .....	42
2.6.2 Les dimensions de Bichmann, Muller et Rifkin (1988) .....	43
2.6.3 Perspectives de la participation citoyenne .....	44
2.6.4 Continuum de participation citoyenne en santé .....	45
<b>2.7 Hypothèses .....</b>	<b>46</b>
<b>CHAPITRE 3 - Méthodologie de recherche .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1 Une étude de cas évaluative .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2 Opérationnalisation de la participation citoyenne .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3 Les outils de collecte des données .....</b>	<b>50</b>
3.3.1 Procès-verbaux .....	51
3.3.2 Entretiens semi-dirigés .....	51
3.3.3 Sondage.....	53
3.3.4 Groupes de discussion .....	54

3.3.5 Une collecte de données exhaustive .....	55
<b>3.4 Les outils d'analyse des données .....</b>	<b>55</b>
3.4.1 Analyse des procès-verbaux .....	56
3.4.2 Analyse des entretiens semi-dirigés et des groupes de discussion .....	57
3.4.3 Analyse des sondages .....	57
3.4.4 Analyse du portrait des Carrefours santé .....	58
<b>3.5 Limites de la recherche .....</b>	<b>59</b>
<b>3.6 Considérations éthiques .....</b>	<b>60</b>
<b>CHAPITRE 4 – Les Carrefours santé en profondeur .....</b>	<b>61</b>
<b>4.1 Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) .....</b>	<b>61</b>
4.1.1 Le rôle du RMEFNO : un double mandat .....	61
4.1.2 Le territoire desservi .....	62
<b>4.2 Le modèle des Carrefours santé.....</b>	<b>63</b>
4.2.1 Le développement du modèle .....	63
4.2.2 Approche communautaire .....	64
4.2.3 Mandat et objectifs des Carrefours santé .....	65
<b>4.3 Rôles des participants .....</b>	<b>66</b>
4.3.1 Agent de planification et d'engagement communautaire .....	67
4.3.2 Participants aux Carrefours santé .....	69
4.3.3 L'acteur clé du Carrefour santé .....	70
<b>4.4 Portrait des Carrefours santé .....</b>	<b>71</b>
4.4.1 Le Carrefour santé de Thunder Bay .....	73
4.4.2 Le Carrefour santé de Timmins .....	74
4.4.3 Le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan.....	75
<b>4.5 Défis anticipés .....</b>	<b>76</b>
<b>CHAPITRE 5 – Analyse de la mise en œuvre des Carrefours santé .....</b>	<b>77</b>
<b>5.1 Adaptation aux besoins des communautés .....</b>	<b>77</b>
5.1.1 Délimitation du territoire .....	77

5.1.2 Insertion dans des groupes existants .....	78
5.1.3 Satisfaction des participants .....	79
<b>5.2 Communication .....</b>	<b>84</b>
5.2.1 Entre le RMEFNO et les Carrefours santé : la clarification du mandat .....	85
5.2.2 Entre les Carrefours santé et le RMEFNO : partage d'information et des résultats .....	87
5.2.3 Utilisation d'outils de communication.....	89
5.2.4 Entre les Carrefours santé .....	91
<b>5.3 Représentation des participants aux Carrefours santé .....</b>	<b>92</b>
5.3.1 La place des fournisseurs de services de santé et de services sociaux .....	93
5.3.2 La place des organismes communautaires.....	95
5.3.3 La place des citoyens individuels .....	96
5.3.4 La place de l'agent.....	97
5.3.5 Représentation de la population francophone.....	98
<b>5.4 Problèmes d'interprétation .....</b>	<b>99</b>
<b>CHAPITRE 6 – Analyse de la participation citoyenne des Carrefours santé .....</b>	<b>101</b>
<b>6.1 Mesurer la participation citoyenne : les résultats des Carrefours santé.....</b>	<b>101</b>
6.1.1 Informer et éduquer : connaître et comprendre les enjeux de la santé .....	101
6.1.2 Consultation : de la participation ponctuelle .....	102
6.1.3 Faire participer : un engagement soutenu .....	104
6.1.4 Collaboration : la mise en œuvre de solutions.....	105
6.1.5 Habilitation : le pouvoir délégué .....	106
<b>6.2 Des résultats positifs : analyse de trois Carrefours santé .....</b>	<b>107</b>
6.2.1 Le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan : une évolution rapide.....	108
6.2.2 Le Carrefour santé de Timmins : cohabiter avec des organismes communautaires .....	110
6.2.3 Le Carrefour santé de Thunder Bay : mettre en œuvre des stratégies .....	111
<b>6.3 L'écart entre la théorie et la pratique : les défis des Carrefours santé .....</b>	<b>113</b>
6.3.1 Maintenir l'engagement : la fragilité des Carrefours santé .....	113
6.3.2 Éduquer les Carrefours santé : plus difficile que prévu.....	114

6.3.3 Autonomie des Carrefours santé : un processus long .....	117
6.3.4 Le leader : un acteur d'importance .....	119
6.3.5 La communication bilatérale : un travail constant.....	120
6.3.6 Le réel pouvoir au citoyen : quelles options? .....	120
6.3.7 Co-exister avec d'autres organismes : se tailler une place .....	122
<b>6.4 Les Carrefours santé : un potentiel de participation citoyenne.....</b>	<b>123</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>124</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>131</b>
<b>Annexe 1 – Régions désignées sous la Loi sur les services en français .....</b>	<b>138</b>
<b>Annexe 2 – Grilles d'entretiens semi-dirigés .....</b>	<b>139</b>
<b>Annexe 3 - Sondage .....</b>	<b>142</b>
<b>Annexe 4 – Plan de discussion pour les groupes de discussion .....</b>	<b>145</b>
<b>Annexe 5 – Grille d'analyse des données .....</b>	<b>146</b>
<b>Annexe 6 – Grille d'analyse portrait des Carrefours santé.....</b>	<b>147</b>
<b>Annexe 7 – Formulaire de consentement .....</b>	<b>148</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 – Les 12 déterminants de la santé.....	7
Tableau 2 – Population francophone du Nord de l'Ontario (2011).....	16
Tableau 3 – Population francophone des régions du Nord-Est de l'Ontario (2011).....	16
Tableau 4 – Population francophone de certaines villes du Nord-Est de l'Ontario (2011).....	17
Tableau 5 – Population francophone des régions du Nord-Ouest de l'Ontario (2011).....	18
Tableau 6 – Population francophone de villes dans le Nord-Ouest de l'Ontario (2011).....	18
Tableau 7 – Avantage de la participation citoyenne pour les institutions.....	34
Tableau 8 – Avantages de la participation citoyenne pour la société/les collectivités.....	35
Tableau 9 – Effets de la participation citoyenne chez les individus.....	36
Tableau 10 – Opérationnalisation du concept de la participation citoyenne.....	50
Tableau 11 – Personnes interviewées pour la collecte de données.....	52
Tableau 12 – Carrefours santé rencontrés lors des groupes de discussion.....	55
Tableau 13 – Exemple fictif de la grille d'analyse de données.....	56
Tableau 14 – Exemple fictif du tableau d'analyse des procès-verbaux.....	57
Tableau 15 – Densité approximative de francophones par région du RMEFNO.....	62
Tableau 16 – Avantages et inconvénients des approches communautaire et institutionnelle.....	64
Tableau 17 – Objectifs des Carrefours santé.....	66
Tableau 18 – Regroupements d'analyse des participants.....	67
Tableau 19 – Différents aspects des Carrefours santé.....	72
Tableau 20 – Milieux d'où viennent les acteurs des Carrefours santé.....	93
Tableau 21 – Niveau d'engagement des Carrefours santé selon les agents.....	105
Tableau 22 – Autonomie des Carrefours santé.....	117



Figure 1 – La carte des régions du RMEFNO.....	15
Figure 2 – Les Carrefours santé dans le système de santé .....	20
Figure 3 – Le pentagone du partenariat de Boelen (2001) .....	30
Figure 4 – Échelle de la participation citoyenne d’Arnstein (1969) .....	42
Figure 5 – Les dimensions de Bichmann, Muller et Rifkin (1988).....	44
Figure 6 – Perspectives de la participation citoyenne de Fournier et Potvin (1995) .....	44
Figure 7 – Continuum de participation publique de Santé Canada (2000) .....	45
Figure 8 – Le continuum de la participation citoyenne des RLISS (2011).....	46
Figure 9 – Le rôle de l’agent dans le Carrefour santé .....	68
Figure 10 – La carte des Carrefours santé.....	71
Figure 11 – Composition des participants du Carrefour santé de Thunder Bay .....	74
Figure 12 – Composition des participants du Carrefour santé de Timmins .....	75
Figure 13 – Composition des participants du Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan .....	76
Figure 14 – Impression de contribuer au changement dans la communauté .....	80
Figure 15 – Satisfaction du travail accompli par le RMEFNO avec le Carrefour santé .....	81
Figure 16 – Appui du RMEFNO dans la mise en œuvre de solutions pour la communauté .....	84
Figure 17 – Compréhension du rôle des Carrefours santé par les participants .....	85
Figure 18 – Communication facile et efficace entre le Carrefour santé et le RMEFNO .....	87
Figure 19 – RMEFNO tient compte des discussions tenues par le Carrefour santé .....	88
Figure 20 – Impression d’avoir les compétences pour participer au Carrefour santé.....	115
Figure 21 – RMEFNO fait du bon travail pour informer et éduquer sur les défis .....	116

## LISTES DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<b>Agent</b>	Agent de planification et d'engagement communautaire
<b>CCCFSM</b>	Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire
<b>CS</b>	Carrefour santé
<b>CSF</b>	Commissariat aux services en français
<b>CRRIDEC</b>	Centre régional de recherche et d'intervention en développement économique et communautaire
<b>Entité de planification</b>	Entité de planification des services de santé en français de l'Ontario
<b>FCFA</b>	Fédération canadienne francophone et acadienne
<b>FSS</b>	Fournisseurs de services de santé et de services sociaux
<b>LSF</b>	Loi sur les services en français
<b>MSSLD</b>	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
<b>Nord-Est</b>	Nord-Est de l'Ontario
<b>Nord-Ouest</b>	Nord-Ouest de l'Ontario
<b>OAF</b>	Office des affaires francophones
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>Réseaux</b>	Réseaux ontariens de santé en français
<b>RMEFNO</b>	Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario
<b>RLISS</b>	Réseau local d'intégration des services de santé
<b>SRF</b>	Smooth Rock Falls
<b>SSM</b>	Sault Ste. Marie
<b>V</b>	Véhicule

## RÉSUMÉ

Cette recherche s'intéresse à la participation citoyenne des francophones du Nord de l'Ontario dans le domaine de la santé. Elle met à l'étude les Carrefours santé, un modèle de participation citoyenne créé et mis sur pied par le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario suite à sa nomination comme entité de planification des services de santé en français dans le Nord de l'Ontario.

Les francophones de l'Ontario forment une minorité linguistique protégée par des lois. Cependant, plusieurs études ont démontré des disparités sur le plan de la santé entre la minorité francophone et la majorité anglophone. Les francophones seraient en moins bonne santé que les anglophones, entre autres, à cause des barrières linguistiques et d'autres déterminants de la santé. Parallèlement, le milieu de la santé en général met de plus en plus l'accent sur la participation des citoyens afin d'agir sur les déterminants de la santé pour intervenir positivement. La mise sur pied du modèle des Carrefours santé s'inscrit dans ces contextes.

Notre recherche tente de comprendre comment les Carrefours santé, situés dans différentes communautés du Nord de l'Ontario, moussent une participation citoyenne des francophones dans le domaine de la santé, dans cette région. Ainsi, afin de réaliser ce mémoire de maîtrise, nous avons procédé, dans un premier temps, à un survol de ce que devraient être les Carrefours santé. Dans un deuxième temps, nous avons examiné la mise en œuvre des Carrefours santé. Finalement, nous avons analysé les résultats générés par ces Carrefours santé et abordé les défis sur le terrain.

Les conclusions de cette recherche permettent d'identifier des enjeux qui viennent influencer le fonctionnement d'un Carrefour santé, faisant en sorte que selon le contexte de la communauté où il se trouve, l'organisme peut être appelé à jouer un rôle différent d'un endroit à l'autre sur le territoire à l'étude.

**Mots-clés :** Participation citoyenne, engagement citoyen, santé, minorités linguistiques, Nord de l'Ontario, francophones, Entité de planification des services de santé en français

## INTRODUCTION

Faire partie d'un groupe minoritaire dans un pays ou même une province présente de nombreux défis. Même si cette minorité est protégée par des lois, rien ne garantit que les droits seront respectés, ce qui peut créer de grandes inégalités sociales entre des groupes linguistiques ou ethniques, faisant ainsi obstacle au développement du groupe.

Ce mémoire porte donc sur les défis auxquels fait face la minorité linguistique francophone de l'Ontario dans le domaine de la santé. Il a d'ailleurs été démontré que des disparités en matière de santé entre la minorité francophone et la majorité anglophone de l'Ontario existent (Picard et Allaire, 2005; FCFA, 2011). Pour résoudre ce problème, plusieurs stratégies ont été mises en place. La présente recherche se concentre sur l'une d'entre elles : la prise en main de la santé par les francophones dans les Carrefours santé, soit la participation citoyenne. Ainsi, l'objectif de cette recherche consiste à évaluer un modèle de participation citoyenne qui désire assurer l'engagement des communautés francophones du Nord de l'Ontario dans le domaine de la santé. La recherche se place alors dans une optique de développement communautaire qui est « une forme d'action collective structurée sur un territoire donné qui, par la participation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, cible des enjeux collectifs reliés aux conditions et à la qualité de vie » (Bourque, 2008 : 56).

À partir de cette définition, il convient de dire que « l'action collective » recouvre l'axe « participation citoyenne » de notre recherche. D'après Bernard Vachon, le fait que « la personne constitue la force motrice du développement » devient l'un des fondements du développement local (Vachon et Coallier, 1993 : 74). Conséquemment, la participation citoyenne semble être un élément essentiel au développement des collectivités. Sur le plan scientifique, cette recherche permettra alors de comprendre les défis rencontrés par rapport à la participation citoyenne des francophones en milieu minoritaire, plus spécifiquement dans le Nord de l'Ontario. Cette étude se traduira donc par une amélioration des connaissances en ce qui concerne la réalité de la minorité franco-ontarienne.

Le modèle à l'étude, soit les Carrefours santé, vise une prise en main des communautés francophones. Selon Vachon et Coallier (1993), ce type de stratégie permet de redonner à la collectivité ses capacités à, entre autres, exprimer ses besoins et ses aspirations, analyser les

situations dans lesquelles elle se trouve, résoudre les problèmes qui la préoccupent par la formulation et la réalisation de projets et dynamiser la population de son territoire, ce qui compose les éléments essentiels du développement local ou communautaire.

Le premier chapitre expose le sujet de la minorité francophone en Ontario et des inégalités, particulièrement dans le domaine de la santé. Il y sera question du cheminement poursuivi des inégalités linguistiques et la création des Carrefours santé dans le Nord de l'Ontario afin de mousser la participation citoyenne. Cette problématique se conclura sur notre question de recherche : *Comment les Carrefours santé favorisent-ils la participation citoyenne dans le domaine de la santé dans le Nord de l'Ontario?*

Dans le second chapitre, divers éléments de la participation citoyenne seront placés sous la loupe. Comment ce concept a-t-il pris forme, en particulier dans le domaine de la santé? Qui sont ses acteurs? Quelle est son importance? Quels sont ses défis et comment les mesure-t-on? Ce cadre théorique ouvrira la porte à nos hypothèses de recherche.

Le troisième chapitre sera consacré à la démarche méthodologique qui a guidé notre processus de recherche. Ce mémoire est une étude de cas évaluative utilisant plusieurs méthodes de collecte de données telles qu'une analyse documentaire, des entretiens semi-dirigés, un sondage et des groupes de discussion. Nous y présentons également nos façons d'analyser les données recueillies ainsi que nos considérations éthiques.

Le quatrième chapitre, pour sa part, trace un portrait détaillé de ce que sont les Carrefours santé. Ici, nous allons répondre aux traditionnels quoi, qui, où, quand, comment et pourquoi. Par exemple, qui a fondé les Carrefours santé et pourquoi? Comment les a-t-on créés? Qui sont les acteurs et où les Carrefours santé sont-ils situés? Ce chapitre a pour but de mieux circonscrire et comprendre l'objet de notre recherche.

Le cinquième chapitre constitue le cœur de l'analyse. En effet, ce chapitre permettra de découvrir comment s'est déroulée la mise en œuvre des Carrefours santé. Celle-ci sera observée et analysée sous trois angles : l'adaptation aux besoins des communautés, la communication et le rôle des acteurs. Il sera ainsi possible de voir si les Carrefours santé ont été structurés en suivant le modèle initial.

Le sixième chapitre se veut une étude plus en profondeur de la participation citoyenne au sein des Carrefours santé. D'une part, nous chercherons à déterminer s'ils ont bel et bien généré de la participation citoyenne et à quel niveau. C'est ici que nous utiliserons notre cadre d'analyse afin de déterminer quels sont les résultats générés par les Carrefours santé. D'autre part, la deuxième partie du chapitre servira à énumérer les défis de la participation citoyenne dans les Carrefours santé. Cette section se terminera par une réflexion sur la place des Carrefours santé dans le développement des communautés francophones du Nord de l'Ontario.

En guise de conclusion, nous reviendrons sur chacune de nos hypothèses afin de les valider ou de les réfuter. Des pistes d'actions afin d'améliorer l'efficacité des Carrefours santé seront proposées. Nous présenterons également des défis liés à l'analyse des données. Finalement, nous conclurons sur une réflexion de la place des Carrefours santé dans le développement de la communauté francophone du Nord de l'Ontario.

## **CHAPITRE 1 – LA MINORITÉ FRANCOPHONE EN ONTARIO : DES INÉGALITÉS**

Peu seront surpris d'apprendre que l'histoire de la minorité francophone de l'Ontario est parsemée de luttes et de batailles afin d'assurer le respect de leurs droits. Plusieurs se souviennent des nombreuses tentatives d'assimilation, dont la plus connue est celle de l'instauration du Règlement 17, en 1912, qui interdisait l'enseignement de langue française dans les écoles de l'Ontario. Depuis, les batailles se sont succédé, principalement dans les domaines de l'éducation et de la santé. On peut également penser à la lutte S.O.S Montfort, en 1997, qui visait à garder ouvert le seul hôpital de langue française en Ontario.

Aujourd'hui, en 2015, quelle est la situation des francophones en Ontario? Bien qu'il y ait toujours un manque quant à l'accès aux études supérieures en Ontario français, le domaine de l'éducation peut se vanter d'avoir fait des gains considérables avec la création des conseils scolaires francophones partout en Ontario en plus de la création de collèges de langue française, comme le Collège Boréal et la Cité collégiale. L'accès aux soins de santé en français est toutefois un sujet qui fait encore couler beaucoup d'encre. C'est d'ailleurs ce sujet qui fait l'objet du présent travail. Quelle est la situation des francophones en matière de santé en Ontario? Devant cette problématique, il convient de brosser un portrait de l'état de santé des francophones puis de montrer comment le gouvernement de l'Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) tentent de répondre à certains des défis découlant de ce portrait, plus particulièrement dans le Nord de l'Ontario. Une question de recherche spécifique émergera, celle-ci nous permettra de mettre en lumière un problème en particulier. D'entrée de jeu, il semble essentiel d'examiner la situation générale de la minorité francophone en Ontario.

### **1.1 Les francophones en Ontario : une minorité linguistique et culturelle protégée**

D'après le Commissariat aux services en français de l'Ontario (CSF, 2009), il existe un mythe dans la province voulant que le français n'ait aucune raison d'être traité différemment des autres langues parlées en Ontario. Il s'agit effectivement d'un mythe puisque les francophones de l'Ontario forment une minorité linguistique et culturelle protégée par des lois et qui, en constituant l'une des deux cultures fondatrices du pays, possède des droits (CSF, 2009).

### *1.1.1 Portrait des francophones de l'Ontario*

Qu'est-ce qu'un francophone en Ontario? Même si la réponse à cette question peut sembler, à prime à bord, évidente, elle comporte plusieurs nuances. La langue maternelle, la connaissance des langues officielles, la langue parlée à la maison, la première langue officielle parlée et la langue parlée au travail sont des variables utilisées par Statistique Canada pour définir le francophone (Forgues, Landry et Boudreau, 2009).

Dans le cadre de cette recherche, une façon de caractériser les francophones serait de se baser sur la définition inclusive des francophones qui a été adoptée en 2009 par le gouvernement de l'Ontario :

Sont considérées comme étant francophones de l'Ontario les personnes pour lesquelles la langue maternelle est le français, de même que les personnes pour lesquelles la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, mais qui ont une bonne connaissance du français comme langue officielle et qui utilisent le français à la maison. (Site Web de l'OAF, page consultée en 2015)

Selon les données de Statistique Canada (2011), cette définition porte à 611 500 le nombre de francophones en Ontario, ce qui représente 4,8 % de la population. De ces 611 500 francophones, 22,6% résident dans le Nord de l'Ontario. Ainsi, notre travail de recherche touche 22,6 % des francophones de l'Ontario en couvrant les territoires du Nord-Est et du Nord-Ouest de la province.

Cette définition des francophones est d'ordre statistique. C'est pourquoi, il semble important de préciser des aspects plus qualitatifs de la collectivité franco-ontarienne. À cet égard, une définition, provenant d'un guide visant la collaboration avec la communauté francophone et rédigé par le Consortium pour la promotion des communautés en santé, est fort intéressante :

Les francophones de l'Ontario ont en commun la langue française. Mais pour le reste, la communauté franco-ontarienne est marquée par la diversité – d'ethnie, de religion, d'origine, d'éducation, de culture, de revenu, de valeurs, d'expérience. Il est donc primordial de tenir compte de cette diversité dans la planification, la mise en place et l'offre des services en français. (Irvine et Roussel, 2011 : 5)

De toute évidence, la population francophone de l'Ontario est très diversifiée, et ce, à plusieurs égards. Cette diversification se reflète de différentes façons, selon l'endroit où l'on se retrouve dans la province. Le Sud de l'Ontario est marqué par une population francophone immigrante en



croissance alors que le Nord de l'Ontario est surtout peuplé de francophones qui habitent au Canada depuis plusieurs générations.

### *1.1.2 Lois pour protéger la minorité*

La minorité francophone au Canada se distingue des autres minorités puisqu'elle forme l'un des peuples fondateurs du pays. De ce fait, elle est protégée par certaines lois qui misent sur l'égalité entre les deux cultures fondatrices.

D'abord au niveau fédéral, la *Loi sur les langues officielles* adoptée en 1985 a pour objet, entre autres :

d'appuyer le développement des minorités francophones et anglophones et d'une façon générale, de favoriser, au sein de la société canadienne, la progression vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais. (Gouvernement du Canada, 1985 : 2)

Cette loi interdit toute tentative d'assimilation de la minorité francophone, partout au pays. La Charte canadienne des droits et libertés (Gouvernement du Canada, 1982) stipule d'ailleurs que l'anglais et le français sont les langues officielles du Canada et reconnaît le droit à l'instruction dans la langue de la minorité.

Ensuite, au niveau provincial, la *Loi sur les services en français* (LSF) « garantit au public le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario situés dans 26 régions désignées » (Site Web de l'OAF, page consultée en 2015). Pour le Nord de l'Ontario, certaines régions sont entièrement désignées alors que d'autres ne le sont que partiellement (voir annexe 1). En ce qui a trait aux fournisseurs de services de santé, ces derniers ne sont pas automatiquement assujettis à cette loi. Lorsqu'ils ont la capacité de remplir les critères exigés par la Loi, ils sont fortement encouragés par leurs bailleurs de fonds provinciaux à préparer une demande pour être désignés sous la LSF. Dans le Nord de l'Ontario, une quarantaine de fournisseurs de services de santé, situés dans le Nord-Est, ont une désignation sous la LSF. Celle-ci s'accompagne, depuis 2007, d'un *Commissaire aux services en français* qui a pour mandat d'en assurer la mise en œuvre adéquate.

Cependant, en Ontario, la LSF ne garantit pas au public l'accès à des services de santé en français dans toutes les régions de la province et dans toutes les institutions gouvernementales. Dans de telles circonstances, peut-on assumer que des barrières linguistiques privent la minorité francophone de services essentiels?

## 1.2 Le fait minoritaire : un déterminant de la santé

Pour amorcer une discussion sur cette question, il importe de la regarder sous l'angle des déterminants de la santé. Des études et des rapports ont révélé qu'il existe des disparités en ce qui a trait à l'accès aux soins dans la langue de son choix entre la minorité francophone et la majorité anglophone de l'Ontario (Picard et Allaire, 2005; FCFA, 2001). Les barrières linguistiques ont bel et bien un effet sur l'accès aux soins (Bowen, 2001).

### 1.2.1 Les déterminants de la santé : influencer la santé

Les déterminants de la santé se définissent comme étant des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999 : 7). Selon l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Pour atteindre un bien-être physique, mental et social, il a été démontré qu'il faut agir positivement sur les déterminants de la santé.

Il existe plusieurs typologies relatives aux déterminants sociaux de la santé. Nous avons retenu celle en 12 catégories de l'Agence de la santé publique du Canada, présentée au tableau 1.

**Tableau 1 – Les 12 déterminants de la santé**

<b>Déterminant</b>	<b>Explication</b>
<b>1. Niveau de revenu et situation sociale</b>	Un faible niveau de revenu influe négativement sur la santé. Un revenu plus élevé permet d'avoir de meilleures conditions de vie.
<b>2. Réseau de soutien social</b>	Les saines relations sociales avec la famille, les amis et la collectivité permettent d'améliorer le sentiment de satisfaction et de bien-être.
<b>3. Niveau d'instruction</b>	Un niveau d'instruction plus élevé favorise l'atteinte d'une meilleure situation socio-économique. De plus, l'éducation permet d'augmenter notre capacité de résolution de problèmes et d'être plus facilement en contrôle de notre vie.
<b>4. Emploi et conditions de travail</b>	Le fait d'avoir un emploi stable génère un revenu suffisant et engendre une réduction du niveau de stress.

**Tableau 1 – Les 12 déterminants de la santé (suite)**

<b>Déterminant</b>	<b>Explication</b>
<b>5. Environnement social</b>	Un environnement social, qui apporte une bonne stabilité, une reconnaissance de la diversité, une sécurité, de bonnes relations de travail et une cohérence sociale, améliore le bien-être de la population.
<b>6. Environnement physique</b>	Un environnement physique sain, sans pollution et sans contamination contribue directement à une bonne santé.
<b>7. Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles</b>	La mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage de drogues et le manque d'activités physiques ont un impact négatif sur la santé.
<b>8. Développement sain durant l'enfance</b>	Les expériences vécues lors des premières années de la vie ont une répercussion sur l'ensemble du développement.
<b>9. Patrimoine biologique et génétique</b>	Le patrimoine biologique et génétique influe sur la santé puisque certains gènes ont des prédispositions à se développer en maladie.
<b>10. Services de santé</b>	Un accès à des soins de santé permet de prévenir et de guérir les maladies.
<b>11. Sexe</b>	La répartition des rôles dans la société fait en sorte que les hommes et les femmes peuvent être enclins à différents problèmes de santé.
<b>12. Culture</b>	La culture, englobant la langue, l'ethnie ou tout autre élément qui en fait partie, peut affecter la santé quand une personne se sent incomprise (ségrégation, soins de santé, etc.).

Référence : Site Web de l'Agence de santé publique du Canada, consulté en 2013

Selon certaines études sur la santé des francophones, il existe une disparité en défaveur de la minorité francophone (Bouchard et al. 2009; Picard et Allaire, 2005). D'après Bouchard et al. (2006),

[...] les données révèlent que les membres des communautés francophones sont en général moins jeunes, moins scolarisés et moins nombreux sur le marché du travail. Les francophones en situation minoritaire sont davantage concentrés dans des régions où l'économie est plus instable rendant ainsi plus difficiles le développement et l'accès aux ressources sociales. (Bouchard et al., 2006 : 17)

On voit dans cette citation un lien avec plusieurs déterminants de la santé, la population francophone étant plus âgée, moins éduquée et plus pauvre. De plus, certaines mauvaises habitudes de vie, telles que fumer et être inactif, sont également plus répandues parmi cette population (Picard et Allaire, 2005).

Une étude de l'Institut de recherche sur la santé des populations a illustré que le fait d'être francophone en situation minoritaire est un déterminant de la santé en soi :

Ainsi, le rapport minoritaire/majoritaire semble traduire une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui, traversée par les autres déterminants sociaux de la santé (statut socioéconomique, éducation et littératie, immigration) contribue *de facto* aux disparités de santé. (Bouchard et al., 2011 : 41)

Cette citation montre le lien entre les caractéristiques de la santé des francophones décrite plus haut et le fait minoritaire. Ces déterminants s'entrecroisent pour jouer en défaveur de la santé de la population francophone. D'après Picard et Allaire, « les francophones ont une perception de leur santé qui est moins bonne que celle de l'ensemble de la population ontarienne » (Picard et Allaire, 2005 : xi).

En ce qui concerne le Nord de l'Ontario, l'étude indique que les francophones de cette région ont une plus grande tendance à adopter des habitudes de vie qui pourraient influencer négativement leur santé (Picard et Allaire, 2005 : 136). Selon ces auteurs, il est essentiel de retenir « [qu'il] y a encore beaucoup à faire pour améliorer la santé et le mieux-être de la population franco-ontarienne et en arriver à un niveau de santé et à une qualité de vie comparable à ceux de l'ensemble de la population ontarienne » (Picard et Allaire, 2005 : 141). Dans ce contexte, il faut faire état de l'accès aux soins de santé en français et du profil de la santé des francophones.

### *1.2.2 Santé des francophones : un accès aux soins limité*

L'accès aux soins de santé est un déterminant important de la santé. Le déterminant « culture » fait également partie du portrait et les fournisseurs de services de santé ne possèdent pas toujours les compétences culturelles nécessaires pour desservir adéquatement la population francophone alors que ceci est essentiel à « l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins, de même que de l'amélioration de leur état de santé » (Aucoin, 2008 : 24).

Ce profil de santé des francophones s'accompagne d'un accès limité aux soins de santé en français en Ontario. D'après une étude de la FCFA réalisée en 2001, « la moitié des francophones n'ont pas ou ont rarement accès à des services en français » (FCFA, 2001 : 25).

L'hésitation des francophones à exprimer leurs besoins et le manque d'organisation des milieux francophones ne sont souvent pas étrangers à ces déficiences dans certaines régions. Il est

toutefois utile de souligner que cette « hésitation » est souvent accentuée lorsque l'état de santé des utilisateurs de services exige une intervention clinique immédiate. Cette vulnérabilité des utilisateurs de service peut les amener à accepter, plus facilement, un service dans une autre langue, même si la qualité des soins en souffre. (FCFA, 2001 : 34)

Le *Rapport spécial sur la planification des services en français en Ontario* (CSF, 2009) du Commissariat aux services en français relate le mythe voulant que le bilinguisme des francophones fasse en sorte qu'ils sont en mesure d'être servis en anglais adéquatement. Il traite aussi des différents problèmes liés aux manques de ressources humaines et de l'offre active<sup>1</sup> au sein de la santé en français en Ontario.

Le mythe du bilinguisme ne tient pas compte des barrières linguistiques. Selon Sarah Bowen (2001), il existe deux niveaux de barrières linguistiques qui peuvent influencer sur la santé des patients. Il y a d'abord l'accès initial aux services et par la suite les barrières linguistiques qui ont une influence sur le diagnostic et le traitement. Ainsi, un francophone n'ayant pas accès à des soins de santé dans sa langue maternelle pourrait s'empêcher d'aller chercher les soins adéquats. En ce qui concerne l'influence sur le diagnostic et le traitement, le rapport du Commissaire aux services en français donne l'exemple d'une dame de 80 ans qui n'était pas en mesure de comprendre la posologie de ses médicaments et qui a commencé à se sentir mal (CSF, 2009 : 8).

Le manque de ressources humaines semble également être un problème qui se répercute à plusieurs niveaux tant dans la formation, le recrutement et l'identification des employés francophones (Réseaux de santé en français en Ontario, 2006). De plus, selon le rapport spécial du *Commissariat aux services en français*, « dans bien des cas, le personnel médical francophone cache tout simplement sa capacité à parler français pour éviter la surcharge de travail » (CSF, 2009 : 9).

D'après le rapport de la FCFA : « l'accessibilité à des services de santé dans sa langue constitue par le fait même bien plus qu'un respect pour la culture de l'utilisateur de service. Il s'agit d'un élément parfois essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population » (FCFA, 2001 : 16). D'autre part, pour le Groupe de travail sur les services

---

<sup>1</sup> «L'offre active des services de santé en français est une offre de services régulière et permanente auprès de la population francophone» (Regroupement des Entités et Alliance des Réseaux, 2015).

de santé en français : « si un Franco-Ontarien en arrive à penser qu'il n'a pas d'autre choix que de renoncer à son identité dans son propre pays, cette personne a été forcée par les circonstances à renier sa liberté, et plus particulièrement sa liberté d'expression » (Savoie et al., 2005 : 20). Bref, le fait de ne pas avoir accès à des services de santé en français peut avoir un impact très profond non seulement sur l'individu, mais également sur la communauté francophone et sa culture, ce qui constitue une première étape vers l'assimilation ou la diglossie.

### **1.3 Améliorer la santé : une planification locale**

Le MSSLD a pour mandat d'améliorer la santé de la population de l'Ontario. Afin de relever ce défi, le gouvernement de l'Ontario a instauré une réforme du système de santé. En 2006, reconnaissant que ce sont « la collectivité, les fournisseurs de soins de santé et la population qu'ils desservent qui sont le mieux en mesure d'établir les besoins et les priorités sanitaires de la collectivité », le gouvernement de l'Ontario a adopté la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (Gouvernement de l'Ontario, 2006 : préambule).

#### *1.3.1 Réseaux locaux d'intégration des services de santé : participation des communautés*

Parallèlement à la volonté que les soins communautaires soient gérés localement, nous notons une volonté de faire participer les communautés dans la planification des services. En 1978, la déclaration d'Alma-Ata pour les soins de santé primaires favorisait la participation dans la planification des services de santé. Ensuite, en 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé réitère l'idée de la participation citoyenne dans la promotion de la santé. Plus tard, « la nécessité de procurer des occasions de participation valable au public et de faire participer les citoyens de manière plus efficace est reconnue comme l'un des principaux défis du gouvernement » (Santé Canada, 2000 : 11). De son côté, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) croit que les communautés verbalisent une « expression des besoins et des attentes avec une approche orientée sur les problèmes » (Boelen, 2001 : 65) et encourage la planification des services de santé selon une approche qui implique cinq intervenants : les décideurs politiques, les gestionnaires de la santé, les professionnels de la santé, les institutions académiques et les communautés (Boelen, 2001).

C'est dans ce contexte que furent créés les quatorze réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario (RLISS) qui ont comme mandat de faire participer la collectivité dans la planification des soins de santé sur le territoire qu'ils desservent. Les RLISS sont également responsables du financement de certains fournisseurs de soins.<sup>2</sup> De plus, cette loi oblige les fournisseurs de soins à se conformer aux décisions du RLISS concernant l'intégration des services.

La Cour suprême du Canada, dans plusieurs jugements rendus au cours de ces vingt dernières années, a clairement indiqué que ces [traduction] « personnes qui ont une connaissance précise de cette communauté (francophone) » sont en fait les francophones. Elle a expliqué que, sans que cela soit de sa faute, la majorité linguistique ne pouvait pas comprendre les besoins de la minorité linguistique et qu'elle n'était pas habilitée à prendre des décisions pour répondre de manière adéquate à ces besoins. Les membres de la majorité n'ont pas, comme on peut le comprendre, le réflexe de penser comme les membres d'une minorité dont l'instinct essentiel est celui de la survie culturelle et linguistique. (Savoie et al., 2005 : 10)

Ainsi, la voix de la minorité se perd facilement dans celle de la majorité. D'après le Rapport Savoie, « les Franco-Ontariens ne disposent que d'une liberté d'expression très limitée et restreinte dans le système des soins de santé de l'Ontario » (Savoie et al., 2005 : 20). Pourtant en 1975, le gouvernement a reconnu cette affirmation du Dr Dubois : « les problèmes linguistiques peuvent influencer la qualité des services de soins de santé qui sont actuellement fournis aux citoyens de la province de l'Ontario » (Savoie et al., 2005 : 21).

### *1.3.2 Entités de planification : participation de la communauté francophone*

Cependant, la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* possédait des dispositions législatives traitant des services de santé en français. Ainsi, le MSSLD s'est vu dans l'obligation de mettre en place des entités de planification (tel qu'annoncé initialement par la loi) afin d'engager et de faire participer la communauté francophone dans la planification des soins de santé. Au total, il en a créé six. À cet égard, le gouvernement de l'Ontario a établi en 2009 le *Règlement de l'Ontario 515/09*, qui mise sur l'engagement de la collectivité francophone en application l'article 16 de la loi :

---

<sup>2</sup> Les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques que la province a cédés, les centres d'accès aux soins communautaires, les organismes de soutien communautaire, les organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, les centres de santé communautaire et les foyers de soins de longue durée.

Lorsqu'il engage la collectivité comme le prévoit le paragraphe (1), le réseau local d'intégration des services de santé engage [...] l'entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau qui est prescrite. (Gouvernement de l'Ontario, 2006 : chap. 4, par. 16)

Les entités de planification de services de santé en français sont donc responsables de l'engagement communautaire et de la planification des services de santé chez les francophones de leur région. Ils conseillent également les RLISS sur les points suivants :

- a) les façons d'engager la collectivité francophone de la zone;
- b) les besoins et priorités de la collectivité francophone de la zone en matière de santé, notamment ceux des divers groupes qui la composent;
- c) les services de santé dont dispose la collectivité francophone de la zone;
- d) l'identification et la désignation de fournisseurs de services de santé en vue de la prestation de services de santé en français dans la zone;
- e) les stratégies visant à améliorer l'accès aux services de santé en français, leur accessibilité et leur intégration au sein du système de santé local;
- f) la planification et l'intégration des services de santé dans la zone. (Gouvernement de l'Ontario, 2009 : 3)

La participation citoyenne est donc une responsabilité du système de santé. Dans le nord de l'Ontario, c'est le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) qui assure la fonction d'entité de planification des services de santé en français.

#### **1.4 Participation de la communauté francophone : Nord de l'Ontario**

Le RMEFNO est un organisme fondé en 2010 par une fusion de deux réseaux de santé francophones financés par la Société Santé en français, soit le Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, mis sur pied en 2004 et le Réseau de santé en français du Moyen-Nord créé en 2003. Il fait partie d'un groupe de 16 réseaux de santé en français répartis dans les provinces et les territoires du Canada où les francophones sont minoritaires. Par le biais d'un financement fédéral, ces réseaux ont pour objectif l'amélioration des services de santé en français dans leur région respective par le réseautage mettant en scène différents partenaires : les professionnels de la santé, les autorités gouvernementales, les gestionnaires d'établissements de soins, les institutions de formation et les communautés. Cette organisation découle d'une vision inspirée du « pentagone du partenariat » de Boelen (2001).

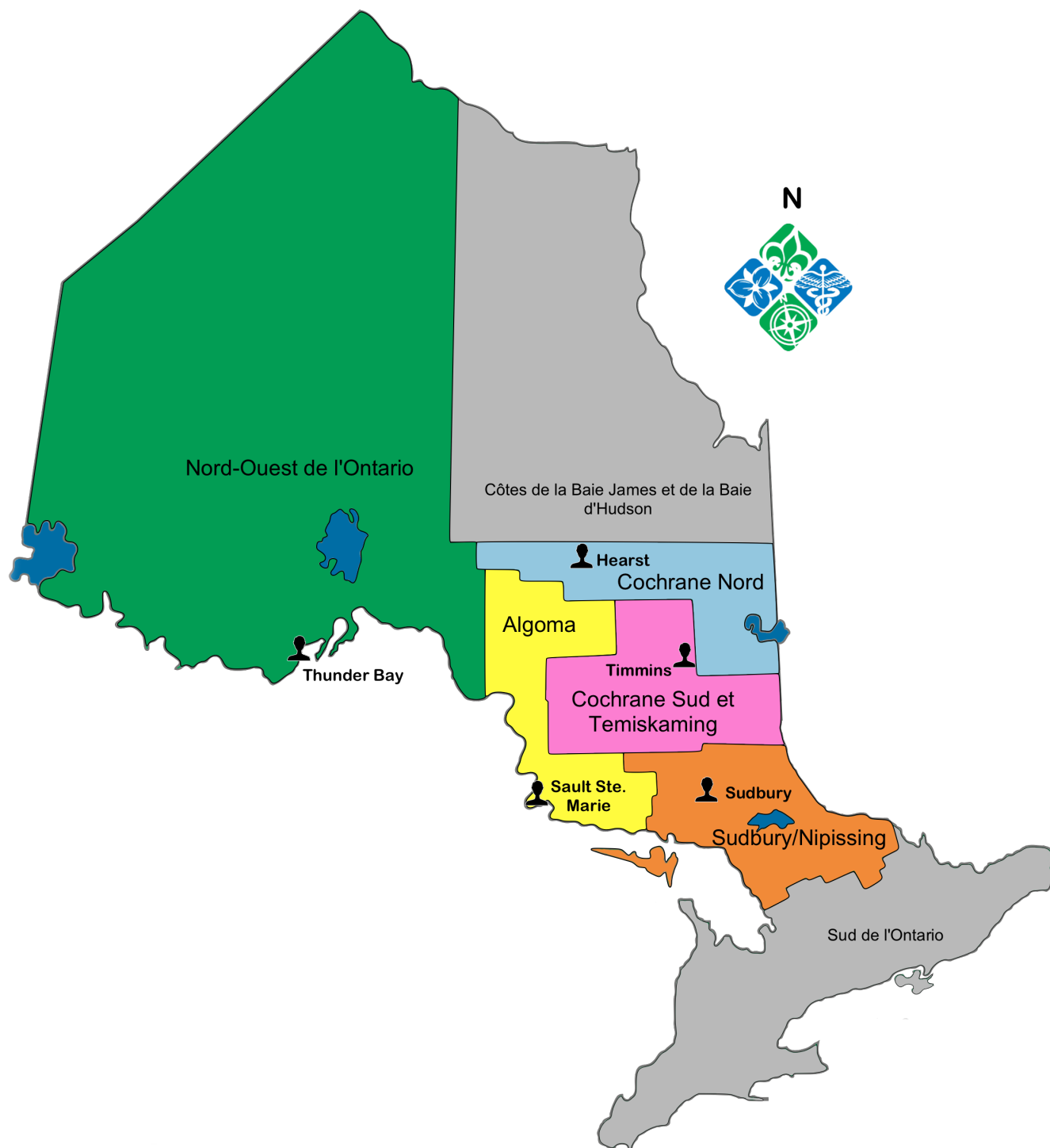


La fusion des deux réseaux situés dans le Nord de l'Ontario se voulait la réponse à un appel de propositions du MSSLD qui cherchait à sélectionner une entité de planification des services de santé en français dans la région. Ainsi, depuis 2011, le RMEFNO assure également le rôle d'entité de planification des services de santé en français, qui se doit d'aviser le RLISS du Nord-Est et le RLISS du Nord-Ouest, selon les mandats énumérés précédemment, dans le cadre d'une Entente de financement et de responsabilisation (2011). Du coup, le RMEFNO, étant responsable de l'engagement communautaire des francophones, devait mettre sur pied un modèle d'engagement communautaire adapté aux besoins de sa région et répondant aux lignes directrices des RLISS. Le modèle sera nommé « Carrefours santé ».

#### *1.4.1 Nordicité : s'adapter à différentes réalités*

Le Nord de l'Ontario couvre un vaste territoire. Bien que son économie repose majoritairement sur l'exploitation forestière et l'extraction de minéraux, différentes réalités socioculturelles et linguistiques le composent. Entre autres, la concentration de francophones varie considérablement d'une région à l'autre et d'une ville à l'autre. Bien que cela complexifie la participation citoyenne, c'est ce qui la justifie davantage. Pour bien comprendre la vastitude du territoire nord-ontarien, on retrouve, à la figure 1, la carte des régions du RMEFNO : Cochrane Nord (bleu), Algoma (jaune), Cochrane Sud et Temiskaming (rose) ainsi que Sudbury/Nipissing (orange) se retrouvent dans le Nord-Est de l'Ontario. La région du Nord de l'Ontario couvre, à elle seule, plus de 75% du territoire ontarien. Afin d'assurer une présence sur tout le territoire, des bureaux sont installés dans les villes de Thunder Bay dans le Nord-Ouest, de Hearst dans Cochrane Nord, de Timmins dans Cochrane Sud/Temiskaming, de Sault Ste. Marie dans Algoma ainsi que de Sudbury dans Sudbury/Nipissing. Les agents de chaque région se déplacent afin de desservir le territoire. Des centaines de kilomètres séparent les extrémités de chaque région.

Figure 1 – La carte des régions du RMEFNO



Référence : Carte fournie par le RMEFNO (2014)

Jetons maintenant un coup d'œil sur les différentes concentrations de francophones. Comme il est possible de le constater dans le tableau 2, il existe une grande différence entre le pourcentage de population francophone dans le Nord-Est et dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Il serait cependant réducteur de se fier uniquement à ces chiffres pour comprendre la différence de concentration de francophones entre les deux régions.

**Tableau 2 – Population francophone du Nord de l'Ontario (2011)**

	<b>Population totale</b>	<b>Population francophone</b>	<b>% Population francophone</b>
<b>Nord de l'Ontario</b>	611 500	134 875	22,6
<b>Nord-Est</b>	544 675	127 265	23,4
<b>Nord-Ouest</b>	221 545	7 610	3,4

Référence : Statistique Canada, recensement de 2011, selon la Définition inclusive des francophones

Dans le Nord-Est, il existe des différences majeures de population entre les régions. En effet, le tableau 3 indique que certaines régions ne sont pas plus francophones que le Nord-Ouest de la province alors que d'autres le sont largement plus que la moyenne du Nord-Est. Dans le district de Cochrane, par exemple, la population est francophone à près de 50 % alors que dans Algoma, elle ne l'est qu'à 7,1 %.

**Tableau 3 – Population francophone des régions du Nord-Est de l'Ontario (2011)**

<b>Région</b>	<b>Population totale</b>	<b>Population francophone</b>	<b>% Population francophone</b>
<b>Nord-Est</b>	544 675	27 265	23,4
<b>Cochrane</b>	80 220	37 185	46,4
<b>Timiskaming</b>	32 105	7990	24,9
<b>Sudbury</b>	21 090	5 625	26,7
<b>Grand Sudbury</b>	158 805	45 735	28,8
<b>Nipissing</b>	83 515	20 915	25,0
<b>Manitoulin</b>	12 835	395	3,1
<b>Parry Sound</b>	41 760	1 300	3,1
<b>Algoma</b>	114 345	8115	7,1

Référence : Statistique Canada, recensement de 2011, selon la Définition inclusive des francophones

De même que pour le tableau précédent, il est encore trop réducteur de se fier à ces chiffres pour connaître la réalité de la concentration de francophones dans le Nord-Est. Prenons, par exemple, quelques villes et localités d'un peu partout dans ce secteur de la province. À cet effet, le tableau 4 rend compte du fait qu'il existe de grandes disparités concernant le pourcentage de population francophone entre les villes. C'est dans les plus petites villes ou dans les petites

localités que l'on retrouve les pourcentages les plus élevés de francophones (au-delà de 50 %). Hearst, par exemple, compte 88,5 % de francophones. Certaines villes populeuses ont un nombre considérable de francophones, notamment Sudbury (28,8 %). D'un autre côté, une ville comme Sault Ste. Marie, bien qu'elle soit composée de seulement 4,1 % de francophones, en compte 3 035, un nombre qui n'est pas à négliger.

**Tableau 4 – Population francophone de certaines villes du Nord-Est de l'Ontario (2011)**

<b>Ville</b>	<b>Population totale</b>	<b>Population francophone</b>	<b>% Population francophone</b>
<b>Hearst</b>	5 015	4 440	88,5
<b>Timmins</b>	42 675	16 840	39,5
<b>Sudbury</b>	158 705	45 735	28,8
<b>Chapleau</b>	2 095	850	40,6
<b>Sault Ste. Marie</b>	74 010	3 035	4,1
<b>Dubreuilville</b>	635	565	89,0
<b>North Bay</b>	52 850	8060	15,3
<b>Nipissing Ouest</b>	13 970	9 140	65,4
<b>Temiskaming Shores</b>	10 160	3 280	32,3

Référence : Statistique Canada, recensement de 2011, selon la Définition inclusive des francophones

Quant aux services de santé dans le Nord-Est, ils présentent « une variation des niveaux de services allant de faibles jusqu'à adaptés aux besoins selon la région et les communautés desservies » (Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, 2006 : 19). Le rapport du Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario (2006) souligne également qu'il semble y avoir plus de services en français dans les organismes gérés par des francophones. Ainsi, plus la région est francophone en proportion, plus il y a de services de santé en français, adaptés aux besoins des citoyens.

Dans le Nord-Ouest, on retrouve une densité de population francophone beaucoup plus faible. Les communautés sont également très dispersées sur le territoire (Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, 2006). Plusieurs d'entre elles sont donc très isolées, surtout en hiver, lorsque la condition des routes est précaire. Le tableau 5 montre que les régions du Nord-Ouest de l'Ontario comportent toutes un faible pourcentage de francophones.

**Tableau 5 – Population francophone des régions du Nord-Ouest de l'Ontario (2011)**

Région	Population totale	Population francophone	% Population francophone
<b>Nord-Ouest</b>	221 545	7 610	3,4
<b>Thunder Bay</b>	144 285	5 875	4,1
<b>Rainy River</b>	20 145	375	1,9
<b>Kenora</b>	57 110	1355	2,4

Référence : Statistique Canada, recensement de 2011, selon la Définition inclusive des francophones

Cependant, lorsque l'on décortique le Nord-Ouest en quelques villes, comme dans le tableau 6, on voit que certaines d'entre elles, comme Greenstone, Marathon et Manitouadge, se distinguent par un pourcentage de francophones plus élevé. À noter que Thunder Bay, malgré son pourcentage de 2,8 % de francophones, est l'endroit où l'on en retrouve le plus, soit 2 945.

**Tableau 6 – Population francophone de villes dans le Nord-Ouest de l'Ontario (2011)**

Ville	Population totale	Population francophone	% Population francophone
<b>Thunder Bay</b>	106 695	2 945	2,8
<b>Kenora</b>	15 065	370	2,5
<b>Dryden</b>	7 500	195	2,6
<b>Greenstone</b>	4 705	1 305	27,7
<b>Manitouadge</b>	2 095	335	16,0
<b>Marathon</b>	3 330	370	11,1
<b>Fort Frances</b>	7 790	115	1,5

Référence : Statistique Canada, recensement de 2011, selon la Définition inclusive des francophones.

Dans le Nord-Ouest de la province, les services de santé en français « peuvent être qualifiés d'inexistants, sauf à quelques petites exceptions locales qui sont le reflet d'efforts individuels d'une ou de quelques personnes » (Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario, 2006 : 18).

De telles données indiquent que le Nord de l'Ontario est très diversifié en termes de quantité et de concentration de francophones. Dans le cadre de cette recherche, il est nécessaire de considérer le fait que malgré une faible proportion de francophones dans une ville, leur nombre peut être important. De plus, tant dans le Nord-Est que dans le Nord-Ouest, les citoyens des plus petites villes vont chercher certains services de santé dans les grands centres comme Sudbury, North Bay, Sault Ste. Marie, Timmins et Thunder Bay. Il faut considérer ces circonstances dans la recherche.

Bien entendu, chaque communauté du Nord se différencie également selon son histoire, ses groupes ethniques, sa localisation géographique, son économie et sa culture. De plus, « l'accès actuel et potentiel aux services de santé en français variant sensiblement d'une région à l'autre, les approches proposées doivent absolument prendre en considération les spécificités des diverses communautés visées » (CCCFMS, 2007 : 17). Étant donné ces différences, le RMEFNO se devait de développer une stratégie de participation citoyenne facilement adaptable aux différentes réalités des communautés du nord de la province.

#### *1.4.2 Carrefours santé : un modèle d'engagement ascendant*

Dès sa création en 2010, le RMEFNO a mandaté le Centre régional de recherche et d'intervention en développement économique et communautaire (CRRIDEC), afin qu'il élabore un modèle de participation et d'engagement citoyen adapté aux réalités des francophones du Nord de l'Ontario. Ce modèle devait également répondre aux lignes directrices du RLISS soit : informer et éduquer les intervenants; solliciter leur avis, au besoin, en vue d'une prise de décision; favoriser les échanges bilatéraux.

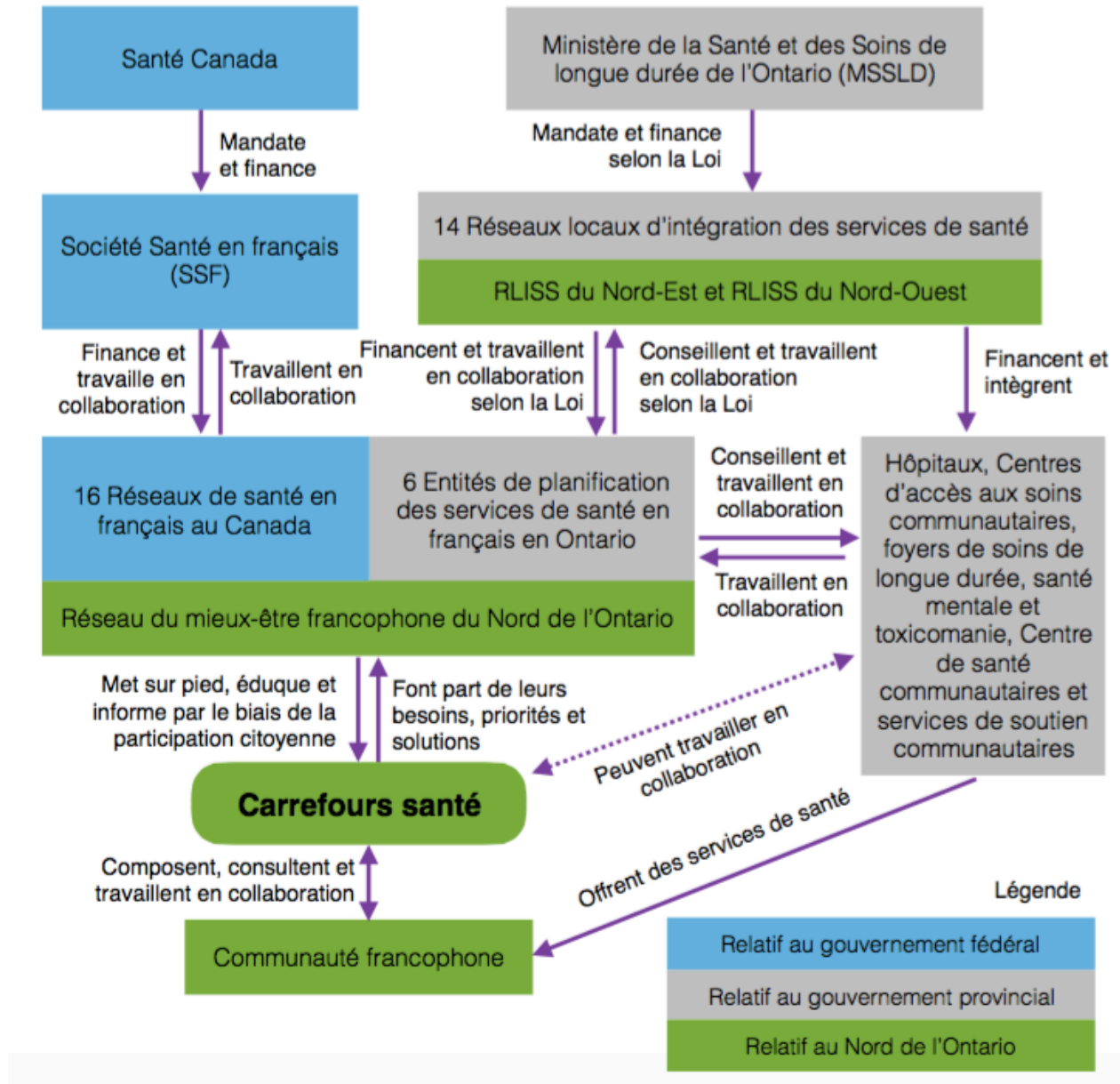
Ils ont alors présenté le modèle des Carrefours santé, qui se définit comme suit :

Un Carrefour santé est un regroupement de gens d'une communauté qui s'assemblent pour cibler les besoins de leur communauté et trouver des solutions. Un Carrefour n'a pas de structure de pouvoir, c'est simplement un point de rencontre, l'endroit où tout converge. (CRRIDEC : 2012, 25)

Les Carrefours santé ont été établis avec l'objectif d'être un modèle ascendant afin d'encourager le développement des communautés francophones par les communautés francophones. Il se veut ainsi un moteur de participation citoyenne qui mise sur une réelle prise en charge des communautés francophones de leur santé, comme recommandé par le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire dans son rapport au ministre fédéral de la santé en 2007 (CCCFMS, 2007 : 46). Les Carrefours santé sont adaptables aux différentes réalités des communautés du Nord de l'Ontario. Dans certaines communautés, le rôle du Carrefour santé peut être pris en charge par un regroupement communautaire déjà existant alors que dans d'autres, il faut rassembler des citoyens pour créer un nouveau regroupement. Au chapitre 4, il sera question des objectifs des Carrefours santé et de leur implantation. Le schéma à

la figure 2 résume la place des Carrefours santé dans le système de santé provincial et national tel que présenté dans cette problématique.

**Figure 2 – Les Carrefours santé dans le système de santé**



Référence : Inspiré de la problématique et de la collecte de données.

## 1.5 Question de recherche

Quelques années après l'implantation des Carrefours santé en 2010, il est temps d'évaluer leur réelle capacité à assurer une participation citoyenne efficace. Cette problématique ouvre sur notre question de recherche : *Comment les Carrefours santé favorisent-ils la participation citoyenne dans le domaine de la santé dans le Nord de l'Ontario?*

Dans un premier temps, il convient de préciser certains faits. Que sont les Carrefours santé? Qui les a créés? Pourquoi ont-ils été fondés? Comment ont-ils été instaurés? Qui y participe? Et finalement, où sont-ils situés? Répondre à ces questions nous permettra d'approfondir l'idée d'établir des Carrefours santé, afin de mieux comprendre leur raison d'être.

Dans un second temps, nous verrons comment s'est déroulée la mise en œuvre des Carrefours santé. Le document de création des Carrefours santé comprenait plusieurs suggestions et conseils pour la mise en œuvre. De ce fait, il importe de se poser certaines questions : S'est-on adapté aux besoins des communautés? Y a-t-il eu une bonne communication? Quel est le rôle des acteurs? Les réponses serviront à déterminer si la mise en œuvre des Carrefours santé a respecté le modèle et, le cas échéant, à évaluer l'écart entre la théorie et la pratique.

Dans un troisième et dernier temps, nous tenterons de savoir si les Carrefours santé génèrent de la participation citoyenne. Pour ce faire, nous chercherons à répondre aux questions suivantes : Quels sont les résultats des Carrefours santé? Quels sont les défis que rencontrent les Carrefours santé? Ces questions serviront à faire le pont entre les Carrefours santé et notre concept de participation citoyenne.



## CHAPITRE 2 – LA PARTICIPATION CITOYENNE : POUR UNE PRISE EN MAIN

« L'idée de la participation citoyenne est un peu comme manger des épinards : personne n'est contre en principe puisque c'est bon pour vous. » Arnstein (1969) (Traduction libre)

Pour répondre à cette question de recherche, nous baserons notre cadre théorique principalement sur les théories qui sous-tendent la création des Carrefours santé comme modèle de développement, c'est-à-dire celles de la participation citoyenne. Tout d'abord, le concept de participation citoyenne sera défini, avant d'expliquer de son émergence dans la société contemporaine. Il restera ensuite à relever ses acteurs, son importance, ses conditions favorables, ses obstacles et ses mesures.

### 2.1 Concept de la participation citoyenne

Le concept de participation citoyenne peut être interprété de différentes façons et prendre plusieurs formes, et ce, en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. La littérature offre différents termes qui sont parfois considérés comme des concepts homologues et d'autres fois, distinctifs. Ainsi, les expressions « participation publique », « participation communautaire », « engagement citoyen » et « engagement communautaire » désignent chacun à leur façon une certaine forme de ce qu'on peut appeler de manière générale de la participation citoyenne. Alors, d'une part, il s'agira de définir ces expressions. D'autre part, il conviendra de clarifier les définitions relatives à la participation citoyenne en santé.

#### 2.1.1 Concepts homologues et nuances : des définitions

André, Martin et Lanmafankpotin (2012) ont défini la participation citoyenne dans le *Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique* comme étant

un processus d'engagement obligatoire ou volontaire de personnes ordinaires agissant seuls ou au sein d'une organisation, en vue d'influer sur une décision portant sur des choix significatifs qui toucheront leur communauté. Cette participation peut avoir lieu ou non dans un cadre institutionnalisé et être organisée sous l'initiative des membres de la société civile (recours collectif, manifestation, comités de citoyens) ou des décideurs (référendum, commission parlementaire, médiation). (André, Martin et Lanmafankpotin 2012 : 1)

Pour en arriver à cette définition, les auteurs se sont inspirés, entre autres, de celles de Cunningham (1972) et de Hardina (2008). D'après Cunningham, la participation citoyenne est « un processus dans lequel les gens ordinaires d'une communauté exercent le pouvoir sur des

décisions relatives aux affaires générales de leur communauté » (André, Martin et Lanmafankpotin 2012 : 2). Hardina, pour sa part, met l'accent sur l'inclusion sociale que valorise la participation citoyenne : « un processus d'implication des gens les plus démunis ou marginalisés dans les décisions qui concernent les services qu'ils reçoivent, que prennent ceux qui les représentent, nommément le gouvernement et les organisations à but non lucratif » (André, Martin et Lanmafankpotin, 2012 : 1).

De leur côté, André, Martin et Lanmafankpotin (2012) croient que les concepts de participation publique et de participation citoyenne doivent être distingués puisque la dernière est plus inclusive. On peut ainsi définir la participation publique comme étant « l'action de prendre part aux décisions collectives au sein du gouvernement, d'une institution publique ou d'un organisme de la société civile (groupe communautaire, association de citoyens, organisme de développement, etc.) » (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 1). La participation publique serait donc de la participation citoyenne dans un contexte institutionnalisé.

Le concept de participation communautaire, pour sa part, semble servir d'équivalent pour le terme « participation citoyenne ». Bantuel, Morel et Dargent (2000) ne font pas de distinction évidente entre les deux notions. Par ailleurs, dans un texte sur les fondements de la participation communautaire, Fournier et Potvin (1995) recensent plusieurs définitions qui s'apparentent toutes à celle de la participation citoyenne. Par exemple, les Nations-Unies définissent la participation communautaire comme étant « la création d'occasions qui permettent à tous les membres de la communauté et à la société en général de contribuer activement, afin d'influencer le processus de développement ainsi que de partager équitablement les bénéfices du développement » (Midgley, 1981 dans Fournier et Potvin, 1995 : 44). Mis à part le fait que cette explication ajoute l'élément de partage équitable des bénéfices du développement, on constate que la participation communautaire et la participation citoyenne peuvent être des synonymes. La nuance entre la participation communautaire et la participation citoyenne est toutefois perçue dans la définition de Bichmann, Muller et Rifkin (1988 : 933) : « un processus social où des groupes définis qui partagent les mêmes besoins et qui vivent dans une région géographique circonscrite [emphase ajoutée] poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à leurs besoins » (traduction de Fournier et Potvin,

1995 : 44). Cette définition laisse entendre que la participation communautaire peut référer au fait que la participation citoyenne se produit dans une région géographique donnée.

En ce qui concerne le terme « engagement », il semble être utilisé comme synonyme de « participation citoyenne » par quelques auteurs. Par exemple, si on se rapporte à la première définition proposée, celle d'André, Martin et Lanmafankpotin (2012), elle suppose que la participation citoyenne est un « processus d'engagement ». Bien qu'il ne soit pas clairement défini, le concept est également utilisé par Bouchard et Vézina (2007) en tant que synonyme de participation citoyenne. Bantuel, Morel et Dargent (2000), pour leur part, expliquent que le terme « participation » peut être interprété de deux différentes façons, soit « faire partie de » ou « prendre part à ». La participation citoyenne, elle, se rapporte à « prendre part à », qui se résume par une forme d'engagement. C'est d'ailleurs en ce sens qu'elle est utilisée dans le cadre de cette recherche.

S'il est possible de distinguer certaines nuances entre les concepts de participation citoyenne, de participation publique, de participation communautaire, d'engagement citoyen et d'engagement communautaire, il convient aussi de considérer ces quatre termes comme des quasi-synonymes. Par contre, il semble être important de tenir compte de la distinction institutionnelle entre la participation citoyenne et la participation publique, même si elle est très mince.

### *2.1.2 La participation citoyenne en santé : des définitions*

En 1978, L'UNICEF-OMS proposait une définition de la participation citoyenne adaptée au secteur de la santé :

Un processus par lequel les individus et les familles d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, et d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. (UNICEF-OMS, 1978 dans Fournier et Potvin, 1995 : 44)

Il est possible de constater que cette définition oriente la participation citoyenne dans l'objectif d'améliorer le bien-être et la santé des individus et de la communauté.

Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario (RLISS), quant à eux, proposent une définition de la participation communautaire qui ne semble pas refléter l'engagement :

La participation communautaire s'entend des méthodes que les RLISS et les fournisseurs de services de santé utilisent pour interagir, communiquer et échanger de l'information avec les intervenants. / Le but de la participation communautaire est d'informer, d'éduquer et de consulter les intervenants, de les habiliter et de solliciter leur participation aux processus de planification et de prise de décisions concernant les soins et les services de santé, afin d'améliorer le système de santé. (RLISS, 2011 : 5)

Cette définition, bien qu'elle ait été utilisée dans le document de création des Carrefours santé, ne met pas assez l'accent sur un engagement solide et continu. De plus, elle ne fait pas référence aux citoyens mais plutôt aux « intervenants ».

Compte tenu des définitions précédentes, il est possible de conclure que la participation citoyenne reconnaît, de manière générale, les trois éléments de définition de Cunningham (1972) :

(1) des gens ordinaires, à savoir les membres de la communauté qui n'ont pas de sources formelles de pouvoir au-delà de leur nombre; (2) un pouvoir assumé par ces gens qui amène le groupe à penser et à agir dans le sens qu'ils pensent; (3) des décisions qui portent sur des choix significatifs et substantifs qui auront une influence sur la communauté (André, Martin et Lanmafankpotin 2012 : 2).

### *2.1.3 La participation citoyenne : notre définition*

À la lumière des diverses définitions de la participation citoyenne que nous avons recensées dans la littérature, nous définissons la participation citoyenne comme suit:

La participation citoyenne se produit lorsque l'on permet aux citoyens de contribuer à la prise de décisions et la mise en œuvre de solutions qui les concernent, eux ou leur communauté. Cette participation doit être un engagement continu et les citoyens doivent sentir qu'ils ont un impact sur la prise de décisions.

## **2.2 Émergence de la participation citoyenne : une tendance**

La participation citoyenne est un concept qui a vu le jour dans les années 60, alors qu'on commençait à comprendre l'importance de l'implication des citoyens dans la prise de décision. Voyons comment ce mouvement de collaboration a pris de l'ampleur et comment il peut s'appliquer au domaine de la santé.

### *2.2.1 Le développement communautaire : la base de la participation citoyenne*

Les Carrefours santé s'inscrivent dans les théories du développement local ou communautaire (« bottom-up »). Selon Bourque, le développement communautaire est :

une forme d'action collective structurée sur un territoire donné qui, par la participation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, cible des enjeux collectifs reliés aux conditions et à la qualité de vie. Le sens de ce développement provient des communautés et des acteurs qui les composent (Bourque, 2008 : 56).

Cette définition semble très bien s'adapter à notre recherche, où les citoyens sont les francophones des communautés du Nord de l'Ontario et les acteurs sociaux sont les organismes communautaires de cette même région. Ajoutons que le développement communautaire promeut un développement par le bas qui provient d'initiatives locales : le développement par et pour la communauté. Le développement local est l'opposé du développement exogène reposant sur les initiatives qui viennent de l'extérieur du milieu. Autrement dit, les Carrefours santé ont été conçus afin d'améliorer la santé des francophones par une participation de ces derniers dans la planification des services de santé en français.

### *2.2.2 Émergence de la participation citoyenne*

Trois situations auraient occasionné l'émergence de la participation citoyenne et son implantation dans les pratiques, d'après Midgley (1986, dans Fournier et Potvin, 1995 : 42). Tout d'abord, en Occident, on a vu l'éclosion de valeurs associées aux sociétés démocratiques, telles que l'autodétermination et la prise de décision par les citoyens. La participation citoyenne pourrait également être issue du postcolonialisme dans les pays en développement au cours des années 50 et 60, alors qu'on cherchait à faire du développement social et économique. Finalement, elle pourrait tenir son origine de la volonté de changement politique.

Dans le même ordre d'idées, Sénéchal et Piron (2004 : 15) avancent que cette volonté de changement vient des « problèmes d'ordre politique et social qui affectent la vie démocratique dans les sociétés occidentales contemporaines ». D'après eux,

ces problèmes se manifestent notamment par la baisse du taux de participation aux élections, par le recul des formes traditionnelles d'engagement des citoyennes et citoyens, comme l'adhésion à un parti politique ou à une association, ainsi que par le cynisme accru qu'expriment de nombreux citoyens et citoyennes à l'égard de leurs gouvernants et de leurs représentants élus. (Sénéchal et Piron, 2004 : 15)

Le déficit démocratique et une crise de légitimité de l'État seraient donc des éléments importants dans l'émergence de la participation citoyenne (Sénéchal et Piron, 2004 : 15). Ainsi, des facteurs comme la tendance à l'élitisme de ceux qui gouvernent, la scolarisation de la population, le

souhait d'une plus grande imputabilité de l'État, la perte de confiance en la gouvernance et le souhait de s'engager de façons différentes contribueront à hausser en popularité la participation citoyenne dans les sociétés occidentales (Sénéchal et Piron, 2004). Les auteurs affirment même que « [les citoyens] veulent non seulement être tenus au courant de leurs objectifs, leurs projets et leurs agissements, mais aussi peser davantage et plus directement sur leurs actions et dans la prise de décisions » (Sénéchal et Piron, 2004 : 16).

En somme, c'est dans un contexte de démocratisation, de volonté de changement et de prise en main que le concept de participation citoyenne émerge.

### *2.2.3 Émergence de la participation citoyenne en santé*

La participation citoyenne peut être exercée dans plusieurs secteurs comme l'éducation, l'environnement et la planification urbaine. La présente recherche s'y intéresse en lien avec le secteur de la santé. Comme il a été mentionné précédemment, en 1978, la déclaration d'Alma-Ata pour les soins de santé primaires favorisait « au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires » (OMS, 1978 : 4).

Plus tard, en 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé réitère l'idée de la participation en déclarant son importance dans la promotion de la santé et pour agir sur les déterminants. Selon l'OMS, « sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal » (OMS, 1986 : 2). Cette prise en charge se fait par le biais de la participation citoyenne.

Rappelons que les déterminants de la santé (Tableau 1) se définissent comme étant des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999 : 7). En participant aux politiques, à la planification, à l'exécution des programmes et aux évaluations, les citoyens peuvent contribuer à influencer les déterminants sociaux de la santé puisque cela favorisera ainsi leur prise en charge (OMS, 2008). Il est important de souligner l'importance du fait que « les citoyens doivent être engagés non seulement sur le plan de leur santé individuelle, mais aussi collectivement, dans la définition des politiques de santé » (Bouchard et Vézina, 2007 : 226).

L'approche de l'OMS (Boelen, 2001) propose que la santé doit être prise en charge par des partenariats entre cinq différents acteurs, soit les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de la santé, les institutions académiques et les communautés. Ces dernières font office de nouveau joueur dans le modèle appelé « pentagone du partenariat » de la santé. Boelen indique que :

les quatre autres partenaires de la santé, les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de la santé et les institutions académiques— devraient privilégier dans leur travail une approche orientée sur les besoins de la communauté ou centrée sur les personnes et, par conséquent, consulter plus fréquemment les communautés pour obtenir des avis. (Boelen, 2001 : 62)

La figure 3, à la fin de la section 2.3.1, suggère des partenariats entre les différents partis concernés afin d'offrir un service de santé basé sur les besoins des individus. Chaque intervenant possède son lot d'expériences, de connaissances et de compétences afin de trouver les meilleures stratégies vers l'amélioration de la santé. En ce qui concerne les communautés :

La sensibilisation accrue aux questions de santé, par l'éducation et l'information, et le fait que la voix des personnes soit mieux entendue, a amené le citoyen moyen à mieux comprendre les risques et les opportunités vis-à-vis de la santé, à y faire face et à prendre part au processus décisionnel dans la dispensation des services de santé. (Boelen, 2001 : 61)

On peut alors conclure que la participation citoyenne est encouragée et soutenue sur le plan mondial.

### **2.3 Acteurs de la participation citoyenne**

Bien que le terme indique clairement que les citoyens sont au cœur du concept de « participation citoyenne », ce dernier se déroule dans un environnement où plusieurs types d'acteurs sont en interaction. Smith (2003) nomme les personnes ou les groupes concernés par la participation citoyenne des intervenants. D'après lui,

un intervenant (ou un groupe d'intervenants) est une personne ou un groupe qui est directement préoccupé ou intéressé par une question, qui sera vraisemblablement touché par une décision ou qui est en mesure de l'influencer. [...] Les intervenants peuvent être des particuliers, des organismes, des collectivités, des entreprises, d'autres ministères gouvernementaux ou d'autres gouvernements. (Smith, 2003 : 25)

Il est possible de distinguer trois grandes catégories d'acteurs qui influencent la participation citoyenne : les citoyens, les experts et les institutions. Par ailleurs, puisque notre travail porte sur

la participation citoyenne en santé, les exemples seront issus du domaine de la santé. Les catégories d'acteurs demeurent cependant les mêmes concernant les autres secteurs de participation citoyenne.

### *2.3.1 Le savoir citoyen*

Les citoyens ordinaires sont au premier plan de la pratique de la participation citoyenne. Pour Smith (2003 : 26), le pouvoir du citoyen est le fondement de la démocratie, donc de la participation citoyenne. Bien qu'ils soient les acteurs les plus importants, ils sont aussi les plus complexes de la participation citoyenne, car le groupe est hétérogène (Bantuelle, Morel et Dargent, 2000 : 31). Les citoyens, étant issus de différents milieux et classes sociales, on peut se retrouver avec des gens démunis et marginalisés ou avec d'autres d'une plus haute classe sociale, mais concernés par le même problème. Il est alors important de bien jongler avec les différents intérêts pour assurer une bonne représentation de tous. Bien qu'on puisse penser que les citoyens ont à cœur leur bien-être, il n'est pas dit qu'ils ont à cœur le bien-être collectif, ce qui rend complexes les processus de participation. Si « les spécialistes de la santé, qu'ils soient cliniciens ou gestionnaires, se sont souvent présentés comme étant les seuls en mesure de déterminer ce dont les citoyens avaient besoin et ce qu'il fallait faire pour répondre à ces besoins » (Bouchard et Vézina, 2007 : 226), le rôle des citoyens d'aujourd'hui est d'apporter un savoir au-delà de la science. « Leurs connaissances sont ancrées dans les réalités locales et sont tout aussi valides et légitimes que les connaissances scientifiques pour éclairer le processus décisionnel. » (Gauvin et Ross, 2012 : 4.) À noter que dans la participation citoyenne, il existe deux types d'engagement de citoyens : les citoyens individuels ou les citoyens organisés.

*Citoyens individuels.* L'engagement de citoyens individuels signifie que les citoyens participent à leur titre personnel et non au titre d'une organisation ou un groupe d'intérêt. Ils ont alors la liberté de leurs opinions. Talpin (2008) a recensé quatre motivations individuelles à la participation : l'intérêt personnel, la réponse à un devoir civique, l'intégration sociale et l'enrichissement personnel (Talpin, 2008 : 153).<sup>3</sup>

---

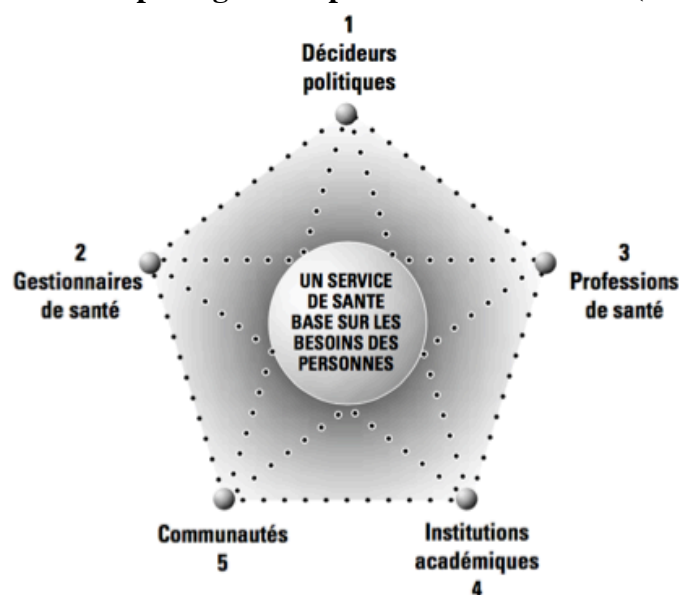
<sup>3</sup> La prochaine section se penchera sur les effets que peut avoir la participation citoyenne chez les individus.



*Citoyens organisés.* Les citoyens organisés ou groupes d'intérêts sont également des acteurs dans la participation citoyenne. Ils ont comme rôle de défendre les intérêts, les préoccupations et les points de vue communs de particuliers, de groupes ou d'organisations. Ces groupes peuvent également défendre différents intérêts et être de structures différentes (Smith, 2003 : 26). Par exemple, un groupe environnemental pourrait s'opposer à la construction d'une usine sous prétexte qu'elle présente des dangers pour la santé alors qu'un groupe de chômeurs revendiqueraient leurs besoins d'avoir un emploi.

Pour Boelen (2001), dans le « pentagone du partenariat » (figure 3), les facteurs facilitants des citoyens (incluent dans « Communautés ») englobent leur approche orientée sur les problèmes, leur degré d'ouverture par rapport à la connaissance de leurs droits, de leurs devoirs et de leurs possibilités d'influence ainsi que leur force bénévole et leur disponibilité. Par contre, ces acteurs peuvent avoir tendance à faire des demandes excessives, ils peuvent être difficiles à engager à long terme et ils sont sensibles à l'influence des médias et de la mode (Boelen, 2001 : 65).

**Figure 3 – Le pentagone du partenariat de Boelen (2001)**



Référence : Boelen (2001)

### 2.3.2 Le savoir expert

Les experts ou professionnels sont considérés comme étant des acteurs de la participation citoyenne puisqu'ils ont un rôle à jouer en tant que référence dans leurs domaines d'expertise. Leurs connaissances et leurs savoir-faire peuvent être utiles dans la mesure où ils permettent

d'apporter de l'information aux citoyens. À cet égard, Bouchard et Vézina précisent: « [l'expert] doit être placé au service de la décision, il ne doit pas la dicter » (Bouchard et Vézina, 2007 : 244). Bantuelle, Lequin et Dargent (2000), pour leur part, décrivent deux types d'experts : les agents de développement et les professionnels du milieu.

*Agents de développement.* Les agents de développement (coordinateur, chef de projet, intervenant communautaire, agent de planification) sont des experts de l'engagement citoyen. Le rôle de l'agent de développement est d'être le modérateur dans la participation des citoyens. Son travail est aussi d'être le moteur d'engagement des citoyens et de mettre à leur disposition des outils qui vont leur permettre de s'intégrer dans les processus de planification (Bantuelle, Lequin et Dargent, 2000 : 37-38).

*Professionnels du milieu.* Par professionnels du milieu, on entend les personnes qui possèdent des connaissances théoriques et pratiques du secteur dans lequel on cherche à faire participer les citoyens. Dans le domaine de la santé, ces experts sont, entre autres, les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux. Cependant, comme il a été mentionné précédemment, le savoir des citoyens profanes est complémentaire à celui des experts. Le rôle des professionnels dans la participation citoyenne consiste à fournir des renseignements aux citoyens. On ne doit toutefois pas considérer leur opinion comme étant une solution clé en main. Ils peuvent parfois ne pas saisir certains aspects déterminants du milieu. En fait, les citoyens ne doivent pas se sous-estimer en pensant que les experts peuvent apporter de meilleures solutions qu'eux (Bantuel Lequin et Dargent, 2000 : 38-39).

En ce qui concerne les professionnels de la santé dans le « pentagone du partenariat », ils sont une source d'information concernant la santé des individus et leur travail sur le terrain, de sorte qu'ils peuvent fournir une rétroaction constante sur les décisions prises. De plus, ils peuvent parfois se retrouver à défendre des intérêts corporatifs et être en concurrence les uns envers les autres, ce qui peut influencer leur façon de penser (Boelen, 2001 : 64).

### *2.3.3 Le savoir institutionnel*

Finalement, selon Bantuel, Lequin et Dargent (2000), les derniers acteurs de la participation citoyenne sont les acteurs institutionnels. Ils se décrivent comme les administrateurs, directeurs

ou fonctionnaires dans des institutions tels que les gouvernements, les ministères et les organismes financés par ceux-ci. Ce sont souvent eux qui amorcent le processus de participation citoyenne. Les relations avec les citoyens peuvent s'avérer difficiles, car ce sont dans leurs institutions que les changements décidés ou suggérés par les citoyens vont avoir lieu.

À l'intérieur du « pentagone du partenariat », on pourrait inclure les décideurs politiques, les gestionnaires de santé et les institutions de formation. Les décideurs politiques ont une implication intéressante puisqu'ils apportent une vision du système de santé et possèdent la capacité d'établir des conditions d'attribution des ressources. Par contre, il y a toujours un risque de parti pris politique. En ce qui a trait aux gestionnaires de la santé, ils ont les connaissances pour effectuer l'évaluation financière des projets suggérés, réaliser des implications concrètes et allouer des ressources. Par contre, ils peuvent avoir tendance à s'intéresser à des sous-groupes spécifiques en laissant de côté l'ensemble de la population, à essayer de résoudre les problèmes de santé par eux-mêmes, avec leurs ressources. Finalement, les institutions de formation peuvent adapter et évaluer leurs programmes en fonction des besoins, créer des modèles innovateurs en termes d'offres de soins de santé. De plus, elles sont à la fine pointe de la technologie. D'un autre côté, leur vision trop spécialisée peut empêcher de voir les problèmes sous tous ses angles (Boelen, 2003 : 64-65).

#### *2.3.4 Diverses sources de savoir et d'influence : trouver l'équilibre*

Jongler avec la participation citoyenne, en tenant compte de tous ces acteurs présentant des intérêts et des opinions différentes, peut être difficile. C'est pourquoi il faut toujours chercher à trouver l'équilibre. Bouchard et Vézina (2007) se posent plusieurs questions concernant la santé et ils croient que « la réponse [...] ne relève pas d'une science exacte ou de données probantes, mais d'un dialogue entre des citoyens porteurs d'expériences, de perceptions, de cultures, de conceptions de la réalité qui doivent s'exprimer dans le cadre de débats » (Bouchard et Vézina, 2007 : 228). Il est donc nécessaire de trouver l'équilibre entre les savoirs experts et les savoirs citoyens. Un autre défi consiste à trouver un équilibre entre l'opinion des individus et celle des groupes d'intérêts (Smith, 2003 : 26). Pour Sénéchal et Piron (2004), la participation citoyenne doit permettre un « meilleur partage de l'information et du pouvoir, le respect mutuel et la réciprocité entre les gouvernants et les citoyennes et citoyens. Cela signifie donc une nouvelle

façon de voir leurs relations, qui doivent être basées sur la confiance, l'ouverture et la rétroaction » (Sénéchal et Piron, 2004 : 16).

Revenons à la théorie du pentagone du partenariat, qui suggère que la santé devrait être abordée par l'entremise de partenariat entre les cinq différents acteurs. À ce sujet, Boelen explique que :

chacun des acteurs tend à protéger sa spécificité aux dépens d'une vision globale et à long terme, sans nécessairement tenir compte des réels besoins de la société. Trop souvent, des citadelles étanches : organes de décision politique, organisations de services de santé, associations professionnelles, institutions universitaires, société civile, cherchent à consolider leur propre position sans consentir à une remise en question de leurs prérogatives et responsabilités au bénéfice de l'intérêt général. (Boelen, 2003 : 139)

Boelen fait également une mise en garde concernant le niveau d'engagement de chaque partenaire (Boelen, 2001 : 68). Si l'un des partenaires n'est pas assez engagé dans son partenariat, ce dernier risque de tomber à l'eau. Dans le domaine de la santé, l'engagement citoyen étant très fragile, un manque de reconnaissance envers leur savoir peut facilement entraîner un désintérêt et un arrêt de la participation.

## **2.4 Importance de la participation citoyenne**

Si le paradigme de la participation citoyenne a pris autant d'ampleur depuis son émergence, c'est parce que celui-ci est important pour le développement de la société. Selon Sénéchal et Piron, « la participation active des citoyennes et des citoyens dans les affaires publiques est globalement perçue comme un investissement profitable pour l'État et la société dans son ensemble » (Sénéchal et Piron, 2004 : 16). Elle permet « d'abattre les murs édifiés autour des institutions et de créer des alliances mettant en synergie les compétences spécifiques des uns et des autres » (Boelen, 2003 : 140).

Plusieurs auteurs apportent des réponses à la question : Pourquoi faire participer les citoyens? Pour Sénéchal et Piron (2004), la participation citoyenne a trois fonctions : l'échange d'information, la conciliation entre différents acteurs en présence et l'appropriation des services publics par les citoyennes et les citoyens (Sénéchal et Piron, 2004 : 16). La réponse peut ainsi être différente selon la perspective dans laquelle on se situe. C'est pourquoi, nous avons décidé de montrer l'importance de la participation citoyenne pour les institutions, la société, les collectivités et les individus. Aussi, puisque le présent travail porte sur la santé, une section sera

consacrée aux avantages de la participation citoyenne en santé et plus spécifiquement au sein de la minorité francophone au Canada.

#### 2.4.1 Avantages pour les institutions

Pour les institutions, la participation du public représente un investissement de premier plan en matière de temps et de ressources. Dans ce contexte, il peut sembler plus facile de délaissé la participation du public et de prendre ses propres décisions. Néanmoins, la participation des citoyens peut apporter plusieurs avantages. Smith (2003), Gauvin et Ross (2012) et Sénéchal et Piron (2004) en ont énuméré quelques-uns, inscrits au tableau 7.

**Tableau 7 – Avantage de la participation citoyenne pour les institutions**

<b>Avantage</b>	<b>Explication</b>	<b>Référence</b>
1. Améliorer l'efficacité	Permet d'améliorer l'efficacité en incluant les différents points de vue lors de décisions complexes. Facilite la mise en œuvre des politiques puisque le public est déjà en accord avec elles.	Smith, 2003 : 39
2. Répondre à une demande de participation croissante	Le public se méfie de plus en plus des décisions qui les touchent étant donné le manque de transparence. Il désire participer davantage.	Smith, 2003 : 39
3. Résoudre des différends	Permet aux acteurs de se réunir et d'établir des priorités communes, de négocier des compromis et d'arriver à un consensus.	Smith, 2003 : 39
4. Augmenter la responsabilité financière	L'établissement de priorités financières et la découverte de partenaires financiers.	Smith, 2003 : 39
5. Améliorer les connaissances, la compréhension et la sensibilisation du public	Permet aux acteurs de se partager de l'information et être en mesure de mieux comprendre les points de vue et les réalités des autres.	Smith, 2003 : 39
6. Satisfaire aux exigences de la loi et des politiques	Certains accords internationaux et nationaux, lois et règlements et droits spéciaux (entre autres pour les peuples autochtones) exigent un certain degré de participation citoyenne.	Smith, 2003 : 39
7. Établir ou renforcer la légitimité	La participation citoyenne étant un fondement de la démocratie, son utilisation permet de contrer le manque de confiance du public.	Smith, 2003 : 40; Sénéchal et Piron, 2004 : 17

**Tableau 7 – Avantages de la participation citoyenne pour les institutions (suite)**

<b>Avantage</b>	<b>Explication</b>	<b>Référence</b>
8. Attribuer les ressources rares	Les ressources sont rares. La participation citoyenne permet d’avoir une meilleure vue d’ensemble et d’être en mesure de mieux évaluer les secteurs où elles devraient être attribuées.	Smith, 2003 : 40
9. Intégrer les valeurs et les connaissances des citoyens	Les citoyens sont des experts de « leurs valeurs, leurs besoins, leurs préférences et des dynamiques animant leur communauté ».	Gauvin et Ross, 2012 : 4; Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 2
10. Formuler des recommandations durables	Les recommandations sont durables tant sur les points de vue social, politique et économique. La participation des citoyens dans les décisions fait en sorte que les décisions leur ressemblent, ce qui assure une coopération plus durable.	Gauvin et Ross, 2012 : 5

#### 2.4.2 Avantages pour la société et les collectivités

Bien qu’il y ait quelques avantages pour les institutions, la participation citoyenne est d’abord et avant tout pour les citoyens. C’est pourquoi, son importance doit surtout être orientée vers eux. Gauvin et Ross, 2012, Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 et Sénéchal et Piron, 2004 ont inventorié une liste de raisons illustrant que la participation citoyenne est importante pour la société et les collectivités. Nous en avons fait une synthèse.

**Tableau 8 – Avantages de la participation citoyenne pour la société/les collectivités**

<b>Avantage</b>	<b>Explication</b>	<b>Référence</b>
1. Soutenir le développement d’une société démocratique	Il s’agit là de l’un des objectifs importants de la participation citoyenne. On cherche à combler un déficit démocratique, améliorer les liens entre les acteurs (gouvernement, institutions et citoyens), redistribuer le pouvoir et légitimer les décisions.	Gauvin et Ross, 2012 : 3; Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 2; Sénéchal et Piron, 2004 : 17
2. Renforcer le pouvoir d’agir et le contrôle des communautés	Elle favorise la prise en main des collectivités par rapport à la responsabilité de leurs actions, entre autres, en matière de santé. Elle permet aussi le développement de la capacité à prendre des décisions qui les touchent. De plus, les citoyens apprennent à avoir un plus grand contrôle sur leurs institutions publiques.	Gauvin et Ross, 2012 : 3; Sénéchal et Piron, 2004 : 17
3. Renforcer le capital social et contribuer au développement social	Le fait de prendre part aux décisions de la collectivité contribue à augmenter le sentiment d’appartenance des citoyens et à l’amélioration de la qualité de vie. « Ce sentiment est essentiel pour relever les défis de la mondialisation, de la qualité de vie de la collectivité et des personnes. »	Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 3; Sénéchal et Piron, 2004 : 17

### 2.4.3 Effets chez les individus

Les avantages de la participation citoyenne pour les collectivités, les sociétés et les institutions sont quand même assez évidents. Toutefois, Talpin (2008) s'est intéressé à une thématique un peu différente, c'est-à-dire aux effets individuels de l'engagement participatif. D'après lui, l'engagement participatif permet d'acquérir trois types de compétences personnelles : des savoir-faire pratiques, des compétences techniques et des compétences politiques.

**Tableau 9 – Effets de la participation citoyenne chez les individus**

<b>Effet</b>	<b>Explication</b>	<b>Référence</b>
1. Développer des savoir-faire pratiques	Le fait d'être engagé dans un processus de participation va permettre aux citoyens d'acquérir des savoir-faire pratiques, par exemple s'exprimer en public.	Talpin, 2008 : 146-147
2. Développer des compétences techniques	Certaines formes de participation citoyenne, par exemple les budgets participatifs, permettent aux citoyens d'acquérir des compétences, comme la gestion d'un budget, qu'ils pourront réutiliser au travail ou dans d'autres sphères.	Talpin, 2008 : 146-147
3. Développer des compétences politiques	S'approprier le jeu politique n'est pas naturel chez bien des individus. La participation citoyenne leur donne l'occasion de baigner dans un univers qui permet la politisation et l'apprentissage de certaines compétences, comme la négociation.	Talpin, 2008 : 146-147

### 2.4.4 Importance dans la santé de la minorité francophone

Les sous-sections précédentes traitaient de la pertinence de la participation citoyenne de manière générale. Dans le domaine de la santé publique, la participation citoyenne est d'une grande importance et présente d'autres avantages plus spécifiques. D'après Bouchard et Vézina (2007),

[...] comme les choix à faire dans le domaine des politiques de santé semblent être de plus en plus difficiles, en raison de la complexité des problèmes à traiter, de leurs poids moraux et de la diversité des priorités et perspectives, ils nécessiteront le recours à un appui populaire solide et continu. (Bouchard et Vézina, 2007 : 227)

Cette citation résume bien l'importance grandissante de la participation citoyenne dans le domaine de la santé. Rappelons que le savoir des citoyens devient tout aussi important que le savoir des experts dans la planification des politiques concernant la santé.

Sénéchal et Piron (2004 : 17) ont dressé une liste présentant les avantages de la participation citoyenne en santé. D'après eux, celle-ci contribue à une meilleure planification des services qui reflètent les besoins, les valeurs et la culture de la collectivité. Du côté des institutions, elle permet d'utiliser de manière plus efficiente les ressources disponibles tout en améliorant la qualité de la gestion. De plus, une bonne gouvernance du système public de santé et de bien-être permet d'en assurer l'intégrité en facilitant son appropriation par les citoyennes et les citoyens. D'ailleurs, la participation citoyenne leur permet de mieux comprendre les enjeux et le contexte de la santé et du bien-être de la population. Ils acquièrent également un plus grand sentiment de contrôle et de responsabilisation.

Bouchard et Vézina (2007) ont su transposer cette notion à la minorité francophone.

Cette nécessité de prendre en compte les valeurs des citoyens dans la définition des politiques en matière de santé [...] semble particulièrement pertinente pour les minorités qui, en raison du nombre, ont moins la capacité d'influencer la décision dans un modèle de démocratie délégative comme on la connaît. (Bouchard et Vézina, 2007 : 228)

Il s'ensuit que la participation citoyenne en santé chez la minorité francophone est très importante, selon ces auteurs. Ces derniers voient également que cette participation peut prendre une tournure particulière puisque « les enjeux sont non seulement politiques, économiques ou sociaux, mais également de nature culturelle et identitaire » (Bouchard et Vézina, 2007 : 228). Les dirigeants étant souvent des anglophones qui ne comprennent pas la réalité des communautés francophones, l'engagement de citoyens devient déterminant parce qu'il permet d'accroître la capacité d'action des communautés francophones en milieu minoritaire (Bouchard et Vézina, 2007 : 249).

C'est également l'avis du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire : la participation est « cruciale pour faciliter une véritable prise en charge de la santé par la population » (CCCFSM, 2001 : 17). Ce comité croit également que « plus les francophones sont impliqués dans le processus de livraison des soins, incluant la gouvernance des institutions de santé, plus la place du français est respectée et est reflétée dans la prestation de services » (CCCFSM, 2001 : 17).



## 2.5 Défis liés à la participation citoyenne

Bien que la participation citoyenne possède son lot d'avantages pour les institutions, les collectivités et les individus, elle pose certains défis qui relèvent de plusieurs facteurs. Il s'agit de risques ou d'obstacles complexifiant le processus de participation citoyenne. Gauvin et Ross (2012) ont classé ces obstacles en cinq catégories de facteurs : politiques, organisationnels, communautaires, théoriques et méthodologiques.

### 2.5.1 Facteurs politiques : le pouvoir réel aux citoyens

Les facteurs politiques sont les obstacles qui relèvent des jeux de pouvoir entre les différents acteurs. Le premier critère favorable à la participation citoyenne est le pouvoir réel que les citoyens peuvent exercer. D'après Bilodeau, Allard, Francoeur et Chabot (2004),

les bénéfices de la participation sont accrus si la dynamique participative mobilise les acteurs porteurs des perspectives pertinentes à la question d'intérêt, si ces acteurs sont mobilisés pour les choix stratégiques (et non seulement instrumentaux) et s'ils sont positionnés dans un rôle de négociation et d'influence (dépassant la consultation). (Bilodeau, Allard, Francoeur et Chabot, 2004 : 59)

La proposition de solutions préalablement décidées et non discutables ou une vision limitée des problèmes soulevés peut être un obstacle majeur à la participation citoyenne (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Les citoyens doivent sentir que ceux qui ont mis en œuvre le processus de participation sont ceux qui peuvent prendre les décisions (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 16).

De plus, si le fait d'amorcer la participation citoyenne vise à légitimer des décisions politiques, il risque d'y avoir perception d'une fausse démocratie ou d'un exercice de relation publique (Sénéchal et Piron, 2004 : 18; Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 7). Smith, pour sa part, s'intéresse à l'élément du climat de confiance qu'il doit y avoir entre les acteurs. L'ouverture à la discussion, la transparence, l'honnêteté, la cohérence et le partage d'information sont des valeurs importantes dans le processus de participation citoyenne (Sénéchal et Piron, 2004 : 18; Smith, 2003 : 43). Ainsi, les citoyens se sentiront beaucoup plus engagés s'ils perçoivent qu'ils peuvent faire une différence réelle (Bouchard et Vézina, 2007 : 226).

En ce qui concerne les risques pour ceux qui mettent en œuvre la participation citoyenne, ces derniers peuvent craindre que les citoyens bloquent des projets qui sont, dans leur perspective, importants (Gauvin et Ross, 2012 : 7). Il y a également une possibilité de réanimation de vieux conflits ou d'en créer des nouveaux entre des acteurs ayant des intérêts ou rôles divergents (Gauvin et Ross, 2012 : 7; Sénéchal et Piron, 2004 : 18).

### *2.5.2 Facteurs organisationnels : ressources limitées*

Les facteurs organisationnels sont constitués d'obstacles qui relèvent des organisations et des ressources disponibles. Un des plus grands obstacles organisationnels se situe au niveau des ressources humaines et financières, qui sont souvent limitées (Sénéchal et Piron, 2004 : 18 et Gauvin et Ross, 2012 : 6). Le manque d'expertise des organisateurs en matière de participation citoyenne est également un défi (Gauvin et Ross, 2012 : 6).

La participation citoyenne doit être souple pour permettre à toutes les personnes de prendre part au processus (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 16). Ainsi, plusieurs méthodes devraient être utilisées afin de répondre à divers besoins, préférences, intérêts et styles (Smith, 2003 : 43 : 6). Cependant, dans un contexte de ressources humaines et financières limitées, il peut être difficile pour une organisation de s'organiser de cette façon (Sénéchal et Piron, 2004 : 18 et Gauvin et Ross, 2012 : 6). Il peut alors y avoir un manque d'accessibilité au processus de la part des participants (Sénéchal et Piron, 2004 : 18).

Les échéances peuvent également se transformer en obstacles à la participation citoyenne, c'est-à-dire que la longueur et la lourdeur du processus de participation peuvent complexifier sa mise en œuvre (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Parfois, ce sont les échéances avec les gouvernements ou autres instances qui sont trop serrées pour planifier une consultation et pour préparer les participants (Sénéchal et Piron, 2004 : 18; Gauvin et Ross, 2012 : 6).

Aussi, dans l'organisation du processus de participation citoyenne, la communication avec les citoyens représente un défi (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Il convient de souligner que « trop souvent, il y a confusion dans le vocabulaire, dans les moyens, dans les niveaux de participation et dans les buts des participants et des décideurs » (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 8). La communication dans le processus est alors essentielle pour assurer la satisfaction de chacun des

acteurs. C'est pourquoi les objectifs à l'égard de la participation et des résultats devraient être énoncés clairement par écrit (Smith, 2003 : 43), tout comme les attentes et les règles (Smith, 2003 : 43; Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 16).

### *2.5.3 Facteurs communautaires : manque de temps et d'énergie*

Les facteurs communautaires sont les obstacles qui relèvent des citoyens, eux-mêmes de la communauté. Un des obstacles à l'engagement des citoyens est qu'ils sont souvent occupés par leurs obligations familiales et professionnelles (Gauvin et Ross, 2012 : 7; Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Ainsi, bien que certains soient d'une force bénévole remarquable (Boelen, 2001 : 65), ils doivent choisir dans quelles organisations ils désirent investir leur temps et leur énergie (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Ces facteurs peuvent rendre les partenariats avec eux plus difficiles ou fragiles (Boelen, 2001 : 65). Il faut donc relever le défi de simplifier la participation, en vulgarisant les enjeux afin que les citoyens se sentent en mesure de contribuer au processus (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Leur participation sera également plus forte s'ils se sentent touchés par les enjeux (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 16). Ils doivent aussi ressentir une reconnaissance associée à leur participation (Sénéchal et Piron, 2004 : 18).

Parallèlement, le manque de représentativité des participants peut poser un défi (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). L'âge, le genre, le profil socioéconomique, la langue, l'ethnie et le lieu de résidence ou autre sont des facteurs à considérer lors du recrutement de participants. À noter qu'il est difficile d'intégrer des groupes exclus et marginalisés (Gauvin et Ross, 2012 : 7) et qu'il faut faire attention à l'influence que peuvent avoir des groupes d'intérêts structurés par rapport aux individus ou groupes moins organisés (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 7; Sénéchal et Piron, 2004; Smith, 2003 : 26). Si certains participants tiennent un discours trop technique, économique ou scientifique, les savoirs locaux pourraient facilement être laissés de côté (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 7; Sénéchal et Piron, 2004).

Un autre défi lié à la participation citoyenne a trait aux capacités des citoyens à comprendre les enjeux et à formuler des recommandations durables. Il est donc important de s'assurer que les participants soient bien formés pour qu'ils puissent être en mesure de participer adéquatement au processus (Sénéchal et Piron, 2004 : 18), tout en évitant les tendances aux demandes excessives (Boelen, 2001 : 65). Dans le domaine de la santé, cela permet aussi de faire en sorte que les

participants se concentrent sur l'ensemble global et non sur l'ingérence quotidienne des services (Bouchard et Vézina, 2007 : 244). En somme, les citoyens, étant sensibles à l'influence des médias et à la mode, doivent être bien informés (Boelen, 2001 : 65).

Finalement, il faut aussi que les citoyens qui participent au processus d'engagement citoyen aient comblé certains besoins de base. D'après Gillies (1998),

pour accroître la participation de la communauté, celle-ci doit disposer d'un capital social et d'un minimum d'infrastructures et de conditions économiques afin que la coopération soit possible et qu'un bénéfice mutuel puisse être obtenu (Gillies, 1998 dans Bilodeau, Allard, Francoeur et Chabot, 2004 : 59).

De toute évidence, une collectivité possédant un capital social trop faible, ne réussirait jamais à s'entendre sur un objectif commun, ce qui rendrait alors la participation citoyenne quasi impossible.

#### *2.5.4 Facteurs théoriques et méthodologiques : quoi et comment*

Finalement, les derniers facteurs théoriques et méthodologiques sont les dernières catégories de pouvant mettre un frein à la participation citoyenne. Selon Gauvin et Ross (2012), les ambiguïtés sur la notion de participation citoyenne font en sorte qu'il est difficile de s'entendre sur ce qu'elle est exactement. Cette ambiguïté existe également par rapport aux méthodes utilisées pour la mettre en œuvre (Gauvin et Ross, 2012). Ces deux situations font en sorte que la participation citoyenne peut avoir l'air inatteignable. Il peut donc être facile de s'en éloigner.

## **2.6 Mesures de la participation citoyenne**

La première tentative quant à la création d'un outil servant à mesurer de la participation citoyenne a été faite par Sherry R. Arnstein en 1969. Cette dernière a conçu une échelle de participation à huit niveaux, passant de la non-participation au pouvoir citoyen (figure 4). Cette échelle a ensuite été adaptée par plusieurs auteurs ou organisations, dont Santé Canada (2000), qui a élaboré un continuum de la participation citoyenne en santé à cinq niveaux. Pour sa part, l'OMS reconnaît trois niveaux de la participation communautaire (Bantuelle, Morel et Dargent, 2000 : 33-34).

### 2.6.1 L'échelle de la participation de Arnstein (1969)

Sherry Arnstein (1969) est la première personne à avoir proposé une échelle de mesure de la participation citoyenne (figure 4). Cette échelle à 8 niveaux s'étend de la « manipulation » au « contrôle citoyen ».

**Figure 4 – Échelle de la participation citoyenne d'Arnstein (1969)**

Pouvoir Citoyen	8. Contrôle citoyen	Gestion autonome aux citoyens
	7. Délégation du pouvoir	Citoyens contrôlent certains projets
	6. Partenariat	Co-construction de décision
Coopération symbolique	5. Conciliation	Influence possible de certains citoyens (i.e. siège à un comité)
	4. Consultation	Possibilité d'exprimer une opinion
	3. Information	Communication unidirectionnelle « top-down »
Non- participation	2. Thérapie	Éviter la source du problème
	1. Manipulation	Illusion de participation

Référence : Arnstein (1969)

Les deux premiers niveaux de l'échelle de participation d'Arnstein sont considérés de la non-participation. Cette dernière avantage ceux qui évitent les processus d'engagement des citoyens dans leurs prises de décision.

Les trois autres niveaux, soit « information », « consultation » et « conciliation », font partie de la coopération symbolique. Le degré d'influence des citoyens y est très minime. Au niveau « information », on retrouve une communication unidirectionnelle des dirigeants vers les citoyens. Ensuite, la « consultation » offre aux citoyens l'occasion d'exprimer leurs opinions. Par contre, les dirigeants n'ont aucune obligation à la prendre en considération. Finalement, la « conciliation » offre une influence possible de certains citoyens par l'entremise, par exemple, de quelques sièges à un comité décisionnel. Ces trois niveaux de participation correspondent à une charge très minime et n'engagent pas les décideurs envers une participation active des citoyens.

Très souvent, lorsqu'on sollicite ce type d'engagement de la part des citoyens, les décisions sont déjà prises; il s'agit simplement de légitimer nos actions en ayant « consulté » les citoyens.

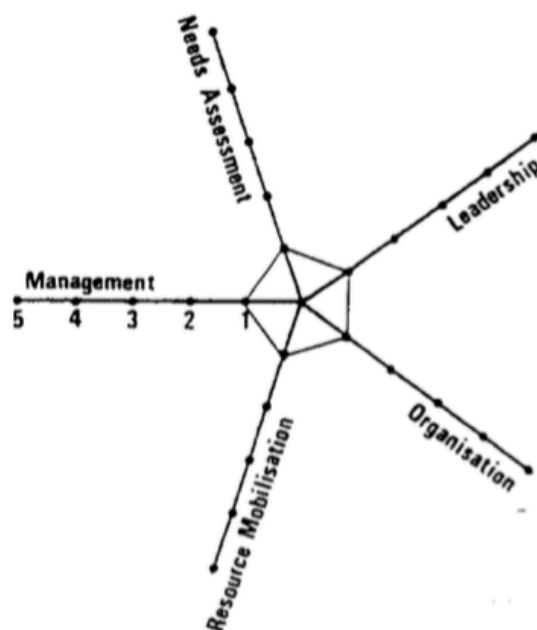
Ce n'est qu'aux trois derniers niveaux que l'on peut parler d'un réel engagement ou de pouvoir des citoyens tel que l'entend ce travail. Au niveau du « partenariat », il s'agit d'une co-construction de la décision entre les décideurs et les citoyens. Ces derniers sont théoriquement censés avoir le même niveau de pouvoir que les dirigeants. À la position « délégation du pouvoir », les décideurs remettent certains projets dans les mains des citoyens. Finalement, lorsqu'il est question de « contrôle des citoyens », ces derniers ont la gestion autonome des décisions.

Bien sûr, il y a possibilité de chevauchement entre les niveaux. Par exemple, les décideurs pourraient travailler à établir un partenariat avec les citoyens en essayant de les manipuler. Il est d'ailleurs très facile de sauter d'un niveau à l'autre.

### *2.6.2 Les dimensions de Bichmann, Muller et Rifkin (1988)*

La plupart des textes qui traitent de la participation citoyenne proposent une échelle de participation simple. Bichmann, Muller et Rifkin (1988) soumettent un autre type intéressant de mesure de participation communautaire dans les services de santé publique. Ils suggèrent de placer cinq dimensions sur une étoile : identification des besoins, leadership, organisation, mobilisation des ressources et gestion. L'identification des besoins rejoint l'idée que la communauté a identifié des besoins communs. Le leadership, pour sa part, assure que les personnes autour de la table proviennent de divers milieux et prennent la responsabilité des actions entreprises. L'organisation évalue si les organismes communautaires sont engagés dans le processus. La mobilisation des ressources évalue si le groupe d'engagement a les ressources nécessaires pour les actions à entreprendre. Finalement, la gestion réfère à la bonne coordination du groupe de participation. Chacune de ces dimensions est munie d'une échelle de 1 (faible) à 5 (fort) (figure 5). Une série d'indicateurs permettent ensuite de déterminer où l'activité mesurée se situe sur chacune des droites. Une sixième dimension est importante selon eux : la préoccupation des démunis. Par contre, cette dernière ne peut être mesurée sur une échelle, c'est pourquoi elle n'est pas considérée dans l'étoile.

**Figure 5 – Les dimensions de Bichmann, Muller et Rifkin (1988)**

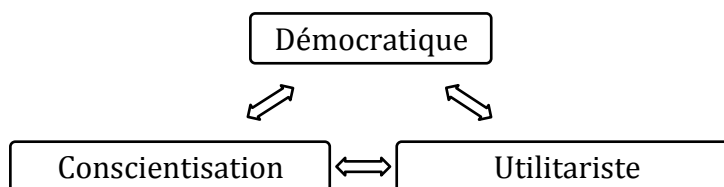


Référence : Bichmann, Muller et Rifkin (1988)

### 2.6.3 Perspectives de la participation citoyenne

Nous avons vu que la participation citoyenne peut prendre plusieurs formes mesurables. Par ailleurs, Fournier et Potvin (1995) ont catégorisé la participation citoyenne selon leur perspective de la société : démocratique, utilitariste ou conscientisation (figure 6). Il s’agit de trois pôles où il n’est pas nécessaire de se placer à une extrémité. Dans la perspective de conscientisation, « les structures sociales sont oppressives et doivent être changées par les individus pour leur permettre de prendre le contrôle de leur vie et de leur destinée » (Fournier et Potvin, 1995 : 49). La perspective démocratique, quant à elle, perçoit la participation citoyenne comme un moyen de rendre le capitalisme plus démocratique. L’angle utilitariste prévoit la participation citoyenne comme une façon d’améliorer les interventions sociales et de prendre en charge la collectivité.

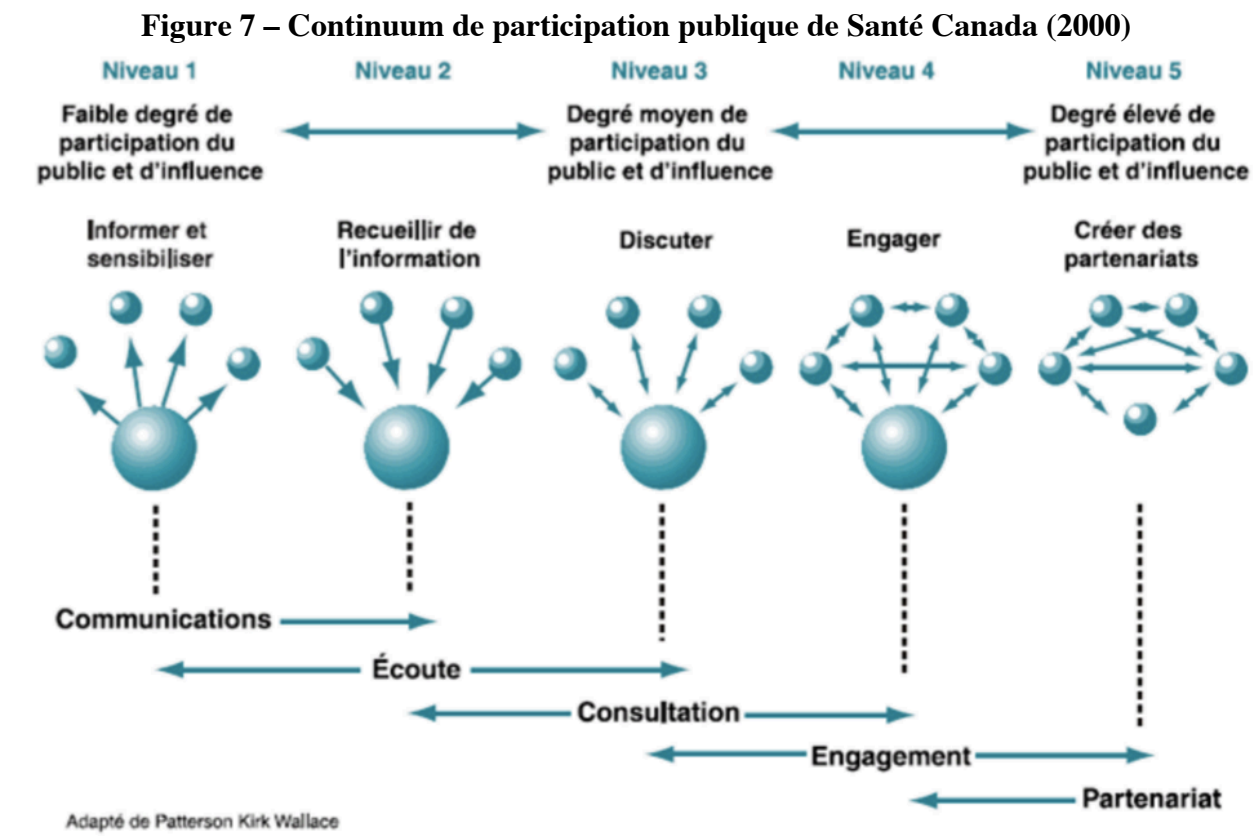
**Figure 6 – Perspectives de la participation citoyenne de Fournier et Potvin (1995)**



Référence : Fournier et Potvin (1995)

## 2.6.4 Continuum de participation citoyenne en santé

Pour sa part, Santé Canada (2000) a élaboré son Continuum de la participation citoyenne (figure 7). Comme il est possible de le constater, dans ce contexte, la participation ne dépasse pas la création de partenariats. Ce continuum ne permet donc jamais d'atteindre le plus haut niveau de participation tel que décrit par Arstein (1969).



Référence : Santé Canada (2000)

De leur côté, les Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario (RLISS, 2011), n'établissent pas directement un continuum de participation. Néanmoins, leur document montre cinq différents niveaux qui peuvent se placer sur un continuum de participation citoyenne (figure 8). Le niveau 1, « éduquer et informer » est le plus bas niveau de participation des citoyens. Il propose des activités à communication unidirectionnelle de type séances d'informations, journées portes ouvertes ou site Web. Le deuxième niveau, « consulter », offre des activités de type entretiens, sondages ou registres de commentaires. C'est au niveau 3, « faire participer », qu'on commence à voir de réelles méthodes de participation comme des ateliers et des groupes de discussion. Au niveau 4, « collaborer », on propose des activités de concertation et de



délibération. Finalement, au niveau 5, « habilitier », on atteint l'engagement total des citoyens et un partage du pouvoir par des activités telles qu'un jury de citoyens ou une prise de décisions déléguée.

**Figure 8 – Le continuum de la participation citoyenne des RLISS (2011)**



C'est ce continuum de participation des RLISS qui sera privilégié dans le cadre de cette recherche, puisqu'il s'apparente beaucoup à celui utilisé dans le document de création des Carrefours santé.

## 2.7 Hypothèses

À la lumière de ces diverses théories sur la participation citoyenne et de ce que nous savons des Carrefours santé et des communautés francophones du Nord de l'Ontario jusqu'à présent, nous sommes en mesure d'émettre quelques hypothèses concernant les Carrefours santé comme modèle de participation citoyenne.

- Étant donné les nombreux défis de la participation citoyenne, il risque d'y avoir certaines dissonances, notamment entre la participation souhaitée et réelle, entre le modèle proposé des Carrefours santé et ce qu'ils sont en réalité sur le terrain.
- Le modèle des Carrefours santé, tel que proposé par le document du CRRIDEC, favoriserait la participation citoyenne des communautés. Cependant, il risque d'être difficile d'en voir l'impact puisque le développement des compétences des citoyens se fait à long terme.
- Étant donné la diversité du territoire desservi par le RMEFNO, il y aura de grandes différences entre les niveaux d'engagement des Carrefours santé d'une communauté à l'autre. Le niveau d'engagement sera plus élevé dans les communautés où il y avait déjà un regroupement jouant le rôle des Carrefours santé.

- La mise en œuvre des Carrefours santé sera plus facile dans les communautés majoritairement francophones que dans celles où les francophones sont minoritaires.
- Étant donné le rôle du RMEFNO en tant que conseiller aux instances (RLISS), les citoyens risquent d'avoir une faible influence sur les décisions.

Somme toute, nous croyons que les Carrefours santé se posent en modèle qui génère de la participation citoyenne à long terme. Cependant, les conditions risquent de ne pas être en place pour atteindre le niveau « habilitation ».

## CHAPITRE 3 - MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette recherche portant sur les Carrefours santé en tant que moteur de la participation citoyenne chez les francophones du Nord de l'Ontario a été réalisée à l'aide d'une étude de cas évaluative qui se veut également une étude de cas suggestive. Elle emprunte une approche majoritairement qualitative et quelque peu quantitative. Bien que l'étude de cas soit plus souvent associée à des méthodes de collectes de données qualitatives, « il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents types d'instruments, y compris par des outils quantitatifs » (Roy, 2009 : 201).

Conséquemment, la collecte de données a été réalisée grâce à des outils qualitatifs tels que l'analyse de contenu, des entretiens semi-dirigés et des groupes de discussion ainsi que par un outil de collecte de données quantitatives, c'est-à-dire le sondage. L'analyse des données s'est faite au moyen de diverses grilles d'analyse, dont une permettant de mesurer la participation citoyenne des Carrefours santé.

### 3.1 Une étude de cas évaluative

Les études de cas sont souvent utilisées pour étudier des « entités complexes telle qu'une organisation, une entreprise ou une localité » (Côté, 2014 : 142). On y a également recours dans le cadre d'évaluation de programmes afin de mesurer l'efficacité et établir les limites (Roy, 2009). Puisque la présente recherche est effectuée dans le but de répondre à un besoin d'évaluation dans une organisation, l'étude de cas se veut la méthodologie la plus adaptée à notre étude. Cette méthode comporte plusieurs avantages, par exemple l'examen en profondeur d'une situation, la combinaison de plusieurs sources de données, la prise en compte du contexte, la considération des multiples dimensions des phénomènes étudiés et l'isolation de situations précises (Côté, 2014).

Notre recherche est de type hypothético-déductive, puisque la participation citoyenne a déjà été largement étudiée. Cependant, tel que décrit par Roy (2009), le caractère embryonnaire d'un cas fait en sorte qu'il devient suggestif et rend par le fait même la recherche inductive. Le modèle des Carrefours santé comme moteur de participation citoyenne dans le Nord de l'Ontario peut ainsi « alimenter des théories générales en s'appuyant sur des exemples particulièrement révélateurs

qui expriment une réalité plus diffuse ou difficilement mesurable ailleurs » (Roy, 2009 : 206). De plus, considérant le fait que dans notre étude l'aspect territorial (nordicité) est un facteur important, il est intéressant de voir que Côté (2014) constate que dans les études de cas, « les entités étudiées ont des particularités qui tiennent au territoire où elles sont installées » (Côté, 2014 : 142). De plus, le fait d'explorer des phénomènes nouveaux ou négligés constitue l'une des forces des études de cas (Roy, 2009).

Cette recherche va nous permettre d'étudier en profondeur et sous plusieurs angles la mise en œuvre d'un modèle de participation citoyenne. Deux principaux axes seront à l'étude. D'abord, nous devons vérifier si les Carrefours santé répondent adéquatement aux critères de mise en œuvre établis préalablement dans le document créateur. Ensuite, basés sur notre échelle de participation citoyenne, il faudra déterminer à quel niveau certains Carrefours santé se retrouvent et identifier les défis qui les empêchent de monter plus haut dans cette échelle.

### **3.2 Opérationnalisation de la participation citoyenne**

Rappelons que notre définition de la participation citoyenne est la suivante :

La participation citoyenne se produit lorsque l'on permet aux citoyens de contribuer à la prise de décisions et la mise en œuvre de solutions qui les concernent, eux ou leur communauté. Cette participation doit être un engagement continu et les citoyens doivent sentir qu'ils ont un impact sur la prise de décisions.

De cette définition, nous avons opérationnalisé la participation citoyenne, tel qu'indiqué au tableau 10.

**Tableau 10 – Opérationnalisation du concept de la participation citoyenne**

<b>Concept</b>	<b>Participation citoyenne</b>			
<b>Axes</b>	<b>Mise en œuvre des Carrefours santé</b>			<b>Objectifs de participation citoyenne</b>
<b>Dimensions</b>	<b>Adaptation aux besoins des communautés</b>	<b>Communication</b>	<b>Composition du Carrefour santé</b>	<b>Niveaux de participation</b>
<b>Indicateurs</b>	Délimitation du territoire	Mandat clair	Représentation de la population francophone	Informé
	Insertion dans des groupes existants	Entre les CS et le RMEFNO	Citoyen individuel	Consulter
	Ouverture aux solutions innovatrices	Utilisation d'outils de communication	Organisation communautaire	Faire participer
	Satisfaction des participants	Entre les CS	Fournisseurs de services de santé	Collaborer
			Agent	Habiliter

Le premier axe permettra de répondre aux questions concernant le comment s'est déroulé la mise en œuvre du modèle des Carrefours santé. Le deuxième axe fournira des réponses concernant l'atteinte des objectifs de participation citoyenne.

Puisque notre recherche est en partie inductive, cette opérationnalisation a changé dans le temps. Elle a été retravaillée au fur et à mesure que notre analyse progressait.

### **3.3 Les outils de collecte des données**

Comme mentionné par Roy (2009), « on s'entend généralement pour dire que l'étude de cas n'est pas une méthode en soi, mais plutôt une approche ou une stratégie méthodologique faisant appel à plusieurs méthodes » (Roy, 2009 : 202). Or, cette étude de cas a été réalisée avec quatre différents outils de collecte de données, ce qui permettra de croiser nos données afin de minimiser les biais possibles de chacune des méthodes (Roy, 2009). De plus, ce croisement nous

permettra d'aller chercher plus d'informations pour bien rendre compte de la situation (Côté, 2014 : 145). Nous avons d'abord procédé à une analyse du contenu des procès-verbaux des Carrefours santé, puis rencontré la direction générale ainsi que les agents de planification et d'engagement communautaire dans le cadre d'entretiens semi-dirigés, car selon Côté (2014 : 145), « le contact avec le terrain est indispensable ». Parallèlement aux entretiens, un sondage auprès de tous les participants aux Carrefours santé a été mené. Finalement, deux Carrefours santé furent sélectionnés pour participer à un groupe de discussion.

### *3.3.1 Procès-verbaux*

En premier lieu, nous avons entrepris une analyse de la littérature portant sur les Carrefours santé, c'est-à-dire des procès-verbaux. Ceux de la plupart des Carrefours santé, depuis leur création en 2012 jusqu'à mai 2014, étaient accessibles. Il s'agissait là de la première partie de notre collecte de données. Cette analyse avait deux buts. D'une part, nous voulions savoir si les activités des Carrefours santé remplissent les objectifs de la participation citoyenne. D'autre part, en situant toutes les activités des Carrefours santé sur l'échelle de participation citoyenne des RLISS, l'intention était de déterminer s'il y a une progression dans le niveau d'engagement à chacune des rencontres.

Cependant, la réalité est que la plupart des Carrefours santé ne produisent pas suffisamment d'activités, que plusieurs procès-verbaux ne sont pas assez complets pour faire une analyse évidente ou qu'ils ne sont tout simplement pas disponibles. De plus, puisque l'engagement est un processus de longue haleine, certains Carrefours santé ne semblaient pas bouger sur l'échelle. Finalement, trois Carrefours santé ont retenu notre attention : Thunder Bay (8 procès-verbaux), Timmins (9 procès-verbaux) et Chapleau-Foley-Sultan (17 procès-verbaux). Les procès-verbaux de ces Carrefours santé étaient très complets, nous permettant de réaliser l'exercice.

### *3.3.2 Entretiens semi-dirigés*

En second lieu, nous avons conduit des entretiens semi-dirigés (Annexe 2). Cet outil de collecte de données est une « interaction verbale animée de façon souple par le chercheur » (Savoie-Zajc, 2009 : 340). C'est, en réalité, un entretien où l'intervieweur applique un contrôle sur les questions

et la structure, tout en se laissant « guider par le rythme et le contenu unique de l'échange » (Savoie-Zajc, 2009 : 340).

Ces entretiens consistaient à communiquer en face à face avec des personnes clés dans la mise en œuvre des Carrefours santé. Nous avons ainsi rencontré la direction générale du RMEFNO, les cinq agents de planification et d'engagement communautaire en poste à ce moment-là et une personne qui a contribué à l'élaboration du modèle. Il était important pour nous de se déplacer dans les communautés où se retrouvent les bureaux du RMEFNO, soit Thunder Bay, Sudbury, Hearst, Timmins et Sault Ste. Marie, afin de mieux saisir les différences et les distances qui séparent les régions. Lors des entretiens, nous voulions faire le nécessaire pour mettre la personne en confiance afin qu'elle puisse s'exprimer librement (Savoie-Zajc, 2009). C'est pourquoi nous avons opté pour l'entretien en face à face, sauf en ce qui concerne la rencontre avec la personne qui a contribué à l'élaboration du modèle. Cet entretien s'est réalisé par téléphonie Internet étant donné l'éloignement. Cependant, puisqu'il s'agissait de quelqu'un que nous connaissions déjà, la vidéoconférence n'a pas altéré la relation de confiance. Le tableau 11 résume les informations au sujet de chaque entretien.

**Tableau 11 – Personnes interviewées pour la collecte de données**

<b>Personne rencontrée</b>	<b>Ville</b>	<b>Endroit</b>	<b>Durée</b>	<b>Période</b>
Direction générale	Thunder Bay	Bureau du RMEFNO	1h10	Été 2013
Agent	Thunder Bay	Bureau du RMEFNO	1h30	Été 2013
Agent	Hearst	Bureau du RMEFNO	1h10	Été 2013
Agent	Sudbury	Bureau du RMEFNO	1h05	Été 2013
Agent	Sault Ste. Marie	Café	1h40	Été 2013
Agent	Timmins	Bureau du RMEFNO	1h	Été 2013
Élaborateur du modèle	Téléphonie Internet		1h20	Été 2013

Les entretiens, effectués à l'été 2013, se sont donc déroulés en face à face ou par téléphonie Internet et ont duré de 1 h à 1 h 40. L'enregistrement vocal des entretiens a facilité l'analyse des données. Cette méthode nous a permis de recueillir le point de vue des employés de l'organisation en ce qui a trait à la mise en œuvre des Carrefours santé (défis, réussites) ainsi que leurs perceptions du niveau de participation citoyenne des communautés. Ils fournissent également une observation externe de la dynamique des Carrefours santé touchant les objectifs du RMEFNO. Les entretiens avec les agents nous ont également permis d'identifier des Carrefours

santé potentiels pour les groupes de discussion. Quant à l'entretien avec l'un des élaborateurs du modèle, il visait de mieux comprendre les raisons pour lesquelles le modèle des Carrefours santé a été privilégié.

Bien que les entretiens nous ait permis d'aller chercher beaucoup d'information sur la mise en œuvre des Carrefours santé ainsi que sur la participation citoyenne, nous souhaitons aussi obtenir le point de vue des participants aux Carrefours santé, qui sont les acteurs centraux de notre problématique.

### *3.3.3 Sondage*

En troisième lieu, nous avons effectué un sondage (Annexe 3) auprès des participants aux Carrefours santé afin d'étudier les liens entre ceux-ci et le RMEFNO selon leur perspective. Précisons que le sondage est « un instrument de mise en forme de l'information, fondé sur l'observation de réponses à un ensemble de questions posées à un échantillon d'une population » (Blais et Durand, 2009 : 446). Bien qu'il présente de nombreuses lacunes, comme le danger d'une mauvaise interprétation des questions, le sondage semble être la meilleure façon d'aller chercher certaines informations auprès des participants. Étant donné l'étendue du territoire, la réalité entre les Carrefours santé est très différente d'un endroit à l'autre; l'information transmise risquait alors de varier considérablement. Ce sondage servait principalement à connaître la perception des participants. Afin de faciliter l'analyse des données avec la standardisation des réponses, la plupart de nos questions étaient fermées. Cependant, puisque les questions fermées peuvent faire en sorte qu'on ait oublié certaines possibilités de réponses, nous avons ajouté un champ de commentaires à presque toutes les questions (Blais et Durand, 2009 : 472). De plus, quelques questions ouvertes laissaient une liberté d'opinion aux répondants (Blais et Durand, 2009 : 472).

À l'automne 2013, un sondage en ligne a été créé avec le logiciel Lime Survey. Ensuite, les agents du RMEFNO ont envoyé le lien à tous les participants aux Carrefours santé qui possédaient une adresse courriel. Les participants qui souhaitaient y répondre en version papier ont reçu une copie des agents lors des rencontres de Carrefours santé. Les répondants avaient deux mois pour retourner le questionnaire complété, par la poste ou en ligne.



Puisqu'il existait 18 Carrefours santé, chacun composé de 10 ou 15 participants, notre population s'élève à environ 200 participants. Au final, 67 personnes de 16 Carrefours santé ont complété le sondage qui a été envoyé à 217 personnes. L'échantillonnage est alors non-probabiliste et volontaire, puisqu'il est composé de tous les participants qui ont pris le temps de répondre. La compilation des données a été faite automatiquement dans l'outil Web de sondage en ligne. Une analyse sommaire du sondage nous a également permis de déterminer les Carrefours santé que nous allions rencontrer en groupes de discussion.

### *3.3.4 Groupes de discussion*

En dernier lieu, nous avons réalisé des groupes de discussion avec des participants de deux Carrefours santé. Le groupe de discussion est « une technique d'entrevue qui réunit de six à douze participants et un animateur, dans le cadre d'une discussion structurée sur un sujet particulier » (Geoffrion, 2009 : 391). Cet outil de collecte de données a été choisi afin de poser des questions ouvertes aux Carrefours santé et avoir une compréhension plus approfondie de la perspective des participants (Geoffrion, 2009 : 392).

Afin de déterminer quels Carrefours santé nous allions approcher pour faire les groupes de discussion, nous nous sommes basés sur quelques critères identifiés à l'aide des entretiens et des sondages. Tout d'abord, puisque le Nord de l'Ontario est très vaste et qu'il est séparé en deux régions, soit le Nord-Est et le Nord-Ouest, nous voulions en organiser un dans chacune d'entre elles. Par la suite, nous souhaitions avoir un Carrefour santé dans une région densément peuplée de francophones et un autre dans une région où les francophones sont moins nombreux. Finalement, nous cherchions un Carrefour santé qui existait avant l'arrivée du RMEFNO et un autre qui a été mis sur pied par un agent de planification et d'engagement communautaire du RMEFNO.

Pour ce qui est de la région du Nord-Ouest, il était évident que notre choix devait s'arrêter sur le Carrefour santé de Thunder Bay, puisqu'il existait avant l'arrivée du RMEFNO et qu'il est reconnu pour son engagement solide. Quant à la région du Nord-Est, nous avons dressé une liste de quelques Carrefours santé qui correspondaient aux critères, mais à cause des contraintes de temps et de disponibilité des participants, c'est celui de Timmins qui a été retenu pour l'étude.

Malheureusement, à Timmins, moins de participants ont pu se présenter au groupe de discussion. Le tableau 12 fournit des informations sur chaque groupe de discussion.

**Tableau 12 – Carrefours santé rencontrés lors des groupes de discussion**

<b>Carrefour santé rencontré</b>	<b>Nombre de participants rencontrés</b>	<b>Endroit</b>	<b>Durée</b>	<b>Période</b>
Thunder Bay	8	Local des rencontres	1h10	Hiver 2014
Timmins	4	Local des rencontres	1h30	Printemps 2014

De plus, lorsque nous avons réalisé nos groupes de discussion, une personne aurait aimé participer à celui de Timmins, mais n'était pas disponible. Nous avons donc décidé de communiquer avec elle par téléphone quelques jours après le groupe de discussion. Cette personne, employée d'un ministère provincial, se qualifie de personne-ressource aux Carrefours santé. Elle a participé à des rencontres dans quelques différents Carrefours santé et collabore plus régulièrement avec celui de Timmins. Nous avons pensé que sa perspective serait intéressante. Dans son cas, nous avons utilisé la même grille d'entretien que pour le groupe de discussion.

### *3.3.5 Une collecte de données exhaustive*

Cette collecte de données en quatre étapes peut sembler exhaustive. Cependant, il était essentiel d'assurer ce niveau de rigueur afin que notre évaluation puisse couvrir toutes les dimensions des Carrefours santé. Le fait d'utiliser plusieurs méthodes de collecte de données permet de pallier les lacunes de chacune des méthodes (Roy, 2009).

### **3.4 Les outils d'analyse des données**

Il va sans dire qu'il est très complexe de travailler avec des données qui proviennent de quatre outils différents. C'est pourquoi nous avons opté pour la construction de quelques tableaux. La catégorisation et la modélisation aux moyens de grilles est d'ailleurs une condition de réussite de l'étude de cas (Côté, 2014). Afin de faciliter l'analyse des données, nous avons préparé un tableur *Excel* contenant un onglet pour chaque dimension. Dans chacun de ces onglets, les lignes représentaient les indicateurs et les colonnes, les outils de collecte de données. Cela nous permettait de voir en un coup d'œil si la même information revenait d'un outil à l'autre. Le tableau 13 montre un exemple des tableaux d'analyse (voir annexe 5 pour les tableaux complets).

**Tableau 13 – Exemple fictif de la grille d’analyse de données**

<b>Indicateur</b>	<b>Entretien</b>	<b>Qui</b>	<b>Sondage</b>	<b>#</b>	<b>Focus Group</b>	<b>CS</b>	<b>Procès-verbaux</b>	<b>CS</b>
<b>Indic. 1</b>	...	<b>E1</b>	...	<b>4</b>	...	<b>FC1</b>	...	<b>PV1</b>
<b>Indic. 2</b>	...	<b>E6</b>	...	<b>10</b>	...	<b>FC2</b>	...	<b>PV3</b>
<b>Indic. 3</b>	...	<b>E3</b>	...	<b>6</b>	...	<b>FC2</b>	...	<b>PV2</b>

En raison des contraintes de temps, plusieurs mois se sont écoulés entre la collecte et l’analyse des données. Cependant, puisque notre approche « requiert un climat de murissement où se combinent l’analyse et la synthèse » (Côté, 2014 : 154), il a été bénéfique de laisser une période de temps entre la collecte de données et l’analyse. Durant cette période, nous avons tenu un journal de bord, ce qui nous a permis de mieux roder notre analyse de données.

### *3.4.1 Analyse des procès-verbaux*

En ce qui a trait aux procès-verbaux, rappelons que nous avons, en cours de route, réduit notre analyse à trois Carrefours santé, soit Chapleau-Foleyet-Sultan, Timmins et Thunder Bay.

La liste de toutes les activités retrouvées dans l’ensemble des procès-verbaux en notre possession a été dressée. Ensuite, il a suffi de classer ces activités dans la grille d’analyse, en indiquant dans quel Carrefour santé chacune a eu lieu. Si certaines activités ne correspondaient à aucune catégorie, nous les placions dans une catégorie autre pour les réévaluer plus tard.

Par la suite, nous avons placé les activités des Carrefours santé de Chapleau-Foleyet-Sultan, Timmins et Thunder Bay temporellement sur l’échelle de participation citoyenne des RLISS, comme nous l’avons montré dans l’exemple fictif du tableau 14. Nous avons également indiqué entre parenthèses qui était responsable de l’activité. Enfin, au bas du tableau, étaient inscrites des observations utiles dans le cadre de l’analyse. De plus, si les procès-verbaux révélaient des informations tombant sous les autres indicateurs, elles étaient notées dans la colonne PV de la grille d’analyse. Ces analyses nous permettent de répondre, en partie, au questionnement sur l’atteinte des objectifs de participation citoyenne.

**Tableau 14 – Exemple fictif du tableau d’analyse des procès-verbaux**

<b>Carrefour santé de Chapeau-Foleyet-Sultan</b>					
<b>Date</b>	<b>Informer</b>	<b>Consulter</b>	<b>Faire participer</b>	<b>Collaborer</b>	<b>Habiliter</b>
12/01/12	Présentation (agent)	Discussion sur les besoins	Solutions proposées	Organisation d’une foire	
20/03/12	Présentation (FSS)				
03/05/12	Présentation (FSS)				
<b>Observations :</b>					

### *3.4.2 Analyse des entretiens semi-dirigés et des groupes de discussion*

Dans la méthode qualitative, il est très commun de rédiger des verbatims d’entretiens. Nous avons donc commencé notre analyse en écrivant le script mot pour mot des entretiens réalisés. Cependant, le verbatim de deux entretiens nous a fait réaliser qu’il n’était pas nécessaire d’opter pour une méthode aussi rigoureuse. Par conséquent, un résumé détaillé de l’entretien contenant les citations importantes et des commentaires sur le non verbal des personnes interviewées serait plus utile aux fins d’analyses. Nous avons donc opté pour cette méthode lors des entretiens suivants.

Par la suite, nous avons repris chacun des résumés d’entretiens pour placer les éléments dans les indicateurs appropriés de notre grille d’analyse. Les éléments qui ne semblaient tomber dans aucun indicateur étaient placés dans une catégorie autre, pour être réévalués plus tard.

En rédigeant le mémoire, nous avons pris la décision de ne pas numéroter les entretiens dans les références afin de respecter la confidentialité. De plus, étant donné qu’il pourrait être facile de retracer l’origine de certains commentaires des participants aux groupes de discussion, la référence « Carrefour santé » a été utilisée afin de noter toute information provenant de la collecte de données auprès des participants (Groupes de discussion et sondages).

### *3.4.3 Analyse des sondages*

En ce qui concerne les sondages, nous aurions voulu analyser les données générées pour chacun des Carrefours santé. Cependant, puisqu’il n’y avait pas assez de répondants par Carrefour santé, nous avons évalué la possibilité de regrouper les données selon les valeurs Nord-Est et Nord-

Ouest. Or, le même problème s'est présenté. Étant donné qu'il y a moins de population et de Carrefours santé dans la région du Nord-Ouest, la participation au sondage s'est avérée moindre. L'échantillon étant trop petit, il était davantage pertinent d'analyser les résultats globaux des Carrefours santé. Cette analyse globale du sondage nous a permis d'effectuer des liens entre les Carrefours santé et le RMEFNO, d'évaluer la satisfaction des participants, de constater les défis de la mise en œuvre des Carrefours santé ainsi que d'identifier des pistes d'amélioration possibles.

Le sondage n'était pas notre principale méthode de collecte de données et l'objectif de la recherche était de déterminer si le modèle des Carrefours santé est un modèle pertinent pour l'ensemble du Nord de l'Ontario et non de comparer les deux régions. Il est alors justifiable de le faire ainsi.

Pour l'analyse du sondage, nous avons procédé d'une façon un peu différente. Un tableur Excel servant à compiler les réponses par Carrefour santé a été créé. Pour les questions à choix multiples ou de classement, nous avons entré les données dans notre tableau d'analyse. Cependant, pour les questions ouvertes, nous avons effectué des analyses à même le tableur de compilation en codifiant les réponses par couleurs. Puisqu'il y avait trop de réponses et qu'il était difficile de savoir de quelle information nous allions avoir besoin, nous avons simplement indiqué le titre de la question et ajouté une analyse très générale dans notre grille d'analyse. Lors de l'écriture, nous retournions au tableur Excel de compilations de réponses pour aller chercher l'information dont nous avons besoin.

#### *3.4.4 Analyse du portrait des Carrefours santé*

Avec l'aide des agents, nous avons dressé un portrait des Carrefours santé selon différentes caractéristiques servant à faire un meilleur état de leur situation et à comparer les Carrefours santé entre eux. À l'annexe 6, se trouve la grille d'analyse qui nous a permis de broser ce portrait. Cette grille, où les Carrefours santé sont divisés par régions du RMEFNO, indique la population totale de la ville principale où se trouve le Carrefour santé et la population francophone (pourcentage et nombre). La grille contient également le type de Carrefour santé, l'année de sa création, le temps des rencontres, le nombre de participants total et le nombre de participants moyen par rencontre. Elle fait aussi état de la composition des participants du

Carrefour santé, c'est-à-dire le pourcentage de FSS, d'organismes communautaires et de citoyens. Sur le plan de l'engagement, nous avons demandé à chaque agent de noter les Carrefours santé selon les niveaux du continuum de participation citoyenne des RLISS. Cela nous a permis de déterminer où les Carrefours santé se situaient en ce qui a trait à l'engagement. Nous avons également noté si le Carrefour santé était autonome, partiellement autonome ou si c'est le RMEFNO qui en était le leader. Finalement, nous avons ajouté une colonne pour consigner de l'information additionnelle pouvant nous aider à mieux comprendre le Carrefour santé.

### **3.5 Limites de la recherche**

Toute recherche scientifique comporte certaines limites qu'il importe d'identifier. Dans le cadre de ce projet, « l'étude de cas s'intéresse à un nombre limité de sujets » (Roy, 2009 : 205), ce qui fait en sorte que lorsqu'elle est comparée à une étude par échantillons, on peut avoir l'impression d'un manque de représentativité. Ce n'est toutefois pas ce que l'étude de cas prétend faire (Roy, 2009). Bien « [qu']il [soit] impossible de généraliser les observations et les conclusions relatives à l'étude d'un cas à l'ensemble d'une population » (Côté, 2014 : 144), « on cherche plutôt à documenter, à éclairer et à rendre compte d'une situation (Côté, 2014 : 145).

Chacun des outils de collectes de données possède ses limites. Les procès-verbaux ne sont, la plupart du temps, pas assez détaillés pour rendre claires les différentes activités et les discussions qui se sont déroulées lors des rencontres. Par conséquent, il est possible que certains Carrefours santé soient en fait plus autonomes qu'ils en ont l'air d'après notre analyse; le contraire peut aussi être vrai. Il est également possible que nous ayons sélectionné les Carrefours santé les plus développés, de sorte que nous avons moins vu la perspective des Carrefours santé où le niveau d'engagement est moindre; le contraire est aussi vrai. Une analyse de tous les procès-verbaux de tous les Carrefours santé aurait permis d'éviter ce biais, mais ce travail était trop ambitieux pour ce projet.

Dans les entretiens et les sondages, certaines personnes peuvent s'être empêchées de dire ce qu'elles pensaient réellement par peur d'être identifiées. Puisque les Carrefours santé s'inscrivent dans un système politique, soit le système de santé ontarien, les acteurs peuvent être mal à l'aise de révéler certaines informations ou d'émettre des opinions qui pourraient donner une image négative des Carrefours santé ou du RMEFNO. Il en va de même pour les groupes de discussion

où les personnes sont contraintes de parler devant les autres participants de leur Carrefour santé. Ainsi, si un acteur était moins apprécié et influençait négativement le Carrefour santé, personne n'était à l'aise de le mentionner.

Au final, bien que la recherche comporte des limites, l'important est de déterminer si les Carrefours santé produisent des résultats concrets et de quelles façons. Il est possible que nos conclusions ne soient pas aussi étoffées que si une analyse en profondeur de tous les Carrefours santé avait été effectuée, mais elles donneront quand même une bonne indication de la direction que prennent actuellement les Carrefours santé puisque certains critères de sélection ont été respectés.

### **3.6 Considérations éthiques**

Un certificat éthique pour la présente recherche a été émis le 30 avril 2013 par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO, pour une durée d'un an. Il a été renouvelé depuis lors et prendra fin le 30 avril 2016. Mentionnons également que la participation citoyenne n'est pas un sujet controversé et que les participants ne font pas partie d'un groupe à risque. Toutefois, chaque participant à un entretien semi-dirigé ou à un groupe de discussion a signé un formulaire de consentement afin de s'assurer qu'il comprenne bien les objectifs de la recherche (Annexe 7). Les participants au sondage ont, pour leur part, eu à cocher qu'ils acceptaient de participer à la recherche après avoir lu les conditions. Il est important lors de l'écriture de ce mémoire d'assurer l'anonymat des participants, et ce, dans le but d'éviter des conflits entre les différents partis. Étant donné que nous avons organisé seulement deux groupes de discussion, il pourrait être difficile de maintenir l'anonymat des participants. Dans cette perspective, afin qu'il soit impossible d'identifier les individus, lorsque nous présentons un résultat ou une citation provenant d'un groupe de discussion ou du sondage, il est indiqué qu'il s'agit d'information provenant des Carrefours santé, sans que la méthode de collecte de données soit spécifiée.

## CHAPITRE 4 – LES CARREFOURS SANTÉ EN PROFONDEUR

Ce chapitre vise à dresser un portrait des Carrefours santé. D’abord, nous explorerons en profondeur le rôle du RMEFNO. Ensuite, nous étudierons le modèle des Carrefours santé pour comprendre ses origines, son approche ainsi que son mandat et ses objectifs. Nous nous intéresserons également au rôle que devrait jouer chacun des acteurs dans les Carrefours santé. Finalement, nous présenterons l’état actuel des Carrefours santé.

### 4.1 Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l’Ontario (RMEFNO)

Il est important de rappeler que le RMEFNO est le résultat d’une fusion entre le Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l’Ontario, créé en 2004, et le Réseau francophone de santé du Nord de l’Ontario, fondé en 2003. Ces deux organismes, membres de la Société Santé en français et travaillant à l’amélioration des services de santé en français dans le Nord de l’Ontario, se sont fusionnés en 2010, afin de répondre à un appel de propositions du MSSLD qui cherchait à sélectionner une entité de planification des services de santé en français dans la région.

#### 4.1.1 Le rôle du RMEFNO : un double mandat

En devenant l’entité de planification des services de santé en français du Nord de l’Ontario, le RMEFNO acceptait de remplir un double mandat. Le réseautage et la création de partenariats avec et entre les cinq branches du pentagone de Boelen (2001) (Figure 3 au chapitre 2), c’est-à-dire les professionnels de la santé, les autorités gouvernementales, les gestionnaires d’établissements de soins, les institutions de formation et les communautés constitue le premier. Le deuxième mandat concerne l’implication des communautés en vue de faire la planification des services de santé en français de la région, tel qu’indiqué dans le *Règlement de l’Ontario 515/09*, qui mise sur l’engagement de la collectivité francophone en appliquant l’article 16 de la *Loi de 2006 sur l’intégration du système de santé local*. Il est essentiel de rappeler ici que cette loi régit les *Réseaux locaux d’intégration des services de santé*, responsables du financement et de la planification des services de santé et des entités de planification des services de santé en français. Le RMEFNO se doit d’engager la communauté francophone afin de cerner ses besoins, qui seront par la suite transmis par un rapport de recommandation aux RLISS du Nord-Est et du



Nord-Ouest. Ces deux mandats permettent de travailler de différentes façons à la réalisation de la mission du RMEFNO qui est :

Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l’Ontario (RMEFNO) vise à assurer aux francophones de cette grande région l’accès à un ensemble de programmes et de services de santé en français de qualité qui répond à leurs besoins. (Site Web du RMEFNO, 2016)

#### 4.1.2 Le territoire desservi

Comme il a été mentionné précédemment, le vaste territoire du RMEFNO couvre les régions du Nord-Ouest et du Nord-Est de l’Ontario. Dans le Nord-Est, le travail du RMEFNO s’effectue dans les régions désignées, c’est-à-dire les districts de Cochrane, de Timiskaming, d’Algoma, de Sudbury et de Nipissing, la ville du Grand Sudbury ainsi que la municipalité de Callander dans le district de Parry Sound. Dans le Nord-Ouest, le RMEFNO se concentre sur les communautés désignées du district de Thunder Bay ainsi que dans certaines communautés du district de Kenora telles que Dryden et Ignace (voir annexe 1). Cinq agents de planification et d’engagement communautaire se partagent le territoire qui a été séparé en se basant en partie sur les régions des *Réseaux locaux d’intégration des services de santé* ainsi que sur la densité de francophones. Ces régions, créées par le RMEFNO, reflètent la réalité des francophones. Le tableau 15 montre les régions du RMEFNO, en incluant une approximation de la densité de francophones.

**Tableau 15 – Densité approximative de francophones par région du RMEFNO**

Région	Densité de francophones*	Centre urbain	Autres villes (exemples)
Nord-Ouest	Moins de 5 %	Thunder Bay	Dryden, Kenora, Ignace, Greenstone, Manitouadge, Marathon
Algoma	Environ 5 à 10 %	Sault Ste. Marie	Hornepayne, Blind River, Wawa, Elliot Lake, Dubreuilville
Sudbury/ Nipissing	Environ 25 à 30%	Sudbury et North Bay	Nipissing Ouest, Mattawa, Noëlville, Verner
Cochrane Sud/ Temiskaming	Environ 30 à 35%	Timmins	Kirkland Lake, Temikaming Shore, Chapleau
Cochrane Nord	Plus de 50 %	Aucun	Kapuskasing, Hearst, Smooth Rock Falls, Cochrane, Iroquois Falls

\*Les pourcentages sont des approximations, car il est complexe de calculer la proportion de francophones dans les régions de Cochrane Nord et Cochrane Sud/Temiskaming puisqu’elles ont été circonscrites par le RMEFNO.

## **4.2 Le modèle des Carrefours santé**

La problématique énoncée plus tôt dans ce projet de recherche nous a permis d'apprendre que le RMEFNO a privilégié le modèle des Carrefours santé afin de répondre à son mandat d'engagement communautaire envers les francophones. Grâce à l'analyse du document de création (CRRIDEC, 2012) ainsi que par le biais des entretiens avec la direction générale et avec un des auteurs du document, nous avons cherché à comprendre les raisons pour lesquelles ce modèle a été privilégié.

### *4.2.1 Le développement du modèle*

En 2010, après avoir reçu des fonds pour mettre sur pied un projet d'engagement communautaire, le RMEFNO a mandaté le CRRIDEC, affilié à l'Université de Hearst, pour développer une approche qui allait se traduire par un engagement solide, continu et qui permettrait une participation importante de la communauté francophone concernant l'offre des services de santé en français (Entretiens; CRRIDEC, 2012 : 5). Ce modèle d'engagement devait également permettre de répondre aux trois lignes directrices des RLISS : 1) informer et éduquer les intervenants; 2) solliciter leur avis, au besoin, en vue d'une prise de décision; et 3) favoriser les échanges bilatéraux (RLISS, 2011 : 8; CRRIDEC, 2012 : 25).

Un des éléments importants à prendre en considération dans l'élaboration du modèle était le fait que certaines communautés avaient déjà réussi à se mobiliser et à s'engager, tandis que d'autres n'y étaient pas arrivées (Entretiens). Or, afin de déterminer quel modèle convenait mieux à la réalité des francophones du Nord de l'Ontario, une revue de la littérature scientifique et grise sur la participation citoyenne en santé a été réalisée. Plusieurs réflexions sur la participation citoyenne et ses différentes approches ainsi que ses niveaux ont également été lancées (Entretiens; CRRIDEC, 2012). Il a aussi été jugé important, lors du développement du modèle, de s'appuyer sur des initiatives déjà en place et qui fonctionnaient bien, par exemple le regroupement à Thunder Bay (Entretiens). Ce dernier est d'ailleurs devenu le Carrefour santé de Thunder Bay. Les penseurs du modèle étaient toutefois conscients que les Carrefours santé ne sont « pas un processus étape par étape, mais une idée générale puisque certains regroupements de gens dans certaines communautés pourraient déjà agir comme un Carrefour santé » (Entretiens).

#### 4.2.2 Approche communautaire

Dans le document de création des Carrefours santé (CRRIDEC : 2012), on met en opposition l'approche communautaire (« bottom-up ») et l'approche institutionnelle (« top-down »). Comme le nom l'indique, cette dernière cherche à répondre aux besoins des institutions. L'approche communautaire, par contre, veut d'abord et avant tout répondre aux besoins de la communauté. L'approche institutionnelle utilise la participation citoyenne de manière instrumentale, principalement pour légitimer des décisions. L'approche communautaire, de son côté, préconise les idées reçues des communautés et s'adapte en fonction des défis qui se présentent.

Le tableau 16 met en évidence les avantages (+) et les inconvénients (-) de chacune des méthodes. Il est possible de constater que l'approche communautaire met de l'avant plusieurs avantages de participation citoyenne que nous avons décrits plus tôt dans le cadre théorique, notamment l'augmentation des compétences individuelles (Talpin 2018 : 146-147), le renforcement du capital social (sentiment d'appartenance) (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 2) et la transparence (Sénéchal et Piron, 2004 : 18; Smith, 2003 : 43). D'autre part, comme l'indique le tableau, l'approche communautaire relève d'un processus plus complexe. Cette lourdeur et longueur du processus, complexifiant la mise en œuvre, est d'ailleurs un défi dont il a été question auparavant (Sénéchal et Piron, 2004 : 18).

**Tableau 16 – Avantages et inconvénients des approches communautaire et institutionnelle**

	<b>Communautaire</b>	<b>Institutionnelle</b>
Transparence, confiance, crédibilité	+	-
Participation active (proactivité)	+	-
Prise en charge des communautés	+	-
Engagement continu et soutenu	+	-
Collaboration et partenariats	+	-
Sens des responsabilités	+	-
Niveau d'engagement	+	-
Simplicité du processus	-	+
Partage des défis, partage des solutions	+	-
Augmentation des compétences	+	-
Développement de leadership	+	-
Niveau d'appartenance, de fierté	+	-
Inclusion	+	-
Légende : Avantage (+) Inconvénient (-)		
Référence : CRRIDEC, 2012 : 21		

Il existe un lien très étroit entre l'approche communautaire et la participation citoyenne, cette dernière se produisant davantage dans cette approche (CRRIDEC, 2012 : 20). Les Carrefours santé, ayant été développés avec « l'idée que l'information doit venir de la base pour que les gens soient le mieux desservis possible » (Entretiens), préconisent une approche communautaire. Le document de création des Carrefours santé montre clairement que l'approche des Carrefours santé vise les deux derniers niveaux de participation citoyenne, c'est-à-dire « collaborer » et « habiliter » (CRRIDEC, 2012 : 24). Selon un employé du RMEFNO, « l'idée était de faire différent de ce qu'on voit la plupart du temps par manque de temps et de moyens, c'est-à-dire plus qu'une consultation de temps en temps » (Entretiens).

#### *4.2.3 Mandat et objectifs des Carrefours santé*

Tel que mentionné précédemment, « un [C]arrefour santé est un regroupement de gens d'une communauté qui s'assemblent pour cibler les besoins de leur communauté et trouver des solutions » (CRRIDEC, 2012 : 25). Ainsi, deux résultats principaux sont attendus des Carrefours santé, le premier étant « [d']assurer l'accès à des services et à des soins de qualité, en français, et qui correspondent aux réalités du Nord » et le deuxième, « [d']améliorer la santé des francophones » (CRRIDEC, 2012 : 26). Donc, le rôle des Carrefours santé est d'être le moteur central d'engagement communautaire des citoyens francophones ainsi qu'un leader communautaire pour dialoguer avec le RMEFNO en ce qui concerne les besoins des services de santé en français (CRRIDEC, 2012 : 26).

Les Carrefours santé ont plusieurs objectifs, énumérés dans le tableau 17. La colonne du niveau de participation indique à partir de quel niveau du continuum de participation des RLISS (Figure 8 dans la section 2.6.4), l'objectif est atteint. Le chapitre 6 servira à reprendre chacun de ces objectifs afin de voir s'il a été atteint.

**Tableau 17 – Objectifs des Carrefours santé**

<b>Objectifs des Carrefours santé</b>	<b>Niveau de participation</b>
1. Analyser et comprendre l'information reçue par le RMEFNO	Informer
2. Servir de lien de communication entre le RLISS et la communauté par l'entremise du RMEFNO	Consulter
3. Représenter les francophones de la communauté	Consulter
4. Appuyer des séances d'engagement communautaire	Consulter
5. Recueillir des données de la communauté afin de déterminer les besoins	Faire participer ou collaborer
6. Proposer des solutions novatrices aux besoins	Faire participer ou collaborer
7. Sensibiliser la communauté	Faire participer ou collaborer
8. Identifier et stimuler des opportunités de partenariat	Collaborer

Référence : CRRIDEC, 2012 : 26; RMEFNO, 2014

En ce qui concerne le but ultime d'améliorer la santé des francophones, il est gardé dans la mire des créateurs du modèle, car ils croient que si « les individus s'engagent dans la planification des soins de santé, alors ils se responsabiliseront quant à leur propre rôle à jouer pour leur santé » (CRRIDEC, 2012 : 11).

### **4.3 Rôles des participants**

Plusieurs acteurs ont un rôle à jouer dans la mise en œuvre des Carrefours santé. Cette section du document se penche donc sur le rôle proposé pour certains acteurs. Le RMEFNO suggère que le Carrefour santé soit composé des participants suivants :

- la communauté francophone/francophile;
- les services de santé;
- les services sociaux;
- le secteur de l'éducation;
- les professionnels de la santé;
- les organismes et groupes francophones communautaires;
- les personnes ayant vécu des expériences personnelles avec le système de santé, et les membres de leur famille.

Chaque Carrefour santé peut compter sur une personne ressource, soit un agent de planification et d'engagement communautaire du RMEFNO.

Plus tôt, nous avons déterminé qu'il existe trois types de savoir dans la participation citoyenne : le savoir citoyen, le savoir expert et le savoir institutionnel. Dans le cadre du présent mémoire, ces catégories seront remaniées, dans le but de mieux refléter la réalité des Carrefours santé. Le tableau 18 montre comment les participants seront classés lors de l'analyse.

**Tableau 18 – Regroupements d'analyse des participants**

<b>Théorie</b>	<b>Participants Carrefours santé</b>	<b>Groupes pour fin d'analyse</b>	<b>Influence possible</b>
Citoyens ordinaires	Communauté francophone/francophile	<b>Citoyens individuels</b>	Citoyens avec une perspective plus individuelle pouvant facilement être noyée dans les discussions
	Personnes ayant vécu des expériences personnelles avec le système de santé		
Citoyens organisés	Organismes et groupes francophones communautaires	<b>Organisations communautaires</b>	Groupes organisés pouvant exercer une grande influence sur les discussions
Institutions	Secteur de l'éducation		
	Services de santé	<b>Organismes ou professionnels liés à la santé</b>	Experts du domaine de la santé pouvant exercer une grande influence sur les discussions
	Services sociaux		
Professionnels	Professionnels de la santé		
Agent de développement	Agent de planification et d'engagement communautaire	<b>Agent de planification et d'engagement communautaire</b>	Point de liaison entre le Carrefour santé et les instances

Dans le contexte des Carrefours santé, quatre types d'acteurs ressortent : les citoyens individuels, les organisations communautaires, les fournisseurs de services de santé et les agents de planification et d'engagement communautaire du RMEFNO. Nous avons regroupé les services de santé, les services sociaux et les professionnels de la santé, croyant qu'ils peuvent exercer le même type d'influence sur le Carrefour santé. Il en va de même pour le secteur de l'éducation ainsi que pour les organismes et les groupes communautaires francophones. Dans la réalité des Carrefours santé, les participants du secteur de l'éducation sont souvent des professeurs ou des directeurs d'écoles voulant s'assurer du mieux-être de leurs élèves ou étudiants.

#### *4.3.1 Agent de planification et d'engagement communautaire*

Les agents de planification et d'engagement communautaire (agents) sont les employés du RMEFNO. Ils ont pour tâche d'engager la communauté francophone par l'entremise des

Carrefours santé ou de séances d'engagement communautaire. C'est sur eux que reposait la responsabilité de mettre sur pied des Carrefours santé.

L'agent a un rôle qui varie d'un Carrefour santé à l'autre. La figure 9 illustre la place que l'agent prend, en fonction du niveau d'autonomie du Carrefour santé.

**Figure 9 – Le rôle de l'agent dans le Carrefour santé**

<b>Central (leader du CS)</b>	<b>Périphérique (appui le CS)</b>
<b>Carrefours santé non autonomes</b>	<b>Carrefours santé autonomes</b>
<b>Rôle de l'agent</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convoquer les rencontres</li> <li>• Réserver la salle</li> <li>• Préparer les ordres du jour et les procès-verbaux</li> <li>• Présider les rencontres</li> <li>• Préparer un plan de travail pour le CS</li> <li>• Recruter des participants</li> <li>• Apporter des sujets de discussion à la table</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir comme personne-ressource</li> <li>• Apporter de nouvelles informations et une documentation pertinente concernant le système de santé</li> <li>• Aviser le RMEFNO et les FSS des besoins et solutions proposées</li> <li>• Agir comme point de liaison entre les CS et les instances</li> <li>• Dialoguer avec le CS</li> </ul>
Référence : Entretiens; RMEFNO, 2014	

Dans un Carrefour santé autonome, l'agent agit davantage comme une personne-ressource. Il participe aux rencontres principalement pour absorber de l'information sur les besoins et solutions proposées par les communautés, tout en apportant des nouvelles informations (c.-à-d. nouveaux fonds disponibles, nouveaux programmes) et des ressources (c.-à-d. documentation, histoires à succès d'ailleurs) qui pourraient contribuer aux réflexions du Carrefour santé (Entretiens, RMEFNO, 2012). Il facilite aussi le dialogue entre le Carrefour santé et le RMEFNO (RMEFNO, 2012).

Dans le cas où un Carrefour santé est très peu autonome, l'agent joue un rôle central en matière d'engagement communautaire. Bien que l'objectif à long terme soit que tous les Carrefours santé deviennent autonomes, « dans certains cas, c'est plus les agents qui sont les leaders » (Entretiens). Ce sont eux qui effectuent le travail pour s'assurer que les communautés continuent de se rencontrer, surtout dans celles où les Carrefours n'existaient pas avant (Entretiens). En plus d'accomplir les tâches qu'ils auraient à exécuter dans un Carrefour santé autonome, ils sont responsables de convoquer les rencontres, de réserver la salle, de préparer les ordres du jour et les

procès-verbaux, de présider les rencontres, de préparer un plan de travail pour les Carrefours santé, de recruter des participants et d'apporter des sujets de discussion autour de la table (Entretiens).

L'agent doit alors bien connaître sa région afin de représenter adéquatement les francophones et faire part de leurs besoins à divers comités ainsi qu'auprès du RMEFNO, du RLISS et des fournisseurs de services de santé.

#### *4.3.2 Participants aux Carrefours santé*

Le rôle des participants aux Carrefours santé est principalement de représenter la population francophone lors de discussions et d'actions concernant les besoins en termes de services de santé en français. Ils doivent, par le fait même, travailler à remplir les objectifs suggérés par le RMEFNO (voir tableau 17).

Les Carrefours santé comportent trois principaux types de participants : les citoyens individuels, les organisations communautaires et les fournisseurs de services de santé. À ce propos, le document sur le mandat des Carrefours santé apporte des précisions.

Le Carrefour santé représente l'ensemble de la communauté francophone, alors sa composition doit être représentative de tous ses membres. Si tel n'est pas le cas, le Carrefour doit prendre en considération les membres sous-représentés lorsque vient le temps de planifier des activités d'engagement. (RMEFNO, 2012)

Autrement dit, si un segment de la population est mal représenté au Carrefour santé (p. ex. les jeunes), il revient aux autres membres de s'assurer que les besoins de ce groupe soient pris en considération. Il est donc recommandé, en plus d'avoir des participants des domaines décrits plus hauts, de bien représenter les différentes tranches d'âge et les différents statuts sociaux de la population francophone (Carrefours santé).

Le document de création des Carrefours santé met en garde contre la présence trop forte d'experts et de groupes de citoyens organisés (fournisseurs de services de santé et organismes communautaires), en rappelant de « [laisser] une place importante aux individus qui doivent se sentir partie prenante de la planification » (CRRIDEC, 2012 : 11). Comme le mentionnent Bantuel Lequin et Dargent (2000), l'avis d'experts et de citoyens organisés peut contribuer à faire avancer un agenda aux dépens des besoins réels de la communauté. Le document de création des



Carrefours santé rappelle que « le travail du [C]arrefour doit être pensé dans le sens du consensus et de la participation équitable de tous dans le processus » (CRRIDEC, 2012 : 32). Il suggère également de « rappeler aux supposés experts l'importance de travailler en équipe et de respecter les compétences de chacun. [...] En ce sens, les discussions doivent être franches et honnêtes et viser l'amélioration des compétences de chacun » (CRRIDEC, 2012 : 32).

Au final, le rôle des participants aux Carrefours santé est de représenter les francophones en général. Bien qu'il soit intéressant de réunir autour de la table des personnes avec des bagages différents, ils doivent enlever leur chapeau de représentant de X ou de Y afin de refléter l'intérêt de tous les francophones (RMEFNO, 2014; Entretiens; Groupes de discussion).

#### *4.3.3 L'acteur clé du Carrefour santé*

L'autonomie du Carrefour santé pourra difficilement être atteinte si les agents ne parviennent pas à repérer un acteur clé, plus communément appelé « leader » parmi les agents et les participants, pour chacun des Carrefours santé. Cet acteur clé joue un rôle central en matière de développement du Carrefour santé, en étant son moteur de développement (CRRIDEC, 2012 : 28).

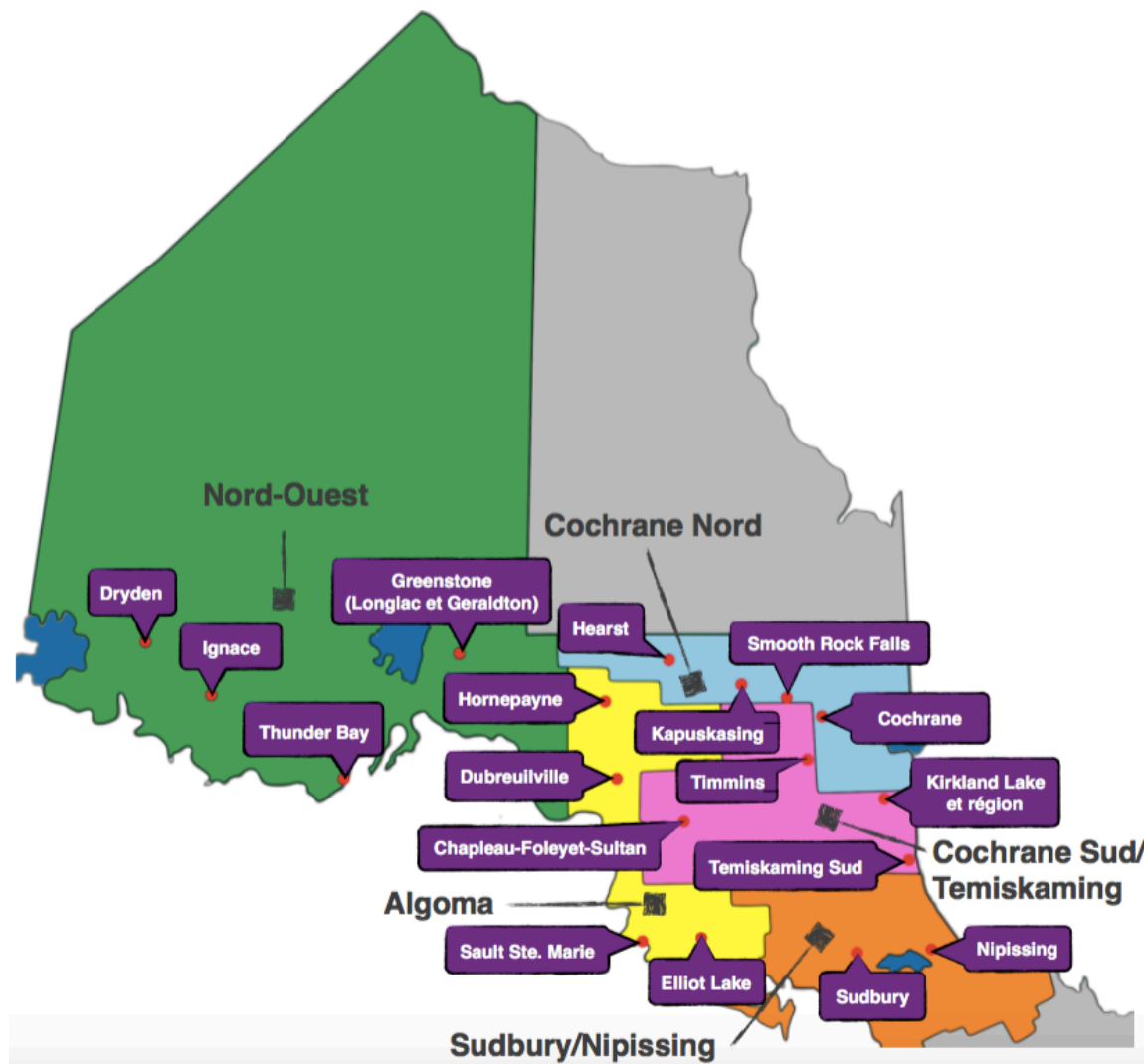
Idéalement, cette personne convoque et préside les rencontres, prépare les ordres du jour, agit comme porte-parole du Carrefour santé auprès du RMEFNO, établit un consensus, favorise l'efficacité et le travail d'équipe au sein du Carrefour santé (RMEFNO 2014). De plus, elle facilite le réseautage avec les organismes communautaires et appuie le recrutement de nouveaux participants (RMEFNO, 2014). Somme toute, le leader s'acquitte des tâches que l'agent fait dans un Carrefour santé non autonome (voir figure 9).

Il est préférable que « cette personne [possède] un certain bagage de connaissances concernant le système de la santé afin de donner l'heure juste en termes de réalisme et de faisabilité » (CRRIDEC, 2012 : 28). Ainsi, « [l']acteur clé [est] d'une importance primordiale dans le succès de l'engagement » et dans l'autonomie du Carrefour santé (CRRIDEC, 2012 : 28).

#### 4.4 Portait des Carrefours santé

Il existe dix-neuf Carrefours santé dans le Nord de l'Ontario. La figure 10 montre l'emplacement de ces Carrefours santé dans les régions du RMEFNO. Cependant, il est à noter que depuis le début de notre collecte de données, le nombre de Carrefours santé a changé. Certains Carrefours santé se sont ajoutés, comme celui d'Elliot Lake. Par contre, d'autres ne sont plus considérés comme étant des Carrefours santé étant donné qu'il n'y a pas assez de participants, par exemple à Iroquois Falls. Quelques-uns ne portent pas le nom, mais agissent comme des Carrefours santé aux yeux du RMEFNO. Les Carrefours santé se rencontrent idéalement quatre fois par année.

**Figure 10 – La carte des Carrefours santé**



Référence : Carte fournie par le RMEFNO (2015)

Certains Carrefours santé existaient avant l'arrivée du RMEFNO, en tant que groupe francophone poursuivant des objectifs semblables. À quelques endroits, comme à Thunder Bay et à Hearst, on s'est approprié le nom de Carrefour santé alors que dans d'autres cas, par exemple à Sudbury et Sault Ste. Marie, on a opté pour l'appellation « Table santé ». Dans le cas de Sudbury et de Nipissing, il ne s'agit pas de Carrefours santé à proprement parler, mais plutôt de rencontres qui agissent comme véhicule du Carrefour santé. Bien que la plupart d'entre eux aient été créés en 2012, tout de suite après la création du RMEFNO, d'autres existent depuis plus longtemps. Le tableau 19 fait état de différents aspects des Carrefours santé.

**Tableau 19 – Différents aspects des Carrefours santé**

Carrefour santé	Année de création	Type*	Participants		Temps	Composition (%)		
			Nb	Moyen		Cit.	Org. Com.	FSS
Thunder Bay	Avant RMEFNO	CS	15	12	Midi	5	85	10
Dryden	2013	CS	11	8	Soir	50	50	0
Ignace	2012	CS	15	12	Soir	75	25	0
Greenstone (Longlac)	2011	CS	6	4	Soir	60	40	0
Greenstone (Geraldton)	2011	CS	15	12	Midi	50	30	20
Hornepayne	2012	CS	10	S.O.	Soir	27	60	13
Dubreuilville	2012	CS	10	S.O.	Midi	13	75	12
Elliot Lake	2015	CS	10	S.O.	Soir	17	33	50
Saulte Ste. Marie	2012	CS	10	S.O.	Soir	50	30	20
Grand Sudbury	Avant RMEFNO	V	12	S.O.	AM	0	90	10
North Bay	Avant RMEFNO	V	40	S.O.	Midi	20	70	10
Chapleau-Foley-Sultan	2012	CS	10	6	AM	43	43	14
Timmins	2012	CS	14	8	Soir	6	31	63
Kirkland Lake	2012	CS	8	6	Midi	20	40	40
Temiskaming Sud	2012	CS	10	6	AM	10	20	70
Hearst	Avant RMEFNO	CS	6	5	PM	17	17	66
Kapuskasing	2012	CS	23	9	AM	17	48	35
Smooth Rock Falls	2012	CS	16	6	AM	27	13	60
Cochrane	2012	CS	12	6	Soir	58	17	25

\*Le type de Carrefour santé fait référence au fait qu'il s'agit d'un Carrefour santé (CS) ou d'un autre regroupement qui agit en tant que véhicule (v) du Carrefour santé.

Référence : Information fournie par le RMEFNO, 2015

En observant ce tableau, il est possible de constater que presque tous les Carrefours santé comportent de 10 à 15 participants tel que recommandé par le mandat des Carrefours santé (RMEFNO, 2014). Dans le cas de North Bay, la participation est très élevée, le Club des Compagnons des Francs Loisirs agissant comme véhicule du Carrefour santé. D'un autre côté, à Hearst, le Carrefour santé est composé d'un comité exécutif de six personnes, mais il dispose d'un réseau de plus de 50 personnes qui se rencontrent une à deux fois par année pour échanger de l'information. En ce qui a trait à la composition des Carrefours santé, elle varie beaucoup d'un

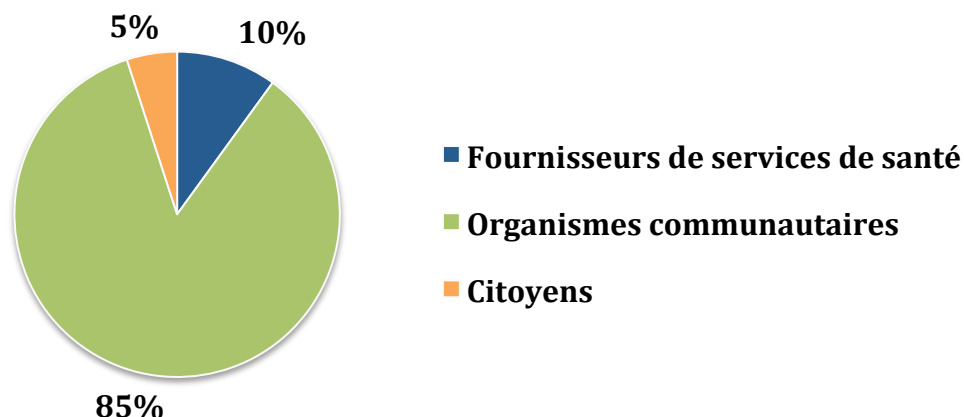
endroit à l'autre, comme en témoigne ce tableau. Une section du chapitre 5 sera d'ailleurs consacrée à la représentation des participants dans les Carrefours santé. Ces derniers se rencontrent également à des moments différents, soit le temps de la journée qui convient le mieux aux participants. À cet effet, on remarque que parmi les Carrefours santé qui se rencontrent le soir, une plus grande proportion de citoyens ordinaires est présente, par exemple à Greenstone (Longlac), à Dryden, à Ignace et à Cochrane.

#### *4.4.1 Le Carrefour santé de Thunder Bay*

Le Carrefour santé de Thunder Bay est situé dans le Nord-Ouest de la province, où la proportion de francophones est faible : 3,4 % pour la région et 2,8 % pour la ville. Tout de même, il s'agit de la ville dont la taille est la plus importante dans le Nord-Ouest avec une population de 106 695 personnes; ce qui porte le nombre de francophones à 2 945 (Statistiques Canada, 2011). La ville regroupe la plupart des fournisseurs de services de santé régionaux, faisant en sorte que plusieurs résidents de la région du Nord-Ouest et même du Nord-Est s'y rendent pour obtenir des services de santé.

La ville de Thunder Bay regroupe plusieurs organismes communautaires francophones, entre autres, l'Association des francophones du Nord-Ouest de l'Ontario, un centre d'interprétation médicale francophone, une garderie francophone et un centre des femmes francophones. La plupart des directions générales de ces organismes font partie du Carrefour santé. C'est ce qui explique pourquoi le Carrefour santé est composé à 85 % d'organismes communautaires, laissant une faible place aux citoyens ordinaires et aux fournisseurs de services de santé (figure 11). Les participants se décrivent comme étant des « membres communautaires engagés dans l'amélioration de la communauté francophone » ou encore des « gens avec plusieurs chapeaux qui peuvent représenter différentes tranches de la population » (Carrefours santé). Le Carrefour santé de Thunder Bay existait avant la création du RMEFNO, mais ne s'était pas rencontré depuis deux ans. Il a toutefois servi d'inspiration pour la création du modèle. Le Carrefour santé de Thunder Bay est composé de 15 participants. Environ 12 personnes se réunissent une fois par mois, sur l'heure du midi. La présidence est assurée par la direction générale d'un organisme francophone d'interprétation médicale. Le Carrefour santé de Thunder Bay a déjà à son actif plusieurs succès issus d'actions stratégiques (Entretiens, Carrefours santé).

**Figure 11 – Composition des participants du Carrefour santé de Thunder Bay**

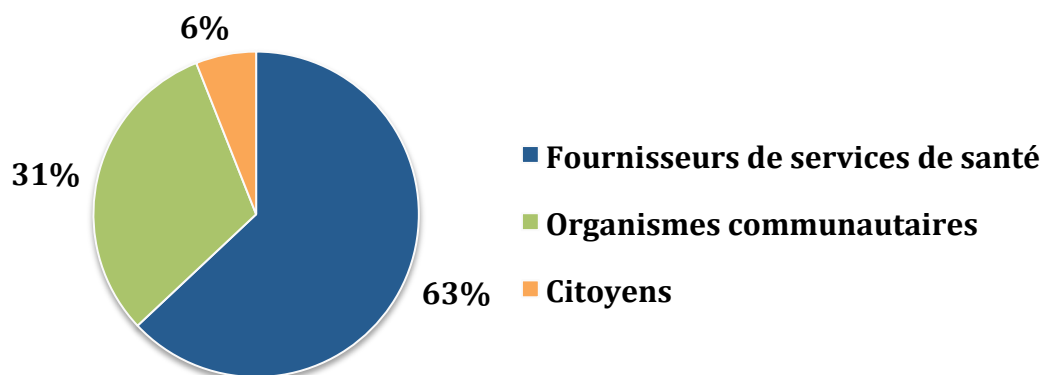


#### *4.4.2 Le Carrefour santé de Timmins*

Le Carrefour santé de Timmins est situé dans le Nord-Est de la province, dans le district de Cochrane. Sa population de 42 675 résidents fait de la ville de Timmins un pôle important concernant l'offre des services de santé de la région. Plusieurs personnes de l'extérieur s'y rendent pour obtenir des services de santé. La ville est composée à 39,5 % de francophones, ce qui équivaut à 16 840 personnes (Statistiques Canada, 2011).

Le Carrefour santé de Timmins existe depuis 2012 et compte une quinzaine de participants. Cependant, les rencontres en réunissent en moyenne huit. Quant à la composition de ce Carrefour santé, elle repose à 63 % sur des participants considérés comme étant des fournisseurs de services de santé ou de services sociaux, 31 % proviennent d'organismes communautaires et 6 % sont des citoyens individuels (figure 12). Ils se rencontrent quatre fois par année, après le travail. Le Carrefour santé appui le projet de Centre de santé communautaire francophone de l'Alliance de la francophonie de Timmins (Carrefours santé). À noter que plusieurs rencontres ont été nécessaires avant que le Carrefour santé de Timmins se trouve un leader. La présidence est maintenant assumée par la direction générale d'un organisme communautaire qui promeut les droits des francophones, soit l'Alliance de la francophonie de Timmins.

**Figure 12 – Composition des participants du Carrefour santé de Timmins**



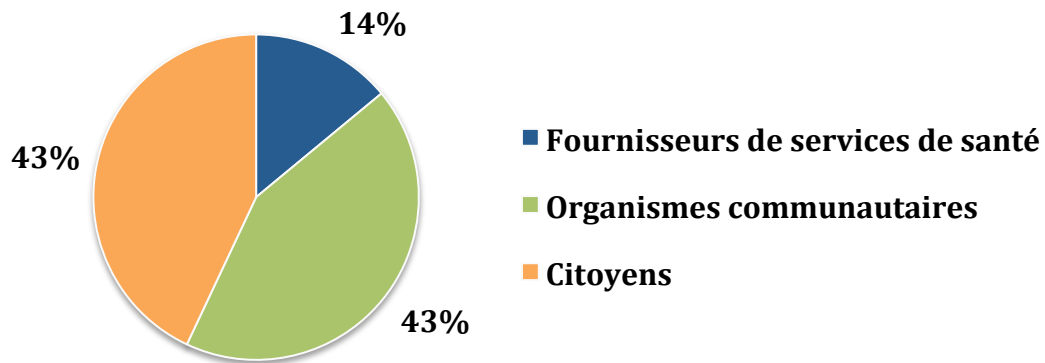
#### *4.4.3 Le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan*

Chapleau est une communauté de 2 095 résidents comportant 850 francophones (40,6 %) situées dans le Nord-Est de l'Ontario (Statistiques Canada, 2011). Au sens géographique, c'est une communauté isolée puisqu'elle se situe à 200 km de Timmins, qui correspond au centre urbain le plus près. À Chapleau, l'agence Services de santé de Chapleau regroupe sous un même parapluie la plupart des services de santé de la communauté soit l'hôpital, le foyer de soins de longue durée, les services de santé mentale et de toxicomanie ainsi que les services de soutien communautaire. Pour les services de santé plus spécialisés, les résidents doivent se rendre à Timmins, à Sudbury ou à Sault Ste. Marie. Le Carrefour santé a décidé d'inclure Foleyet et Sultan dans son nom afin de représenter ces petites communautés également desservies par les Services de santé de Chapleau.

Le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan a été créé rapidement grâce au leadership actif et engagé de la présidente actuelle, une aînée retraitée, qui a tout de suite vu l'importance d'un regroupement de la sorte pour la communauté de Chapleau et ses environs (Entretiens). Ce Carrefour santé de sept participants est composé à 43 % de citoyens individuels et 43 % d'organismes communautaires, ces derniers étant majoritairement des clubs d'aînés, reflétant ainsi la réalité démographique de la communauté (figure 13). Le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan connaît plusieurs succès depuis sa création en 2012. À chaque rencontre, le Carrefour santé organise des ateliers santé ouverts à tous les membres de la communauté. Le

Carrefour santé, dont les participants se rencontraient initialement tous les mois, tient maintenant des réunions à raison de quatre matinées par année et regroupe environ sept personnes.

**Figure 13 – Composition des participants du Carrefour santé de Chapleau-Foley-Sultan**



#### **4.5 Défis anticipés**

Plusieurs défis ont été anticipés dans la mise en œuvre des Carrefours santé. Quelques-uns ont été énumérés dans les sections précédentes. Tout d’abord, rappelons qu’il est essentiel de faire attention à la place que prennent les experts et les groupes organisés comparativement aux citoyens ordinaires (CRRIDEC, 2012 : 32). Ensuite, il est important pour le RMEFNO de développer une méthode de communication avec les Carrefours santé, leur permettant d’être à jour concernant les nouvelles informations provenant des systèmes de santé provincial, régional et local (CRRIDEC, 2012 : 32). Un autre défi concerne l’autonomie ou l’autogestion des Carrefours santé. Dans certaines communautés, l’autonomie du Carrefour santé se fait plus rapidement et spontanément que dans d’autres. Finalement, un des plus grands défis de la mise en œuvre des Carrefours santé est de s’assurer de garder l’équilibre entre les besoins de la communauté et les besoins des RLISS. En fait, le réel engagement des Carrefours santé, c’est-à-dire le niveau « habilitation », ne sera jamais atteint si l’on priorise les besoins institutionnels.

## CHAPITRE 5 – ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DES CARREFOURS SANTÉ

« Les gens doivent voir qu'ils font une différence. » -Entretien

Ce chapitre s'intéresse à la première dimension de notre analyse, soit la mise en œuvre des Carrefours santé. Il fait état de la façon dont ils ont été créés. Nous tenterons de vérifier si le grand processus de mise en œuvre a respecté les critères suggérés dans le document initial et s'il rassemblait les conditions favorables à la participation citoyenne. Trois dimensions de la mise en œuvre seront explorées : l'adaptation aux besoins des communautés, les aspects communicationnels ainsi que la composition du Carrefour santé. Concrètement, il s'agit de mesurer l'écart entre les résultats souhaités et les résultats réels sur le plan de la mise en œuvre.

### 5.1 Adaptation aux besoins des communautés

Afin de mettre en place une participation citoyenne efficace et solide, il est important de réunir certaines conditions. Comme nous l'avons vu précédemment quant aux défis de la participation citoyenne, la participation sera plus forte si les citoyens se sentent touchés par les enjeux (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 16). De plus, l'étude des facteurs communautaires a révélé que la participation citoyenne était fragile. Il faut donc s'assurer que l'on s'adapte aux besoins des communautés.

#### 5.1.1 Délimitation du territoire

Lors de la mise en œuvre des Carrefours santé, la délimitation des territoires constituait une étape cruciale. Le document de création mettait l'accent sur le fait que « c'est à la communauté de décider des limites territoriales de façon ainsi à maximiser le sentiment d'appartenance » (CRRIDEC, 2012 : 27). Au départ, le RMEFNO s'était fixé l'objectif de démarrer trois Carrefours santé par région (Entretiens). Toutefois, dans certaines régions il y avait un besoin évident de délimiter le territoire autrement.

C'est ainsi que dans la région de Cochrane Nord, cinq Carrefours santé ont été créés, étant donné les différences et les distances entre les communautés (Entretiens). Dans la région de Temiskaming, les communautés de Kirkland Lake et de Temiskaming Shores sont desservies par les mêmes fournisseurs de services de santé. Ces derniers souhaitaient voir un seul Carrefour santé pour toute la région (Entretiens). Or, étant donné la distance entre les deux villes et les



réalités différentes, les citoyens et les organismes communautaires ont demandé qu'il y ait deux Carrefours santé distincts, ce qui a été réalisé (Entretiens). Dans le Nord-Ouest, la municipalité de Greenstone englobe huit communautés, dont deux où l'on retrouve plus de services, soit Geraldton et Longlac. Cependant, une distance d'environ 95 km sépare les deux communautés. Ainsi, l'agent a décidé d'alterner le lieu de la rencontre pour se rendre compte, au final, que ce n'est pas les mêmes personnes qui se présentaient aux réunions, forçant ainsi la création de deux Carrefours santé différents (Entretiens).

Tout compte fait, le RMEFNO semble avoir écouté les besoins des communautés lors de la délimitation des territoires des Carrefours santé, permettant ainsi à un plus grand nombre de personnes d'être représentées et d'avoir leur voix au Carrefour santé.

### *5.1.2 Insertion dans des groupes existants*

La possibilité d'insertion des Carrefours santé au sein de regroupements déjà existants était l'un des guides pour la création du modèle (CRRIDEC, 2012 : 22), un exercice ayant pour but d'éviter le dédoublement de processus. De cette manière, les citoyens qui désirent investir temps et énergie pour le mieux-être de leur communauté, peuvent concentrer leurs efforts à un seul endroit (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Cependant, il est possible que les groupes déjà existants aient une vision ou une façon de procéder différente. Dans cette perspective, il est important de respecter ce qui est déjà implanté, quitte à convaincre les citoyens de la plus-value d'ajouter le mandat des Carrefours santé.

Ainsi, dans les régions où il y avait déjà des regroupements de francophones qui partageaient un mandat semblable, les Carrefours santé se sont insérés à l'intérieur. Il existe quelques cas évidents d'insertion dans des groupes existants, entre autres à Thunder Bay, à Hearst et à Sudbury. « Dans certains cas, le Carrefour [santé] est une composante et dans d'autres le regroupement devient le Carrefour santé » (Entretiens). Cependant, selon un agent : « quand on se greffe à un groupe existant, on ne veut pas leur imposer le nom de Carrefour santé » (Entretiens).

Sudbury est un exemple où le Carrefour santé est devenu une composante. La Table santé de Sudbury est une table de planification issue d'un projet municipal, donc le Carrefour santé est un sujet à l'ordre du jour (Entretiens). En ce qui concerne Thunder Bay, son « mandat s'est élargi

pour satisfaire les besoins du RMEFNO, mais le but reste le même » (Carrefours santé). Initialement, il s'agissait d'un « comité de travail qui avait le mandat de regarder les lacunes du système de santé et de trouver des solutions » (Carrefours santé). Dans le cas de Hearst, le Carrefour santé était, à la base, un groupe poursuivant une initiative du programme *Communauté en santé*. Il est formé d'un comité exécutif de six personnes, issues des principaux fournisseurs de services de santé de la ville et de quelques organismes communautaires ainsi que d'un réseau de citoyens et d'organismes communautaires qui se partagent de l'information via un site web, des courriels et des rencontres bi-annuelles. Puisque Hearst est une communauté majoritairement francophone (près de 90 %), où il y a très peu d'obstacles à l'obtention de services de santé en français de qualité, le Carrefour santé s'est donné le mandat de représenter toute la communauté, indépendamment de la langue.

Il est alors possible de voir que le modèle des Carrefours santé est flexible et capable de s'adapter à différentes réalités. L'insertion dans des regroupements existants est d'ailleurs un facteur à succès puisque « cela a facilité la création des Carrefours santé. La difficulté que l'on a avec les Carrefours [santé] moins indépendants est évitée puisqu'on a déjà des gens qui gèrent le Carrefour santé et on peut vraiment jouer notre rôle de personne-ressource à la table » (Entretiens). Dans cet ordre d'idées, un agent affirme que « [lorsqu'une] communauté est déjà engagée, c'est tellement plus facile que dans une communauté qui n'est pas déjà engagée où on doit tout faire » (Entretiens). Toutefois, à propos de cette pratique, une mise en garde s'impose : il est important de comprendre le travail réalisé par la communauté avant l'arrivée du RMEFNO (Entretiens). D'ailleurs, un commentaire recueilli par les Carrefours santé est que le RMEFNO pourrait les épauler davantage « en réalisant tout le travail qui a été fait par notre communauté même avant que le réseau vienne [les] appuyer » (Carrefour santé). Ce commentaire n'est ressorti qu'une seule fois. Cela étant dit, on ne peut donc pas assumer que le RMEFNO n'offre pas de soutien. Il s'agit cependant d'un indice que des problèmes de communication peuvent exister à certains endroits.

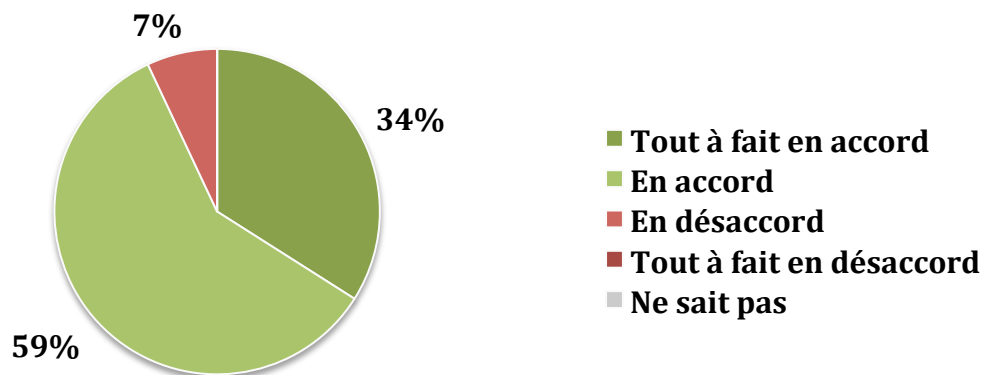
### *5.1.3 Satisfaction des participants*

La satisfaction des participants est un bon indicateur pour déterminer si le RMEFNO s'est bien adapté aux besoins de la communauté. On peut examiner cette satisfaction sous divers angles.

Tout d'abord, en ce qui concerne le nombre de rencontres, 86 % des répondants trouvent que leur Carrefour santé se rencontre assez souvent, 13 % pas assez souvent et 1 % croit que les rencontres ont lieu trop souvent. Il arrive parfois que les rencontres doivent être annulées ou reportées à cause d'un manque de participants (Entretiens). Selon plusieurs commentaires émis par les participants, cette situation nuit au travail des Carrefours santé (Carrefours santé).

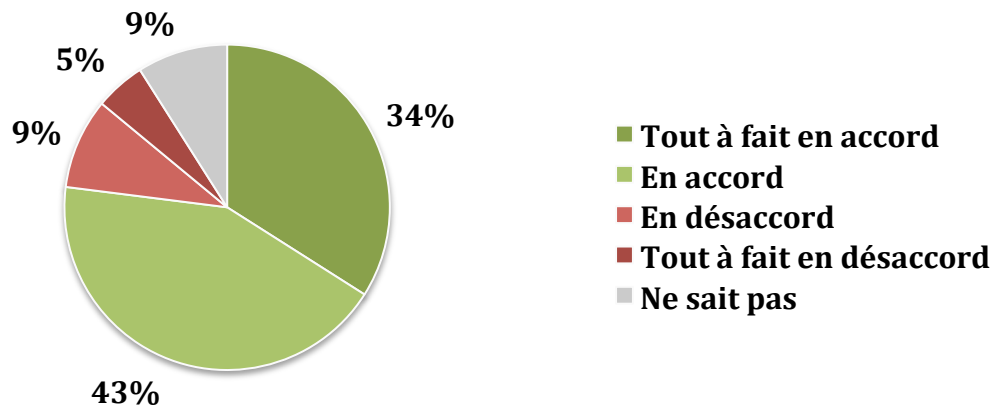
Par la suite, nous avons demandé aux répondants de nous indiquer s'ils ont l'impression de contribuer à un changement dans leur communauté en participant à un Carrefour santé (figure 14). En réponse à cette question et en utilisant les affirmations proposées, 34 % d'entre eux ont indiqué être tout à fait en accord, 59 % en accord, 7 % en désaccord et aucun tout à fait en désaccord.

**Figure 14 – Impression de contribuer au changement dans la communauté**



Nous avons aussi demandé aux participants des Carrefours santé : En général, êtes-vous satisfaits du travail accompli par le RMEFNO avec votre Carrefour santé? En utilisant les affirmations suggérées, 34 % d'entre eux ont répondu être tout à fait en accord, 43 % en accord, 9 % en désaccord, 5 % tout à fait en désaccord et 9 % ne savaient pas (figure 15). Il est impossible d'indiquer les raisons pour lesquelles certaines personnes ne sont pas satisfaites du travail du RMEFNO.

**Figure 15 – Satisfaction du travail accompli par le RMEFNO avec le Carrefour santé**



Toutefois, quelques commentaires recueillis lors du sondage et des groupes de discussion peuvent fournir certaines indications. Par exemple, certaines personnes ont l'impression que les Carrefours santé n'ont « aucun pouvoir d'agir », que leurs « mains sont attachées » et qu'ils sont « dépendants de trop d'administration » (Carrefours santé). Cela rejoint les propos de plusieurs auteurs qui illustrent les dangers du désintérêt des citoyens s'ils n'ont pas l'impression d'exercer un pouvoir réel (Bilodeau, Allard, Francoeur et Chabot, 2004; Sénéchal et Piron, 2004; Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000). Les agents soulignent d'ailleurs l'importance de toujours valoriser le Carrefour santé et de mettre l'emphase sur les succès afin de maintenir l'engagement des individus (Entretiens).

De plus, lorsqu'on demande aux participants comment le RMEFNO pourrait appuyer davantage le Carrefour santé, on se rend compte que quelques personnes ne comprennent pas ce qu'est le rôle du RMEFNO. Des 29 commentaires qui contenaient une suggestion, six proposaient des idées qui ne relèvent pas du mandat du RMEFNO. Parmi les autres, on retrouve huit commentaires concernant le manque de visibilité du Carrefour santé dans la communauté, trois sur la communication entre les Carrefours santé et 12 mentionnaient le manque d'appui du RMEFNO. Nous reviendrons sur ces commentaires dans d'autres analyses.

De manière générale, ces réponses indiquent que la majorité des participants aux Carrefours santé sont satisfaits du travail que le RMEFNO fait avec les Carrefours santé. Le nombre de rencontres semble être suffisant et une forte majorité de répondants ont l'impression de contribuer à un

changement dans la communauté. Les participants au Carrefour santé de Thunder Bay ont même affirmé que le modèle est très apprécié par le groupe puisqu'on « retourne à la base » (Carrefours santé).

#### *5.1.4 Ouverture aux solutions novatrices*

Comme il a été mentionné précédemment, un des critères essentiels à la réussite de la participation citoyenne est le pouvoir réel que les citoyens peuvent exercer lorsqu'ils sont engagés. Cependant, la proposition de solutions non discutables ou une vision limitée des problèmes soulevés peut être un obstacle majeur à cette participation (Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Pour ces raisons, le RMEFNO doit être ouvert aux solutions apportées par les Carrefours santé, ceux-ci ayant été développés avec l'intention d'être un modèle d'engagement ascendant où des citoyens de la communauté se rassemblent pour cibler les besoins et trouver des solutions (CRRIDEC, 2012 : 25). Le Carrefour santé peut faire deux types d'action : identifier des solutions qui doivent être mises en œuvre par les instances décisionnelles ou être lui-même acteur des solutions qu'il propose. Le premier type d'action se traduit par les recommandations émises aux RLISS par le RMEFNO.

Cela étant dit, les entités de planification des services de santé en français tel que le RMEFNO, n'ont légalement pas de pouvoir décisionnel concernant la mise en œuvre des recommandations qu'elles font aux RLISS. Tel que vu au premier chapitre, selon l'*Entente de responsabilisation et de financement entre les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest et le RMEFNO* (2011), ce dernier est « responsable de fournir des conseils à chacun des deux RLISS » sur certaines questions qui concernent la communauté francophone. Cependant, aucune disposition dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* n'oblige les RLISS à mettre en œuvre les recommandations fournies par les entités de planification des services de santé en français. La mise en œuvre des recommandations relève alors du niveau de relation qu'ont les RLISS avec leur entité de planification. Bref, bien que le RMEFNO soit ouvert aux solutions proposées par les Carrefours santé, il n'a pas le pouvoir décisionnel d'exiger ou de mettre en œuvre ces solutions. Ils doivent plutôt travailler à convaincre les fournisseurs de services de santé et les RLISS que les solutions novatrices apportées par le Carrefour santé valent la peine d'être mises en œuvre.

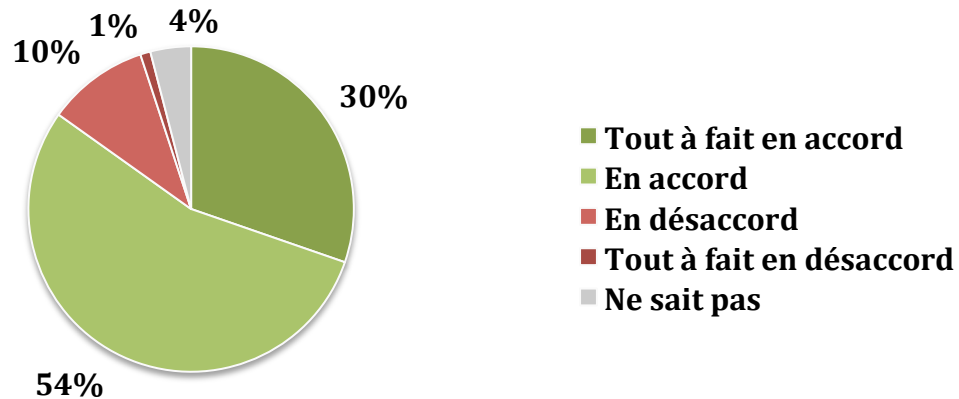
Plusieurs facteurs politiques, économiques, légaux et sociaux viennent influencer les décisions prises par les RLISS. C'est pourquoi, le RMEFNO doit être vigilant dans le type de recommandations qu'il suggère. Bien que les Carrefours santé apportent des solutions qui répondraient aux besoins des francophones, le travail du RMEFNO sera vain s'il propose aux RLISS des recommandations irréalisables dans les circonstances actuelles (Entretiens). Il y a effectivement toujours du travail à faire entre répondre aux besoins et acquiescer aux solutions proposées par les Carrefours santé puis ensuite produire des recommandations solides et réalisables. Par exemple, certains participants au Carrefour santé de Timmins travaillent depuis des années à essayer de mettre sur pied un centre de santé communautaire pour les francophones. Cependant, le MSSLD n'octroie plus de fonds pour l'ouverture de nouveaux centres. Depuis le premier rapport de recommandation, le RMEFNO inclut une recommandation qui demande à ce que « [le] RLISS [...] travaille avec [la communauté] dans le but de trouver une solution visant à leur offrir un accès équitable à des services de santé en français qui répondent à leurs besoins spécifiques » (RMEFNO 2012-2013; 2013-2014; 2014-2015).

De plus, tous les trois ans, les RLISS développent des priorités qu'ils veulent traiter dans les années à venir. Recueillir de l'information en ce sens permet de maximiser les chances de mise en œuvre des recommandations proposées par le RMEFNO. Dans les débuts de certains Carrefours santé, l'ordre du jour présentait des sujets spécifiques afin de s'aligner avec les priorités des RLISS. Toutefois, le RMEFNO s'est vite rendu compte que les participants n'avaient pas nécessairement envie ou besoin de parler de ces sujets en particulier. Les ordres du jour des Carrefours santé ont donc été ajustés afin leur permettre de discuter de ce dont ils désirent (Entretiens). Cette façon de faire s'inscrit dans une approche harmonisée permettant aux agents d'aller dans les Carrefours santé avec un but commun et de recueillir l'information de façon plus uniforme afin qu'elle soit comparable. Présentement, une partie des rencontres est consacrée à des sujets proposés par le RMEFNO alors qu'une autre partie porte sur des sujets proposés par les participants aux Carrefours santé.

La perception des Carrefours santé est très importante dans l'ouverture aux solutions novatrices. Nous avons également demandé aux participants aux Carrefours santé de nous indiquer si, selon eux, le RMEFNO appuyait leur communauté dans la mise en œuvre de solutions pour améliorer la santé des francophones (figure 16). À cette question, 30 % des répondants sont tout à fait en

accord, 54 % en accord, 10 % en désaccord, 1 % tout à fait en désaccord et 4 % ne savaient pas. Un participant au Carrefour santé a cru bon de mentionner que le temps et le fait de travailler avec une bureaucratie gouvernementale était « pénible puisque les réactions sont lentes » (Sondage).

**Figure 16 – Appui du RMEFNO dans la mise en œuvre de solutions pour la communauté**



Bien qu'il y ait une possibilité que le RMEFNO ne soit pas ouvert aux solutions proposées par les Carrefours santé, il se peut également qu'une meilleure communication soit nécessaire entre le RMEFNO et les Carrefours santé pour s'assurer que tout le monde reste sur la même longueur d'onde en ce qui a trait aux rôles du Carrefour santé, du RMEFNO, des RLISS et du MSSLD.

## **5.2 Communication**

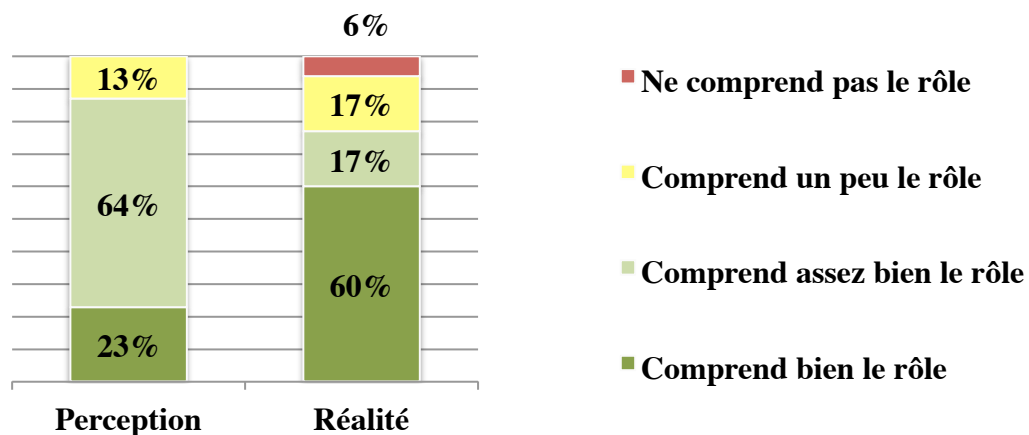
Les critères de participation communautaire des RLISS (2011) définissent la communication bilatérale comme étant un élément essentiel pour assurer un processus de participation communautaire efficace. Nous avons vu précédemment que l'ouverture à la discussion, la transparence, l'honnêteté, la cohérence et le partage d'information représentent des valeurs importantes dans le processus de participation citoyenne (Sénéchal et Piron, 2004 : 18; Smith, 2003 : 43). Or, en égard à la problématique des Carrefours santé, on peut observer plusieurs aspects de la communication. L'agent est la personne qui assure la plus grande partie de la communication entre le Carrefour santé et le RMEFNO.

### 5.2.1 Entre le RMEFNO et les Carrefours santé : la clarification du mandat

La clarification du mandat est la première étape d'une communication claire et efficace dans le processus de participation citoyenne entre le RMEFNO et les Carrefours santé. D'autant plus, Smith (2003 : 43) affirme que les objectifs, les attentes et les règles devraient être énoncés clairement par écrit, pour s'assurer que les deux partis sont sur la même longueur d'onde.

Lors de notre sondage, 23 % des répondants ont affirmé avoir parfaitement bien compris le rôle de leur Carrefour santé, 64 % indiquent l'avoir assez bien compris et 13 % croient le comprendre un peu. Vérification faite, dans une question ouverte, nous avons demandé aux participants de nous décrire le rôle de leur Carrefour santé. Nous avons, par la suite, classifié les réponses selon les quatre catégories de compréhension. Pour cet exercice, nous avons exclu le Carrefour santé de Hearst, puisqu'il s'est doté d'un mandat qui ne vise pas uniquement les francophones, ainsi que ceux de Sudbury et de North Bay, car il s'agit de véhicules de Carrefours santé et non de Carrefours santé tels qu'entendus au RMEFNO. Au final, 60 % des répondants comprennent très bien le rôle du Carrefour santé, 17 % le comprennent bien, 17 % le comprennent un peu et 6 % ne le comprennent pas. La figure 17 compare la perception des participants sur le niveau de compréhension et la réalité. Bien que la majorité des participants semblent bien comprendre le rôle du Carrefour santé, quelques personnes ont fait part de leurs frustrations concernant le manque de précision sur les objectifs à atteindre et les lignes directrices (Carrefours santé).

**Figure 17 – Compréhension du rôle des Carrefours santé par les participants**





Du côté du RMEFNO, on mentionne s'être lancé sur le terrain trop rapidement pour créer des Carrefours santé, sans avoir pris le temps de bien comprendre le mandat et être en mesure de l'expliquer; « le manque de plan était une lacune » (Entretiens). « [On] allait sur le territoire et [on rencontrait] les Carrefours santé et ils se demandaient pourquoi on les rencontrait, quel était le but de les rencontrer? On veut avoir un but et savoir qu'en fin de compte ça va donner quelque chose. » (Entretiens) Les employés du RMEFNO semblent également comprendre la difficulté à garder l'intérêt des participants si on ne leur explique pas le but des rencontres : « les gens doivent voir qu'ils font une différence » (Entretiens). Depuis le début des Carrefours santé, le RMEFNO a développé une approche harmonisée afin de s'assurer que chaque agent livre le même message (Entretiens). Les agents mentionnent d'ailleurs qu'« au début, les Carrefours santé se voyaient comme des sous-comités. Il a fallu travailler pour faire comprendre que les Carrefours [santé] et le [RMEFNO] travaillent ensemble, mais qu'ils sont indépendants » (Entretiens). Il semblerait que cette façon de voir est encore présente chez certains participants, puisque deux personnes de différents Carrefours santé ont souligné le fait qu'ils ne sont « que des comités consultatifs » (Carrefours santé).

Certains ont l'impression que le RMEFNO n'en fait pas assez pour promouvoir les services de santé en français et souhaiteraient qu'il devrait faire davantage de revendication (Carrefours santé). Le travail du RMEFNO consiste, entre autres, à s'éloigner de la revendication et à créer des partenariats avec le RLISS et les fournisseurs de services de santé afin de développer des façons d'améliorer les services en français. D'après les commentaires recueillis par les Carrefours santé, certains participants ne voient pas cette perspective. Il est donc important de clarifier cet aspect avec les Carrefours santé.

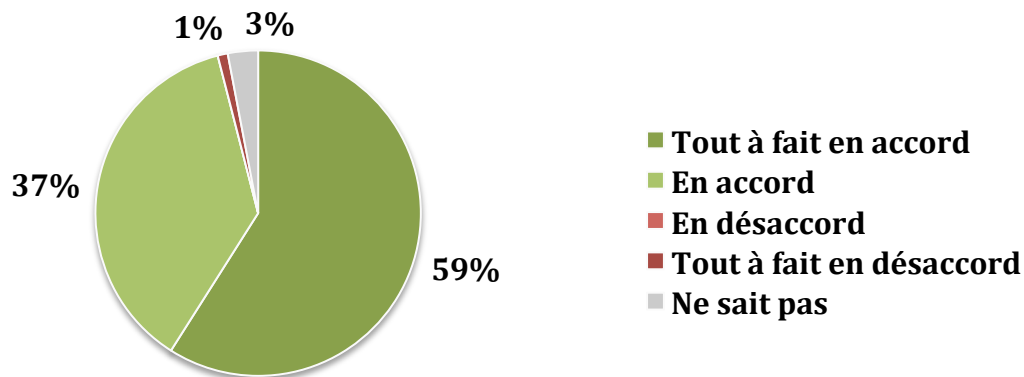
Somme toute, il semblerait que le début des Carrefours santé ait été marqué par une certaine confusion en ce qui a trait au mandat initial. Graduellement, le RMEFNO a ajusté le tir afin de s'assurer que les deux partis soient sur la même longueur d'onde. De leur côté, certains agents ont commencé à utiliser des termes comme « autonomes » et « indépendants » lorsqu'ils parlent aux participants aux Carrefours santé et cela porte fruit, selon eux (Entretiens). Une personne interviewée affirme toutefois que c'est un « travail constant pour s'assurer que chaque côté s'approche de la même façon de penser » (Entretiens).

### 5.2.2 Entre les Carrefours santé et le RMEFNO : partage d'information et des résultats

Dans le dialogue entre les Carrefours santé et le RMEFNO, il faut aussi s'intéresser à la communication de l'information et de l'atteinte des résultats du Carrefour santé, et du RMEFNO en général. Rappelons que les objectifs à l'égard de la participation et des résultats devraient être énoncés clairement par écrit (Smith, 2003 : 43).

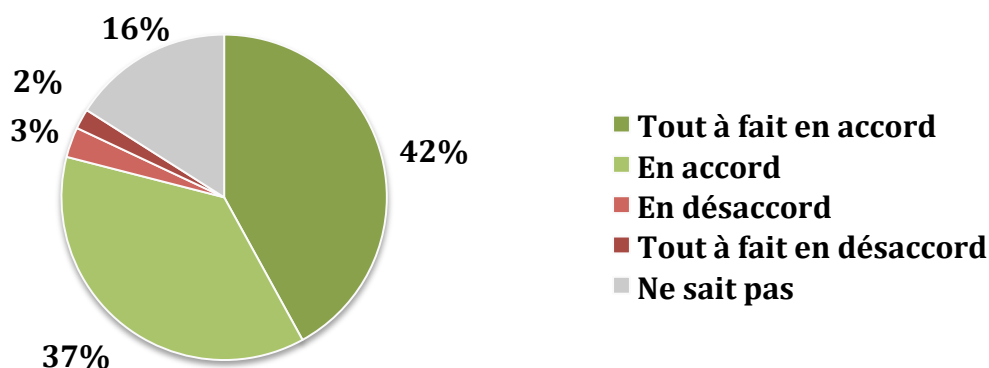
Nous avons demandé aux participants du sondage de nous indiquer s'ils croyaient que la communication entre le RMEFNO et les Carrefours santé était facile et efficace (figure 18). À cet égard, 59 % des répondants étaient tout à fait en accord, 37 % étaient d'accord, aucun n'était en désaccord, 1 % était tout à fait en désaccord et 3 % ne savaient pas.

**Figure 18 – Communication facile et efficace entre le Carrefour santé et le RMEFNO**



De plus, nous voulions savoir si, selon eux, le RMEFNO tenait compte des discussions tenues par leur Carrefour santé (figure 19). Sur ce point, 42 % étaient tout à fait en accord, 37 % d'accord, 3 % en désaccord, 2 % tout à fait en désaccord et 16 % ne savaient pas. Il semble y avoir une certaine dissonance entre les réponses à ces deux questions. Les réponses à la deuxième indiquent que plusieurs personnes ne savaient pas si le RMEFNO tenait compte des décisions du Carrefour santé. Cela indique qu'il peut y avoir des lacunes dans la présentation des résultats atteints.

**Figure 19 – RMEFNO tient compte des discussions tenues par le Carrefour santé**



Bien que la majorité des participants semblaient satisfaits de la communication, lors des groupes de discussion et du sondage, plusieurs commentaires étaient en lien à la communication de l'information et l'atteinte des résultats du Carrefour santé. Par exemple, selon un des répondants, « il doit y avoir plus de communication entre le RMEFNO et les Carrefours santé » (Carrefours santé). De plus, certains croient que le RMEFNO « ne fait pas de suivi face aux problèmes et besoins identifiés durant les rencontres » et « ne communique pas suffisamment les résultats atteints [et] les changements [dans] le système de santé » (Carrefour santé). Une personne ajoute que « mieux communiquer permettrait à la fois aux acteurs du Carrefour [santé], mais aussi au public, de s'engager davantage [puisqu'ils ont] l'impression que le travail est abstrait » (Carrefour santé).

Le document de création des Carrefours santé renfermait des outils tels que des ordres du jour et des gabarits de procès-verbaux, pour que chaque agent recueille et partage l'information de la même façon. Cependant, il n'est pas clair si ces gabarits ont été utilisés. D'après le RMEFNO, « les agents allaient pas mal au pif si les Carrefours [santé] avaient des demandes pour l'information » (Entretiens). On croit également que, « soit les Carrefours [santé] n'ont pas été outillés, soit ils n'ont pas été outillés de la même façon » (Entretiens). De surcroit, le partage d'information varie beaucoup selon l'agent et les participants aux Carrefours santé. Certains agents sont plus efficaces pour transmettre l'information et certains Carrefours santé sont plus avancés en termes de connaissances des services de santé en français. Il faut donc comprendre que les Carrefours santé sont équipés différemment d'un endroit à l'autre (Entretiens). Cela étant

dit, il semblerait que le RMEFNO n'ait pas développé de stratégies de partage d'information et d'éducation afin de réduire l'écart entre les différents Carrefours santé. Cependant, ils sont en train de revoir « la façon dont [ils] recueillent les données et l'information qu'on reçoit et comment [c'est transmis] » (Entretiens). Ainsi, les employés du RMEFNO croient qu'il y a une bonne communication entre les Carrefours santé et l'agent du RMEFNO (Entretiens).

En ce qui a trait au déroulement des rencontres, les agents se sont vite rendu compte de l'importance de « garder un moment dans les rencontres pour apporter de la nouvelle information aux Carrefours santé » (Entretiens). Bien que dans les Carrefours santé, « les gens aiment partager leurs histoires, leur vécu, les choses qui leur sont arrivées », il est important que le dialogue se fasse dans les deux sens, c'est-à-dire du Carrefour santé au RMEFNO et du RMEFNO au Carrefour santé.

De plus, le RMEFNO remet chaque année un rapport de recommandations aux RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest. Ce rapport contient des suggestions qui ont pour but d'améliorer l'accès aux services de santé en français dans le Nord de l'Ontario. Or, on constate que l'information que renferme ce rapport est largement inspirée par les Carrefours santé. Ainsi, plusieurs employés ont souligné l'importance que les citoyens et les communautés s'y retrouvent à travers les recommandations proposées par le RMEFNO. Selon les agents, cela permettrait de les valoriser puisqu'ils n'ont pas l'impression de perdre leur temps et ils sont intéressés de poursuivre leur engagement (Entretiens). À leur avis, « il est important d'expliquer pourquoi chacune des recommandations a été choisie » et il faut que « les agents soient prêts à répondre aux questions du Carrefour santé » (Entretiens). On souligne également l'importance des suivis entre les rencontres de Carrefours santé, surtout pour ceux qui vivent à une grande distance de l'agent.

Somme toute, bien que la majorité des participants aux Carrefours santé semblent satisfaits de la communication entre le RMEFNO et leur Carrefour santé, tout indique qu'il est possible d'apporter des améliorations.

### *5.2.3 Utilisation d'outils de communication*

Dans un contexte d'éloignement géographique du Nord de l'Ontario, l'utilisation d'outils de communication s'avère avantageuse afin d'assurer une communication continue entre le

RMEFNO et les Carrefours santé. De plus, les agents de planification couvrent une région beaucoup plus vaste que la ville où est situé leur bureau. Il est donc important d'utiliser des outils de communication efficaces pour entrer en contact avec la communauté, pour maintenir le contact et pour continuer d'informer les Carrefours santé. Déjà, le document créateur des Carrefours santé proposait un système d'outils web pour que les Carrefours santé soient en communication constante avec le RMEFNO (CRRIDEC, 2012 : 25).

Lorsque les agents sont allés sur le terrain dans le but de mettre sur pied des Carrefours santé, ils devaient se rendre dans les communautés. Ils ont commencé par entrer en contact avec des personnes clés dans les communautés. Avec des échanges de courriels, de téléphones et des publicités papier, ils ont réussi à mobiliser des groupes de francophones pour effectuer une présentation au sujet du RMEFNO et sur les avantages de former un Carrefour santé dans leur région.

En ce qui concerne les suivis, ils se font davantage par courriel et par téléphone. Initialement, on avait prévu le développement d'outils de communication sur les médias sociaux tels que Facebook et sur la page web de l'organisme, à travers un intranet dédié aux Carrefours santé, mais cette initiative n'a pas vu le jour (Entretiens). Au moment de réaliser les entretiens, les employés étaient conscients de l'importance de se doter d'outils de communications, mais le RMEFNO n'avait pas encore les ressources humaines nécessaires pour le faire (Entretiens). Il y avait très peu de communication entre le RMEFNO et les Carrefours santé, sauf par l'entremise de l'agent. Cependant, depuis ce temps, le RMEFNO a fait une refonte de son site web. Il publie davantage de communiqués et a créé un bulletin d'information trimestriel qui est acheminé, entre autres, à tous les participants des Carrefours santé. De plus, il a ouvert une page Facebook et un compte Twitter où des mises à jour sont publiées assez régulièrement.

En ce qui concerne les outils d'information et d'éducation, il semble que le RMEFNO en utilise peu. Dans le document du CRRIDEC (2012), on propose des gabarits pour présenter le fonctionnement du système de santé. Apparemment, ils n'ont presque pas servi (Entretiens). Depuis les entretiens, le RMEFNO a développé un document sur le *Mandat des Carrefours santé* (RMEFNO, 2014) qui a été distribué à tous les Carrefours santé. L'information et l'éducation aux

Carrefours santé passe davantage par des présentations effectuées par différents fournisseurs de services de santé et d'organismes (Entretiens).

Finalement, en ce qui a trait à l'utilisation de la technologie pour faciliter les rencontres, au moment des entretiens, très peu d'outils, tels que la téléphonie Internet ou le *Réseau ontarien de télémédecine* avaient été utilisés. Cependant, la page Facebook du RMEFNO indique que certaines rencontres en 2014 et 2015 ont été facilitées grâce à l'utilisation du *Réseau ontarien de télémédecine*. Cette technologie permet de tenir des rencontres malgré la distance, tout en minimisant les coûts de déplacement. Il est possible que les agents souhaitent établir une relation de confiance avec les Carrefours santé avant de les initier à la technologie.

L'introduction d'outils de communication avec les Carrefours santé a été tardive pour le RMEFNO. Nous tenterons de voir, dans le prochain chapitre, si cela a eu un impact sur la participation citoyenne.

#### *5.2.4 Entre les Carrefours santé*

Initialement, le projet des Carrefours santé prévoyait la mise en place d'un Intranet qui allait permettre aux Carrefours santé de communiquer et de se réseauter entre eux afin de connaître les problèmes dans les autres régions et de partager les solutions retenues. Pour des raisons de malentendus avec le concepteur du site Web du RMEFNO, cette initiative n'a pas eu de suite (Entretiens).

Aucune question du sondage ne portait sur la communication entre les Carrefours santé, mais ce besoin est ressorti dans plusieurs commentaires. Les répondants demandaient qu'on fasse plus de comparaison avec les problèmes soulevés dans les différents Carrefours santé, que la communication entre les divers Carrefours santé soit facilitée et que le RMEFNO organise des rencontres entre les Carrefours santé. Cette question a ensuite été approfondie en groupes de discussion. Les Carrefours santé soulignent que la communication entre eux est importante afin de s'inspirer des solutions trouvées ailleurs ou même pour aller chercher un appui régional lorsque certains problèmes surviennent. De plus, quelques participants aux Carrefours santé travaillent dans des organismes à mandats régionaux. Dès lors, il pourrait alors être intéressant pour eux de savoir ce qui se passe ailleurs, même s'ils ne peuvent pas s'impliquer dans tous les

Carrefours santé sur leur territoire (Carrefours santé). Cependant, il a été mentionné que les réalités n'étaient pas les mêmes partout (ex. petite/grande ville; forte/faible proportion de francophones). Pour ces raisons, il n'est peut-être pas nécessaire que tous les Carrefours santé soient en communication les uns avec les autres (Carrefours santé).

Du côté du RMEFNO, on estime que, jusqu'à présent, la communication entre les Carrefours santé s'est plutôt faite par le biais des agents. Ces derniers rapportent l'information d'un Carrefour santé aux autres lorsque cela est pertinent. De plus, les agents se rencontrent toutes les deux semaines afin de se partager de l'information et raconter les meilleurs coups des Carrefours santé qu'ils accompagnent (Entretiens). L'information peut ainsi être partagée entre les différents Carrefours santé. Le RMEFNO a récemment commencé à mettre en ligne les sommaires des rencontres de Carrefours santé permettant aux participants d'observer ce qui se passe dans les autres Carrefours santé. De cette manière, il pourrait être plus facile pour les Carrefours santé de communiquer entre eux.

Bien qu'il soit possible pour les Carrefours santé de savoir ce qui se passe dans les autres Carrefours santé, les mécanismes en place ne préconisent pas la communication entre eux. Autrement dit, l'échange à travers un tiers parti, dans ce cas-ci l'agent, n'encourage pas le partage de tous les défis et empêche le dialogue, tandis que le réseautage entre les Carrefours santé pourrait servir à garder l'engouement et possiblement créer une communauté de pratique. Certaines communautés plus fortes en matière de participation citoyenne seraient en mesure de conseiller celles où les Carrefours santé ont accompli moins d'actions concrètes. Le RMEFNO reconnaît qu'il y a des manques sur le plan de la communication entre les Carrefours santé mais souligne que c'est une priorité pour les prochaines années (Entretiens).

### **5.3 Représentation des participants aux Carrefours santé**

Le document de création des Carrefours santé faisait très peu état de la représentation des participants aux Carrefours santé. Toutefois, d'après les penseurs du modèle, il s'agissait d'un élément très important dans leur mise en œuvre. Quelques avertissements avaient été formulés dans le rapport à propos de « la place importante que peuvent prendre les experts (ex. médecins) par rapport aux opinions et aux idées du public, du citoyen commun » et de « l'influence des groupes d'intérêts plus structurés et influents politiquement par rapport aux individus »

(CRRIDEC, 2012 : 32). Par ailleurs, il semblerait que la représentation au sein des Carrefours santé ait un impact réel sur leur développement et leur orientation. C’est pourquoi, nous avons demandé à chacun des agents de classer les participants à leurs Carrefours santé dans les trois groupes d’acteurs d’influence que nous avons identifiés au chapitre 4. Il s’agit des citoyens individuels, des organismes communautaires et des fournisseurs de services de santé. Le tableau 20 résume les origines de chaque groupe d’acteurs ainsi que leurs caractéristiques au sein des Carrefours santé.

**Tableau 20 – Milieux d’où viennent les acteurs des Carrefours santé**

<b>Acteurs</b>	<b>Milieux</b>	<b>Caractéristiques</b>
Fournisseurs de services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigeants ou employés de services de santé ou de services sociaux</li> <li>• Professionnels de la santé ou de services sociaux</li> </ul>	Sont considérés par les autres participants comme étant experts du domaine de la santé et ont donc une influence plus grande. Peuvent avoir des intérêts organisationnels. Inclut les services sociaux puisque les services sont très reliés.
Organismes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présidents de clubs sociaux</li> <li>• Employés ou conseillers municipaux</li> <li>• Professeurs ou directions d’écoles</li> <li>• Autres dirigeants d’organismes communautaires</li> </ul>	Représentent souvent une tranche spécifique de la communauté francophone. Peuvent avoir des intérêts précis et sont plus influents puisqu’ils représentent un groupe.
Citoyens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui ne tombent dans aucune autre catégorie</li> </ul>	Ont un intérêt envers le domaine de la santé. Peuvent avoir des intérêts individuels et ont une influence plus faible.

Référence : Entretiens, CRRIDEC (2012), Smith (2003), Gauvin et Ross (2012) et Bantuel, Morel et Dargent (2000)

Nous définirons davantage la place de ces acteurs dans les prochaines sous-sections. Le tableau 19 du chapitre 4 qui traçait le portrait des Carrefours santé, sera notre référence pour l’analyse de la composition des Carrefours santé.

### *5.3.1 La place des fournisseurs de services de santé et de services sociaux*

Les fournisseurs de services de santé et de services sociaux (FSS) représentent une proportion variable d’un Carrefour santé à l’autre. Ils sont majoritaires (plus de 50 %) dans les Carrefours santé de Temiskaming Sud, de Timmins, de Hearst et de Smooth Rock Falls. Ils prennent une



part importante (entre 30 % et 50 %) de la composition dans les Carrefours santé de Kapuskasing, de Kirkland Lake et de Sault Ste. Marie. Ils sont peu présents (entre 1 % et 29 %) dans les Carrefours santé de Thunder Bay, de Greenstone (Geraldton), du Grand Sudbury, de North Bay, de Chapleau, de Cochrane, de Hornepayne, de Dubreuilville et d'Elliot Lake. Finalement, ils sont absents (0 %) des Carrefours santé de Dryden, d'Ignace et de Greenstone (Longlac). En observant ces données, il est possible de constater que la concentration de FSS dans les Carrefours santé a une tendance proportionnelle à la concentration de francophones dans la communauté. En général, plus les communautés sont francophones, plus les FSS participent aux Carrefours santé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les FSS francophones sont engagés dans le mieux-être de la communauté. De même, dans les communautés où il y a une faible concentration de francophones, peu de FSS siègent au Carrefour santé. Dans le cas de Dubreuilville, qui est à forte majorité francophone, on peut expliquer le faible taux de FSS par le fait qu'il y en a très peu dans la petite communauté. En moyenne dans le Nord de l'Ontario, les FSS constituent environ 26 % des participants aux Carrefours santé.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les FSS peuvent exercer une influence particulière au sein des Carrefours santé. En fait, selon un commentaire récolté auprès d'un participant aux Carrefours santé, « les fournisseurs [de services de santé] peuvent avoir une incidence sur les autres [participants], dépendamment de ce que les gens connaissent autour de la table » (Carrefours santé).

Certains participants des Carrefours santé à forte concentration de FSS déplorent le fait qu'il soit dirigé principalement envers les professionnels et non le public en général (Carrefours Santé). D'autres avouent, qu'au départ, ils tentaient de recruter des nouveaux participants qui « avaient des implications en santé, mais que c'est peut-être quelque chose [qu'ils devraient] changer » (Carrefours santé). On a même remarqué que, dans les Carrefours santé où il y a beaucoup de FSS, les participants ont tendance à être plus sur la défensive et à orienter leurs discussions sur le manque de fonds au lieu de trouver des solutions locales pour améliorer les services en français (Carrefours santé). Ainsi, bien que les FSS qui participent aux Carrefours santé veulent faire avancer la cause et ont à cœur la santé des francophones, il y a souvent une petite partie d'entre eux qui tente de protéger leurs propres intérêts (Carrefours santé).

En fin de compte, il semblerait qu'il ne soit pas nuisible pour les Carrefours santé d'avoir des participants qui proviennent des FSS. Tout est une question de dosage et d'équilibre. Par exemple, une majorité de FSS au sein d'un Carrefour santé pourrait faire en sorte que les autres participants s'en éloignent. Un agent nous a d'ailleurs confié qu'un de ses participants d'un Carrefour santé à forte concentration de FSS s'est désisté, parce qu'il ne comprenait pas les discussions autour de la table et qu'il ne se sentait pas à sa place. Depuis ce temps, l'agent et les autres participants au Carrefour santé semblent être vigilants; ils veulent s'assurer que le Carrefour santé n'est pas en train de faire avancer l'agenda d'un FSS en particulier ou que ce dernier mène toutes les discussions (Entretiens).

### *5.3.2 La place des organismes communautaires*

Encore une fois, les organismes communautaires représentent une proportion variable d'un Carrefour santé à l'autre. En ce qui concerne les Carrefours santé de Thunder Bay, de Dubreuilville, d'Elliot Lake, du Grand Sudbury, de North Bay et de Kapuskasing, ils sont majoritaires (plus de 50 %). Au sein des Carrefours santé de Dryden, de Greenstone (Longlac), de Sault Ste. Marie, de Chapleau, de Timmins et de Kirkland Lake, ils sont très présents (entre 30 % et 50 %). Finalement, ils prennent une petite place (entre 1 % et 29 %) au sein Carrefours santé d'Ignace, de Hornepayne, de Greenstone (Geraldton), de Temiskaming Sud, de Hearst, de Smooth Rock Falls et de Cochrane.

Un peu comme les fournisseurs de services de santé et de services sociaux, les organismes communautaires peuvent avoir une certaine influence sur la direction que prend le Carrefour santé. Par conséquent, il est important de s'assurer que si des participants sont autour de la table avec l'idée de faire avancer une cause en particulier, l'intérêt pour cette cause doit être partagé par l'ensemble du Carrefour santé. Il peut parfois être difficile de valider la cause, parce que les citoyens ordinaires peuvent se sentir intimidés par le groupe ou l'organisme influent. Par exemple, quelques participants du Carrefour santé de Timmins font partie d'un organisme communautaire francophone qui plaide depuis des années pour l'obtention d'un Centre de santé communautaire francophone (Carrefour santé). Or, il n'aurait pas de problème à ce qu'une cause comme celle-ci fasse partie du plan de travail du Carrefour santé si les autres participants sont en accord avec la vision présentée.

Nos données indiquent qu'il existe plusieurs avantages à avoir des participants qui proviennent des organismes communautaires. Ce sont des membres engagés dans le développement de la communauté francophone (Carrefours santé). Ils portent un ou plusieurs chapeaux et peuvent représenter des groupes sous-représentés au Carrefour santé (Carrefours santé). C'est souvent grâce aux organismes communautaires qui siègent au Carrefour santé que les partenariats se créent (Entretiens, Carrefours santé). Dans certains cas, les organismes francophones deviennent même les leaders qui parrainent, en quelque sorte, le Carrefour santé. À Timmins, par exemple, le président du Carrefour santé est aussi le directeur général de l'Alliance de la francophonie de Timmins. Il en va de même à Thunder Bay, où la directrice générale de l'Accueil francophone de Thunder Bay est également la présidente du Carrefour santé.

### *5.3.3 La place des citoyens individuels*

En ce qui a trait aux citoyens individuels, comme les autres acteurs, ils prennent une proportion variable d'un Carrefour santé à l'autre. En ce qui concerne les Carrefours santé d'Ignace, de Greenstone (Longlac), de Greenstone (Geraldton) et de Cochrane, ils sont majoritaires (plus de 50 %). Ensuite, ils sont très présents (entre 30 % et 50 %) au sein des Carrefours santé de Dryden, de Hornepayne et de Chapleau, un peu présents (entre 1 % et 29 %) au sein Carrefours santé de Thunder Bay, de Dubreuilville, d'Elliot Lake, de Sault Ste. Marie, de North Bay, de Timmins, de Kirkand Lake, de Temiskaming Sud, de Hearst, de Kapuskasing et de Smooth Rock Falls, mais aucunement présents (0 %) au Carrefour santé du Grand Sudbury. On remarque que les citoyens individuels occupent une plus grande place dans le cas des Carrefours santé où il y a une faible concentration de francophones dans les communautés. Il est probable que dans ces dernières, peu de FSS parlent français et que peu d'organismes communautaires francophones soient présents, forçant les citoyens individuels à s'impliquer.

Les citoyens individuels sont, la plupart du temps, des francophones qui ont la santé à cœur ou qui ont vécu des expériences personnelles mettant en cause le système de santé (Entretiens, Carrefours santé). Ainsi, ils peuvent également avoir un projet en particulier qu'ils veulent faire avancer. Leur influence risque cependant d'être moindre, étant donné qu'ils ne font pas partie d'un groupe plus structuré.

Les citoyens individuels sont à la base des Carrefours santé, car c'est d'abord et avant tout pour eux que le modèle a été conçu. En fait, on voulait que les francophones prennent leur santé en main et qu'ils constituent le moteur central d'engagement communautaire des citoyens francophones (CRRIDEC, 2012 : 26).

#### *5.3.4 La place de l'agent*

Il existe un quatrième type d'acteur dans la mise en œuvre des Carrefours santé. Il s'agit de l'agent de planification et d'engagement communautaire du RMEFNO. Comme il a été mentionné au quatrième chapitre, le RMEFNO compte cinq agents qui couvrent chacun une région où ils doivent mettre sur pied des Carrefours santé. Leur rôle est de mettre en œuvre le Carrefour santé et guider les participants pour qu'ils soient éventuellement autonomes et que les agents puissent réduire leur rôle à celui de personne-ressource.

Nous avons demandé aux agents de nous dire s'ils agissent comme leader, partiellement leader ou personne-ressource. Dans onze Carrefours santé, l'agent exerce encore un rôle de leader; dans cinq, il est un leader partiel; et dans les trois derniers, il joue son rôle de personne-ressource. Dans le cas d'un agent qui est un leader complet, il fait « le travail pour s'assurer que les Carrefours santé continuent de se rencontrer » (Entretiens).

D'après le RMEFNO, la personnalité, l'expérience et le parcours de l'agent sont des éléments qui jouent un grand rôle dans la mise en œuvre des Carrefours santé. Par exemple, quelqu'un ayant beaucoup d'expérience et qui est bien branché aura plus de facilité à gagner la crédibilité des membres de la communauté et à mettre en œuvre le Carrefour santé. Cependant, certaines communautés sont très hostiles aux étrangers. Pour un agent, il est difficile de mobiliser des citoyens qui le perçoivent comme un intrus. Dans une communauté en particulier, un agent s'est fait dire : « On a besoin d'un Carrefour santé, mais on peut le faire par nous-mêmes. Pourquoi on n'a pas quelqu'un de chez nous pour nous aider? » (Entretiens). Dans un tel contexte, l'agent a un gros travail de persuasion à faire; il doit alors « s'infiltrer en douce » dans la région et, graduellement, gagner la confiance de quelques personnes.

Dans le cas d'un Carrefour santé autonome, l'agent ne devrait pas avoir d'influence sur le Carrefour santé puisqu'il agit simplement comme personne-ressource. Cependant, une mauvaise

perception du rôle de l'agent peut faire en sorte que le Carrefour santé ne réussisse pas à atteindre son autonomie. À preuve, certains participants au sondage ont mentionné dans leurs commentaires que l'agent n'en faisait pas assez pour le Carrefour santé. Par exemple, quand nous avons demandé aux participants aux Carrefours santé comment le RMEFNO pourrait les appuyer davantage, sept personnes ont répondu que le Carrefour santé n'avait pas assez de participants ou qu'il n'était pas assez visible dans la communauté. Pour quelques personnes, il y a également une perception que le Carrefour santé ne devrait pas faire trop d'efforts et d'actions puisque l'agent est payé pour aider à améliorer les services de santé en français (Entretiens).

### *5.3.5 Représentation de la population francophone*

Rappelons que le mandat des Carrefours santé prévoit que ceux-ci soient représentatifs de tous les membres de la communauté francophone et que les participants aient la responsabilité d'être la voix des groupes sous-représentés (RMEFNO, 2014). Il nous est difficile de savoir exactement si les francophones sont bien représentés dans chacun des Carrefours santé. Cependant, le sondage nous fournit quelques indices pour l'ensemble des Carrefours santé.

En ce qui a trait au nombre de participants aux Carrefours santé, le document recommandait de 10 à 15 personnes. En réalité, le nombre de participants varie entre 6 et 20. Cependant, pour les Carrefours santé où l'on retrouve plus de participants, il n'y a jamais plus de 15 personnes par rencontre. Ainsi, 67 % des répondants croient qu'il y en a « juste assez » et 33 % « pas assez ». Personne n'a indiqué qu'il y en avait « trop » (Sondage). Parmi les commentaires recueillis, il est question de la difficulté à recruter des participants et du fait que ce sont « toujours les mêmes personnes qui s'impliquent » (Carrefours santé). Quelques personnes pensent que plus de participants « rendraient les discussions difficiles » (Carrefours santé).

D'autre part, si on regarde le nombre de répondants selon le sexe, 85 % sont des femmes et 15 % des hommes, une indication que la gent masculine est possiblement sous-représentée dans les Carrefours santé. En ce qui concerne l'âge des répondants, 21 % ont 65 ans et plus; 42 % ont entre 46 et 64 ans; 25 % sont âgés de 31 à 45 ans; 12 % font partie des 19 à 30 ans et aucun n'a en bas de 18 ans, laissant l'impression que les jeunes sont sous-représentés. En ce qui a trait à l'occupation des répondants, 76 % travaillent à temps plein ou à temps partiel et 24 % sont retraités, aucun n'a évoqué le statut d'étudiant. À ce sujet, un agent confirme en entretien que les

jeunes sont mal représentés, du moins dans les Carrefours santé de sa région (Entretiens). Somme toute, selon l'opinion des participants, 76 % sont d'accord ou tout à fait en accord que leur communauté est bien représentée par le Carrefour santé et 24 % sont en désaccord ou tout à fait en désaccord avec cette affirmation. D'un commun accord, les agents et les participants aux Carrefours santé soulignent le défi de trouver des personnes de chaque tranche de la communauté francophone pour s'engager dans les rangs des Carrefours santé (Entretiens, Carrefours santé).

#### **5.4 Problèmes d'interprétation**

La mise en œuvre des Carrefours santé semble s'être déroulée en respectant plusieurs critères importants, tels que l'adaptation aux besoins des communautés. Cependant, il semble y avoir eu des lacunes en matière de communication entre les Carrefours santé et le RMEFNO. Plusieurs efforts ont été faits afin de réajuster le tir et pour s'assurer que les deux partis aient des attentes similaires.

D'après notre collecte de données, il est évident que les agents ont interprété, chacun à leur façon, le modèle des Carrefours santé. Certains d'entre eux cherchaient à rendre leur Carrefour santé autonome alors que d'autres se contentaient de l'échange d'information. De plus, les entretiens ont confirmé que le RMEFNO s'est lancé trop rapidement dans la mise en œuvre des Carrefours santé, sans prendre le temps de s'approprier le modèle. Cela a pu contribuer à créer de la confusion dans la communication entre le RMEFNO et les Carrefours santé. Dans ce sens, le manque d'expertise des organisateurs en matière de participation citoyenne peut être un défi (Gauvin et Ross, 2012 : 6). Heureusement, dans le cas des Carrefours santé, l'apprentissage sur le terrain s'est fait rapidement et le tir a été réajusté avant que trop de personnes ne perdent intérêt.

Il apparaît évident que la population en général et même les agents ne sont pas habitués à travailler dans un modèle ouvert et sujet à autant d'interprétation. Un des buts du modèle était d'être assez flexible pour que chaque communauté puisse se l'approprier en fonction de ses besoins. Cependant, dans la participation citoyenne, les citoyens sont habitués de se faire convoquer à une réunion et de répondre à des questions que de devenir eux-mêmes les acteurs de changement. Il est aussi très difficile pour l'agent de mousser la participation citoyenne s'il n'y a pas d'objectif précis. Les attentes et les règles devraient, elles aussi, être énoncées clairement (Smith, 2003 : 43; Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 16). La production du document sur le

*Mandat des Carrefours santé* (2014) semble avoir aidé à atténuer les confusions qui existaient entre les Carrefours santé et le RMEFNO. Le modèle des Carrefours santé mettait peut-être trop d'emphase sur le niveau d'engagement souhaité et pas assez sur les niveaux d'engagement réels, ce qui pouvait créer une confusion auprès des participants.

De plus, le modèle aurait pu être plus clair quant à la représentation des participants aux Carrefours santé. Certains ont commencé uniquement avec des fournisseurs de services de santé alors que l'objectif initial des Carrefours santé était d'engager la communauté francophone à prendre sa santé en main. Le fait d'avoir des FSS autour de la table n'est pas un problème en soi, mais il est important que différents groupes de personnes soient représentés afin d'équilibrer la discussion. Finalement, un groupe de discussion qui comporte trop de FSS prend une direction de planification au lieu d'une direction communautaire. On l'avait remarqué avec le modèle des Carrefours santé. Encore une fois, le récent document sur le *Mandat des Carrefours santé* (2014) vient clarifier la procédure en proposant une liste de participants potentiels.

## CHAPITRE 6 – ANALYSE DE LA PARTICIPATION CITOYENNE DES CARREFOURS SANTÉ

« Ça prend des années avant que les gens soient efficaces et comprennent bien le contexte, mais ça s'est fait rapidement dans certaines régions. » - (Entretiens)

Maintenant que nous comprenons ce que sont les Carrefours santé et comment leur mise en œuvre s'est effectuée, il est possible de faire des liens avec le concept de participation citoyenne, notre seconde dimension d'analyse. Dans un premier temps, il s'agira de voir si les Carrefours santé ont donné des résultats qui se traduisent par une réelle participation citoyenne. Dans un second temps, les résultats de trois Carrefours santé seront analysés en profondeur. Dans un troisième temps, l'étude fera état des défis de la participation citoyenne dans le modèle des Carrefours santé. Finalement, le chapitre débouchera sur une réflexion concernant le potentiel de participation citoyenne généré par les Carrefours santé.

### **6.1 Mesurer la participation citoyenne : les résultats des Carrefours santé**

Dans ce chapitre, il conviendra donc de revenir sur les cinq niveaux du continuum de la participation citoyenne des RLISS (2011) : « informer »; « consulter », « faire participer », « collaborer » et « habiliter ». Un rappel des divers niveaux servira de point de départ. Par la suite, il s'agira de voir comment ces niveaux s'appliquent dans les Carrefours santé et au RMEFNO, en relevant des exemples tirés des entretiens avec la direction générale et les agents du RMEFNO.

#### *6.1.1 Informer et éduquer : connaître et comprendre les enjeux de la santé*

La première étape du continuum de participation citoyenne des RLISS, est d'« informer ». Comme nous l'avons vu au chapitre 2, à cette étape, les citoyens n'ont pas l'occasion de donner leur opinion ou d'avoir un impact sur les décisions, puisque ce couloir communicationnel est unilatéral (CRRIDEC, 2012 : 17). Les genres d'activités que l'on retrouve à ce niveau sont des séances d'information, du partage d'information sur le web, des mises à jour par courriel, des kiosques ou toute autre activité qui ne recherche pas de rétroaction de la part du public (RLISS, 2011 : 20).



Bien qu'il soit évident que les Carrefours santé sont à un niveau de participation plus élevé qu'« informer », on retrouve quelques activités qui appartiennent à cet échelon de classification. En effet, une grande partie du travail des agents du RMEFNO consiste à informer et à éduquer les participants aux Carrefours santé concernant les enjeux et les mises à jour en ce qui a trait à la santé en français en Ontario et dans leur communauté. Ce type d'activités semble se produire dans la plupart des rencontres de Carrefours santé. D'ailleurs, lors des entretiens, il a été mentionné qu'une partie de la rencontre est maintenant consacrée au RMEFNO afin que l'agent puisse faire les mises à jour nécessaires pour bien informer les participants aux Carrefours santé (Entretiens). Les informations partagées sont les rapports de recommandation, les nouvelles études sur les francophones, les nouveaux services, les projets du RMEFNO et tout autre renseignement qui pourrait être utile aux Carrefours santé. De plus, à plusieurs Carrefours santé, des fournisseurs de services de santé sont invités à venir faire des présentations sur leurs services (Entretiens, Carrefours santé). Un agent affirme que cette pratique fait en sorte qu'il y a « moins de pessimisme envers les agences » (Entretiens), c'est-à-dire que cela permet aux participants de découvrir des services en français ou des services en général. Selon Smith (2003 : 39), le fait d'accroître les connaissances, la compréhension et la sensibilisation du public est justement un des avantages de la participation citoyenne.

Généralement, le niveau « informer » n'est pas l'approche privilégiée par le RMEFNO pour faire de la participation citoyenne. Il arrive parfois que le RMEFNO participe à des kiosques, qu'il partage de l'information dans les médias sociaux et sur son site web, mais il s'agit seulement d'une infime partie de la participation citoyenne. Pourtant, comme nous l'avons vu au chapitre 5, dans la section portant sur la communication, le partage d'information est primordial dans la mise en œuvre des Carrefours santé. Tandis que les participants sont mobilisés afin de formuler des recommandations durables (Gauvin et Ross, 2012 : 3), le système de santé est très complexe. Il peut être alors difficile, voire impossible d'atteindre cette finalité, c'est-à-dire, la participation complète, si les participants sont mal informés du fonctionnement du système et de ses enjeux.

### *6.1.2 Consultation : de la participation ponctuelle*

« Consulter », est le deuxième niveau du continuum de participation citoyenne des RLISS. À ce stade, un couloir de communication s'ouvre entre la communauté et ceux qui consultent. Les

participants peuvent donner leur opinion sur certains sujets faisant ainsi en sorte que la communication soit bidirectionnelle. Certes, les participants ont la chance d'émettre une opinion, mais rien n'oblige ceux qui consultent à prendre en considération l'opinion du public (CRRIDEC, 2012 : 17). Il s'agit également d'activités ponctuelles. C'est souvent dans le cadre des activités de participation citoyenne de ce niveau que l'on cherche à légitimer des décisions. La consultation est donc, souvent, symbolique. Les sondages, les assemblées publiques et les registres de commentaires sont des activités qui font partie de ce niveau (RLISS, 2011 : 21). On pourrait également y ajouter les médias sociaux.

Encore une fois, les Carrefours santé se situent à un niveau de participation plus élevé que « consulter ». Cependant, certaines activités des Carrefours santé relèvent de ce niveau. Certains fournisseurs de services de santé ont besoin de rencontrer des citoyens de la communauté pour recevoir leurs commentaires sur les changements qu'ils veulent apporter au sein de leur institution. Dans certaines communautés, ils passent par le Carrefour santé afin de consulter les francophones (Entretiens). Il est ainsi plus facile pour eux de rencontrer les francophones, ceux-ci étant déjà mobilisés (Entretiens). Dans une région en particulier, il y a même un autre ministère qui est allé consulter les Carrefours santé (Entretiens). De plus, les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest misent sur la communication avec les Carrefours santé pour soutenir la mise sur pied de leur planification stratégique. La participation à des engagements publics est donc l'une des activités des Carrefours santé. Aussi, comme nous l'avons mentionné, il arrive parfois que des fournisseurs de services de santé aillent présenter leurs services aux Carrefours santé. Or, dans certains cas, les participants engendrent un dialogue avec le fournisseur de services de santé et font des suggestions pour les aider à améliorer leurs services en français (Entretiens).

Le niveau « consulter » est utilisé par le RMEFNO lors des premières étapes pour mettre en œuvre les Carrefours santé. Lorsque l'agent va rencontrer pour la première fois les membres de la communauté, dans le but de vérifier s'ils souhaitent mettre sur pied un Carrefour santé, il utilise l'approche de la consultation. Par la suite, dès qu'on voit la naissance d'un Carrefour santé, on passe au prochain niveau puisque les activités deviennent continues. Dans quelques villes, comme Marathon et Nipissing Ouest, le RMEFNO n'a pas encore réussi à franchir l'étape du Carrefour santé. Il se considère alors en mode « sensibilisation ». Les agents se rendent moins

souvent dans ces communautés, mais espèrent qu'un jour un leader communautaire comprendra l'importance des Carrefours santé et voudra les aider à en mettre un sur pied (Entretiens).

### *6.1.3 Faire participer : un engagement soutenu*

C'est au niveau « faire participer » que l'on commence à réellement voir une participation citoyenne (CRRIDEC, 2012 : 18). Ici, la communication est plus que bidirectionnelle et nous pouvons parler d'un réel dialogue entre ceux qui initient la participation et les participants. Les activités à ce niveau sont récurrentes et constantes. Cependant, elles n'engagent pas les citoyens dans la mise en œuvre des solutions. Ainsi, à cette étape on retrouve des activités telles que des conversations, des ateliers et des groupes de discussion (RLISS, 2011 : 21).

Les Carrefours santé prennent forme au niveau « faire participer ». C'est à cette étape que les activités sont récurrentes et que des résultats se font sentir. On peut maintenant parler d'un engagement soutenu et continu, puisqu'un groupe de citoyens composant le Carrefour santé se rencontre quatre fois par année. À ce niveau, les Carrefours santé sont en mesure d'identifier des besoins et de trouver des solutions. D'autres activités, notamment la collecte de données et la sensibilisation de la population, se font de manière informelle, c'est-à-dire que les participants en organisent même si le Carrefour santé n'a pas de projet concret en ce sens. Un exemple de collecte de données informelle se déroule lorsque les participants partagent des histoires ou des expériences avec le Carrefour santé (Entretiens). La sensibilisation informelle, quant à elle, se produit lorsque les participants agissent comme porte-parole du Carrefour santé dans la communauté. D'après les entretiens, « les Carrefours [santé] sont constants et peuvent voir des problèmes et apporter des solutions, même si personne ne leur demande rien; ils sont conscients de ce qui se passe dans leur communauté » (Entretiens).

Nous avons demandé aux agents de planification et d'engagement communautaire de noter, selon eux, à quel niveau leur Carrefour santé se situe (tableau 21), en fonction des activités que nous avons classifiées. Or, la majorité des Carrefours santé s'inscrivent présentement au niveau « faire participer ». Les agents indiquent cependant avoir vu une évolution dans la plupart des Carrefours santé depuis les premières rencontres (Entretiens).

**Tableau 21 – Niveau d’engagement des Carrefours santé selon les agents**

<b>Carrefour santé</b>	<b>Année de création</b>	<b>Niveau d’engagement</b>
Thunder Bay	Avant RMEFNO	Collaborer
Dryden	2013	Faire participer
Ignace	2012	Faire participer
Greenstone (Longlac)	2011	Faire participer
Greenstone (Geraldton)	2011	Faire participer
Hornepayne	2012	Faire participer
Dubreuilville	2012	Faire participer
Elliot Lake	2015	S.O.
Saulte Ste. Marie	2012	Faire participer
Grand Sudbury	Avant RMEFNO	Faire participer
North Bay	Avant RMEFNO	Faire participer
Chapleau-Foleyet-Sultan	2012	Collaborer
Timmins	2012	Faire participer
Kirkland Lake	2012	Faire participer
Temiskaming Sud	2012	Faire participer
Hearst	Avant RMEFNO	Collaborer
Kapuskasing	2012	Faire participer
Smooth Rock Falls	2012	Faire participer
Cochrane	2012	Faire participer

Référence : Entretiens

#### *6.1.4 Collaboration : la mise en œuvre de solutions*

Le quatrième niveau du continuum de participation des RLISS est « collaborer ». À cette étape, les citoyens ont acquis un certain pouvoir dans la prise de décision (CRRIDEC, 2012 : 18). Il y a également un engagement de la part de ceux qui amorcent la participation à prendre en considération l’opinion des participants. Leur opinion n’est pas seulement sollicitée pour légitimer des décisions; ces citoyens participent à la mise en œuvre de solutions. Les activités sont donc encore plus continues qu’au niveau « faire participer ». Des exemples d’activités que l’on retrouve à ce niveau sont les comités consultatifs, la concertation, les forums et les scrutins délibératifs (RLISS, 2011 : 22).

Au niveau « collaborer », on commence vraiment à voir les participants du Carrefour santé s’engager dans des actions. Non seulement les Carrefours santé sont en mesure de déterminer les besoins de leur communauté et de trouver des solutions adaptées et novatrices, mais ils vont également en mettre certaines en œuvre de manière formelle. À cette étape, des partenariats se forment. Ils peuvent impliquer le Carrefour santé et des organismes de la communauté ou

simplement d'autres, identifiés et encouragés par le Carrefour santé. D'ailleurs, la création de partenariats entre des organismes est facilitée grâce aux Carrefours santé, étant donné que plusieurs joueurs se retrouvent à la même table, à partager leurs projets. Un exemple est celui de Kapuskasing où on a vu émerger un partenariat entre le Centre de santé communautaire, le Bureau de santé Porcupine et l'Union culturelle des Franco-ontariennes dans un projet avec les aidants naturels. La collecte de données formelle (sondage, groupes de discussion, etc.) est également un exemple d'activités que les Carrefours santé feraient à ce niveau. Cependant, il semble que seul le Carrefour santé de Chapleau ait fait de la collecte de données formelle par l'entremise d'un sondage.

C'est au moins à ce niveau que le RMEFNO espère apporter les Carrefours santé puisque c'est à ce point qu'on voit une réelle prise en main de la communauté. Lors de l'évaluation des Carrefours santé par les agents, trois Carrefours santé se sont retrouvés classés à ce niveau. Il est intéressant de constater que deux d'entre eux sont des groupes qui existaient avant l'arrivée du RMEFNO.

#### *6.1.5 Habilitation : le pouvoir délégué*

Finalement, au niveau « habilitier », on parle d'un réel transfert du pouvoir aux citoyens. On ne fait pas que solliciter leur opinion, la décision est entre leurs mains. Ainsi, à cette étape, les citoyens prennent une part de la responsabilité des décisions et des solutions mises en œuvre (CRRIDEC, 2012 : 18). Il existe peu d'exemples d'activités de ce type. Les plus communs sont les jurys de citoyens tels qu'on les voit dans le système de justice canadien ainsi que le vote au scrutin (RLISS, 2011 : 22). Il s'agit effectivement du plus haut niveau de participation citoyenne.

D'après nos analyses, jusqu'à présent, peu d'activités des Carrefours santé semblent être de ce niveau. Le seul type d'activité qui relève du niveau « habilitier » est lorsqu'un Carrefour santé réussit à faire élire un de ses participants au conseil d'administration d'un fournisseur de services de santé. Autrement, ce niveau est difficile à atteindre, car il requiert non seulement un engagement ferme de la part des citoyens, mais également une réelle volonté des preneurs de décisions à léguer le pouvoir aux citoyens. Bref, il est exceptionnel dans le système actuel que la participation citoyenne atteigne ce niveau. Le RMEFNO, étant un organisme ayant très peu, voire aucun pouvoir décisionnel, est incapable, à lui seul, de mener les Carrefours santé à ce niveau.

Comme il a été mentionné au chapitre 5, dans la section sur l'ouverture aux solutions novatrices, ce sont les RLISS qui ont le pouvoir décisionnel. Le RMEFNO, quant à lui, a le pouvoir de faire des recommandations aux RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest. Ainsi, l'atteinte du niveau « habilitier » par les Carrefours santé ne pourra se faire complètement tant que les RLISS n'entreront pas dans ce schème de pensée. Il ne faut toutefois pas oublier que certains Carrefours santé sont en mesure de former des participants et que ces derniers se joignent à des conseils d'administration afin d'influencer les décisions au sein des organismes, ce qui relève du niveau « habilitier ».

Une idée intéressante qui permettrait d'apporter les Carrefours santé à ce niveau est ressortie lors des groupes de discussion. On suggérait que les Carrefours santé aient un rôle à jouer dans la désignation des fournisseurs de services de santé sous la *Loi sur les services en français*. Comme nous en avons discuté au premier chapitre, la *Loi sur les services en français* « garantit au public le droit de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario situé dans 26 régions désignées » (OAF, 2015). Les fournisseurs de services de santé, encouragés par leurs bailleurs de fonds provinciaux, doivent eux-mêmes déposer une demande afin d'être désignés sous cette loi. Cela étant dit, la suggestion est de forcer ces organismes désignés, ou en voie d'être désignés à être redevables envers les Carrefours santé, que ces derniers assurent une surveillance de la Loi sur les services en français. Cependant, encore une fois, la décision de donner ce pouvoir aux Carrefours santé ne relève pas du RMEFNO.

## **6.2 Des résultats positifs : analyse de trois Carrefours santé**

Par la suite, nous avons analysé la plupart des procès-verbaux des Carrefours santé de Chapleau, de Timmins et de Thunder Bay en relevant les activités et en les plaçant dans le continuum de participation citoyenne des RLISS (2011), ce qui a permis d'observer s'il y avait eu une évolution depuis la première rencontre. Pour les Carrefours santé de Timmins et de Thunder Bay, d'autres exemples d'activités entendus en groupes de discussions ont été notés.

### *6.2.1 Le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan : une évolution rapide*

À titre de rappel, mentionnons que le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan est situé dans le Nord-Est de l'Ontario, dans une communauté de 2 095 résidents, dont 850 sont francophones (40,6 %) (Statistiques Canada, 2011). Ce Carrefour santé existe depuis 2012 et tient depuis ce temps au moins quatre rencontres par année. La présidente est une « leader » très engagée dans les activités du Carrefour santé et dans la communauté (Entretiens). La plupart des participants sont des citoyens ou des membres d'organismes communautaires.

L'analyse des procès-verbaux du Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan, permet d'observer des activités qui relèvent du niveau « informer ». Par exemple, à chaque rencontre, l'agent fait une mise à jour de ce qui se passe au RMEFNO. De plus, il arrive que des fournisseurs de services de santé soient invités à venir parler de leurs programmes et services. Ces rencontres tournent, la plupart du temps, en période de consultation où les participants au Carrefour santé se permettent de poser des questions et d'émettre des commentaires. Aussi, les participants au Carrefour santé de Chapleau semble être très au courant des besoins de la communauté francophone. À partir de cette même analyse, il est aussi possible de distinguer plusieurs besoins, notamment celui d'un optométriste et d'un physiothérapeute quelques jours par mois à Chapleau. Le manque de soins à domicile et d'instructions en français sur les ordonnances provenant de la pharmacie sont également des besoins identifiés. Selon les procès-verbaux, la plupart des actions entreprises suite à ces demandes ont été exécutées par l'agent de planification et d'engagement communautaire et la présidente du Carrefour santé. Dans certains cas, elles ont portées fruit (Procès-verbaux).

La majorité des activités retrouvées dans les procès-verbaux de Chapleau-Foleyet-Sultan relèvent du niveau « collaborer ». L'organisation d'ateliers en français pour la communauté est une des activités intéressantes entreprise par le Carrefour santé (Procès-verbaux). Lors de la journée de la rencontre du Carrefour santé, en après-midi, on organise une « foire santé » permettant à un ou deux professionnels de la santé de donner un atelier à la communauté (Procès-verbaux, entretien). Dans cette optique d'ateliers, un sondage a été développé afin de consulter la communauté pour connaître les sujets qui devraient être prioritaires. Avec l'aide des clubs sociaux pour assurer la distribution, 181 personnes y ont répondu (Procès-Verbaux). De plus, en entretien, l'agent de

cette région a révélé que certains professionnels de la santé approchent maintenant eux-mêmes le Carrefour santé pour offrir des ateliers (Entretiens). Le Carrefour santé de Chapleau-Foley-Sultan a son propre logo et sa page Facebook, en plus de publier périodiquement des chroniques de sensibilisation dans le journal local (Procès-verbaux).

Le Carrefour santé de Chapleau-Foley-Sultan semble également actif sur l'envoi de lettres à des fournisseurs de services de santé afin de faire des demandes ou pour les remercier quand ils font des efforts visant à améliorer les services en français (Procès-verbaux). Ils organisent également des rencontres avec divers décideurs, par rapport aux soins de santé, afin de leur offrir de l'aide ou des suggestions, entre autres pour avoir une boîte vocale bilingue, pour se procurer des affiches qui informent la clientèle du bilinguisme et pour l'achat d'épinglettes « Je parle français » pour le personnel. De plus, ces rencontres ont mené à l'utilisation d'une navette pour transporter des patients à leurs rendez-vous médicaux (Entretiens). Finalement, au niveau « habilité », signalons que le Carrefour santé a fait élire une participante au Conseil d'administration des Services de santé de Chapleau afin d'avoir une influence sur les décisions prises au sein de cet organisme, cette participante étant même devenue la présidente (Entretiens).

De toute évidence, le Carrefour santé de Chapleau-Foley-Sultan est très actif. Sa création remonte à 2012, avec l'arrivée du RMEFNO. En examinant les procès-verbaux, il est possible de constater son évolution. Lors des premières rencontres, nous avons remarqué que l'agent du RMEFNO avait tendance à s'acquitter de la majorité des tâches qui ressortaient des actions du Carrefour santé. Plus on avance dans les procès-verbaux, plus on voit que d'autres participants, dont une personne en particulier, assument davantage de tâches, ce qui illustre une évolution dans la participation de la communauté. Le Carrefour santé de Chapleau est définitivement un exemple qui révèle comment les Carrefours santé peuvent générer de la participation citoyenne. D'ailleurs, il est probablement le Carrefour santé à avancer le plus rapidement sur l'échelle de participation. Cependant, il faut mettre un bémol à cette forte participation, puisque les procès-verbaux révèlent qu'une personne en particulier s'acquitte de la plupart des tâches. Une telle situation peut être une faiblesse pour ce Carrefour santé, qui semble tenir sur les épaules d'un seul individu.



### *6.2.2 Le Carrefour santé de Timmins : cohabiter avec des organismes communautaires*

Comme il a été mentionné au chapitre 4, le Carrefour santé de Timmins est situé dans le Nord-Est de l'Ontario, dans une ville de 42 675 personnes. Celle-ci est composée à 39,5 % de francophones, portant leur nombre à 16 840 (Statistiques Canada, 2011). La présidence du Carrefour santé est assumée par la direction générale de l'Alliance de la francophonie de Timmins, un organisme communautaire qui promeut les droits des francophones. Ce Carrefour santé a été créé en 2012 par l'entremise du RMEFNO.

À la lecture des procès-verbaux du Carrefour santé de Timmins, nous remarquons la présence d'activités qui relèvent de l'information et de l'éducation. À chaque rencontre, une mise à jour de ce qui se passe au RMEFNO est effectuée (Procès-verbaux). Les participants au Carrefour santé, la plupart provenant d'organismes, apportent eux aussi de l'information pouvant être utile aux autres, par exemple le partage de données d'un fournisseur de services de santé par rapport au nombre de membres du personnel bilingues (Procès-verbaux). Le Carrefour santé sert donc de table de réseautage. C'est d'ailleurs une l'une de ses forces (Carrefours santé). De plus, il arrive que des fournisseurs de services de santé viennent parler de leur programme et services (Procès-verbaux). Comme à Chapleau, il est intéressant de voir que les présentations tournent en période de consultation (Procès-verbaux, Entretiens, Groupes de discussion). Les participants aux Carrefours santé posent leurs questions à l'invité et font des suggestions afin d'améliorer l'accès aux services en français. Dans certains cas, un suivi est fait quelques mois après la discussion.

La majeure partie des activités du Carrefour santé de Timmins se retrouve au niveau « faire participer ». L'identification de besoins et de solutions semble être ce qui mène ce Carrefour santé. D'après les procès-verbaux, les participants apportent plusieurs suggestions au RMEFNO concernant les recommandations et la façon de procéder pour se rapprocher de la communauté, ce qui constitue probablement sa force principale. Le Carrefour santé de Timmins a également fait partie d'une collaboration intéressante à un projet de recherche sur les services de santé et services sociaux en français à l'intention des aînés francophones de Timmins.

Les participants du Carrefour santé de Timmins sont presque tous engagés dans d'autres causes. Il semble que ce soit toujours les mêmes personnes qui participent et qu'elles n'aient pas le temps de mettre en œuvre des actions ou de participer davantage (Carrefours santé). On remarque aussi

que les participants ont une perception d'un manque de pouvoir puisque plusieurs solutions sont identifiées, mais ne peuvent pas être mises en place par le Carrefour santé (Carrefours santé).

Ainsi, en analysant la situation du Carrefour santé de Timmins, on se rend compte qu'il est peu engagé dans des actions et que ses activités se situent beaucoup plus au niveau de l'analyse des besoins, de proposition de solutions et de recommandations, ce qui le place au niveau « faire participer ». Par contre, au niveau de « collaborer », le Carrefour santé de Timmins appuie fortement les initiatives de l'Alliance de la francophonie de Timmins. Cet organisme accomplit beaucoup de travail pour l'obtention d'un Centre de santé communautaire francophone à Timmins et a fait de nombreuses collectes de données formelles en ce sens (Entretiens). Ainsi, ce n'est pas parce que le Carrefour santé n'est pas à un niveau de participation citoyenne très élevée que la communauté francophone de Timmins ne l'est pas. Cependant, étant donné que ce n'est pas le sujet de ce mémoire, nous ne pouvons nous prononcer là-dessus.

### *6.2.3 Le Carrefour santé de Thunder Bay : mettre en œuvre des stratégies*

Le Carrefour santé de Thunder Bay se trouve dans le Nord-Ouest de la province, où la proportion de francophones est faible, soit 3,4 % pour la région et 2,8 % pour la ville. Avec une population de 106 695 personnes, dont 2 945 francophones, il s'agit de la ville la plus peuplée du Nord-Ouest (Statistiques Canada, 2011). Il est à noter que le Carrefour santé de Thunder Bay est le seul des trois carrefours analysés qui existait avant l'arrivée du RMEFNO. Le groupe portait à ce moment-là un autre nom et avait pris une pause depuis deux ans. L'arrivée du RMEFNO a permis la relance du groupe sous le nom de Carrefour santé, ce qui lui donna un nouveau souffle (Carrefours santé). D'ailleurs, c'est entre autres sur le modèle de Thunder Bay que les Carrefours santé ont été pensés (Entretiens).

Comme c'est le cas pour les Carrefours santé de Chapleau-Foley-Sultan et de Timmins, il est possible de voir que celui de Thunder Bay, a également une fonction d'information. À chaque rencontre, le RMEFNO apporte de nouvelles informations au Carrefour santé. De plus, les participants venant en majorité d'organismes communautaires fournissent eux aussi de l'information au Carrefour santé. C'est, entre autres, sur celle-ci que les actions du Carrefour santé sont basées. Le Carrefour santé de Thunder Bay se définit comme étant une table stratégique : « on trouve des façons d'aborder les problèmes, on voit qu'est-ce qu'on peut faire,

on détermine si ça vaut la peine d'investir du temps et on décide qui va faire quoi » (Carrefours santé). Puisque les participants sont bien réseautés, il leur est plus facile d'avoir une influence sur les décisions qui sont prises auprès des différents organismes francophones et de santé. De plus, parce que le Carrefour santé existe depuis des années, les participants ont de l'expérience. Ils connaissent leurs alliés et leurs opposants et savent comment interagir avec eux. Par exemple, une des participantes siège au conseil d'administration d'un organisme où une étude sur les professionnels de la santé était menée, mais rien ne portait sur les francophones. Cette participante a alors apporté cette information au Carrefour santé, qui s'est penché sur la question et qui a cherché des solutions pour que les francophones soient engagés et représentés dans le projet. Au final, ce fut un succès.

Étant donné la nature stratégique et confidentielle du Carrefour santé, nous ne pouvons donner beaucoup d'exemples concrets. Cependant, il convient de dire que la majeure partie des activités du Carrefour santé de Thunder Bay se rapporte au positionnement stratégique de ses participants dans les différents organismes et agences liés à la santé. De plus, il arrive assez souvent que le Carrefour santé soit consulté par des fournisseurs de services de santé qui veulent s'assurer de prendre en compte les besoins des francophones. Une autre activité au Carrefour santé, est de s'organiser pour nommer des participants aux conseils d'administration d'organismes de santé afin d'influencer les décisions. Cette pratique a eu cours à plusieurs reprises au Carrefour santé de Thunder Bay, notamment avec le conseil d'administration de l'hôpital et celui du Centre d'accès aux soins communautaires.

Somme toute, le Carrefour santé de Thunder Bay fonctionne très bien. Il est intéressant de voir que plusieurs de ses participants viennent d'organismes à mandat régional, ce qui fait en sorte qu'ils ont une perspective qui représente tout le Nord-Ouest de l'Ontario. Pour Thunder Bay, il s'agit d'un avantage puisque les patients d'ailleurs dans la région y reçoivent des services de santé. Ce Carrefour santé semble se situer entre les niveaux « collaborer » et « habilitier ». Si le système de santé lui donnait plus de responsabilités, il n'aurait probablement aucune difficulté à monter au plus haut niveau de la participation citoyenne. Un autre aspect intéressant du Carrefour santé de Thunder Bay est qu'il compte plusieurs participants qui sont des leaders très forts, ce qui indique que la communauté elle-même est bien mobilisée. La survie de ce Carrefour santé ne repose pas sur les épaules de seulement une ou deux personnes engagées, une situation

probablement due au fait que ce Carrefour santé existe depuis longtemps et que les acteurs présents ont eu le temps de s'approprier le système.

### **6.3 L'écart entre la théorie et la pratique : les défis des Carrefours santé**

Générer de la participation citoyenne n'est pas toujours chose simple. On peut avoir la meilleure des méthodes, mais au bout du compte ce sont les communautés qui décident si elles sont prêtes à embarquer ou non. En principe, en réunissant toutes les conditions de réussite, on devrait être en mesure d'engager les communautés. Cependant, plusieurs défis peuvent se poser et certains d'entre eux sont incontrôlables. Avec notre collecte de données, il a été possible d'analyser sept défis qui influent sur la participation citoyenne des Carrefours santé, il s'agit du maintien de l'engagement, de l'éducation, de l'autonomie du Carrefour santé, de la place du leader, de la communication, du le pouvoir réel des citoyens et de la coexistence avec d'autres organismes.

#### *6.3.1 Maintenir l'engagement : la fragilité des Carrefours santé*

Le premier défi auquel le RMEFNO a dû faire face lors de la création des Carrefours santé est de convaincre les communautés de se lancer dans le projet. Plusieurs facteurs communautaires peuvent freiner la participation citoyenne, notamment les obligations familiales et professionnelles (Gauvin et Ross, 2012 : 7; Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Or, les bénévoles sont souvent des personnes très engagés, mais on dit aussi que « c'est toujours les mêmes personnes » qui s'impliquent (Entretiens), d'où l'importance qu'ils se sentent touchés par les enjeux, afin qu'ils aient un intérêt (Thibeault, Lequin et Tremblay, 2000 : 16).

Dans le cas des Carrefours santé, il faut jongler avec la réalité des minorités linguistiques. Surtout dans les endroits où il n'y a pas d'autres regroupements de francophones en place, la communauté ne veut pas nécessairement sortir des sentiers battus (Entretiens). Parfois, il peut même être difficile de convaincre les citoyens de certaines communautés très anglicisées qu'ils ont le droit d'obtenir des services de santé en français (Entretiens). En ce qui concerne les communautés très engagées, un autre type de défi se pose. Les citoyens sont déjà très occupés et peuvent ne pas avoir envie de s'impliquer dans un nouveau projet. De plus, surtout dans les petites communautés, il est possible que des conflits interpersonnels découragent certaines personnes de siéger au Carrefour santé.

Dans un contexte de nordicité et de petites communautés, d'autres types de défis s'ajoutent à celui du maintien de l'engagement. Par exemple, il n'est pas toujours possible pour les agents de se déplacer dans les communautés éloignées, particulièrement en hiver. Alors, si le Carrefour santé passe plusieurs mois sans se rencontrer, l'engagement peut facilement s'effriter. Afin de relever ce défi, le RMEFNO tient certaines rencontres par vidéoconférence. Bien que ce ne soit pas la solution idéale, les participants aux Carrefours santé s'habituent tranquillement à cette technologie, nouvelle pour plusieurs d'entre eux. On peut donc dire qu'ils développent de nouvelles compétences techniques, tel que mentionné par Talpin (2008 : 146-147). Puis, la même année où on a commencé à mettre en œuvre des Carrefours santé, Elliot Lake a vécu un drame qui a bouleversé l'ensemble de la communauté. Ainsi, même si Elliot Lake est habituellement une communauté francophone engagée, les citoyens ont décidé de ne pas aller de l'avant avec un Carrefour santé à ce moment-là. Ils en ont mis un sur pied quelques années plus tard.

Il est alors possible de constater que les Carrefours santé, comme la plupart des initiatives de participation citoyenne, sont des groupements très fragiles. Les défis d'engagement, les défis météorologiques, les évènements-chocs et les attitudes envers les francophones sont tous des éléments qui ont un impact sur la participation citoyenne des Carrefours santé. Il est donc important que les agents soient conscients de ces défis et qu'ils développent des stratégies adaptées, comme l'attente ou la technologie. De plus, le fait de « s'assurer qu'il y ait un objectif aux rencontres » conjugué à celui de « s'assurer qu'on ne va pas juste mousser l'intérêt et qu'il n'y a pas de suivi » (Entretiens) est primordial dans le succès des Carrefours santé.

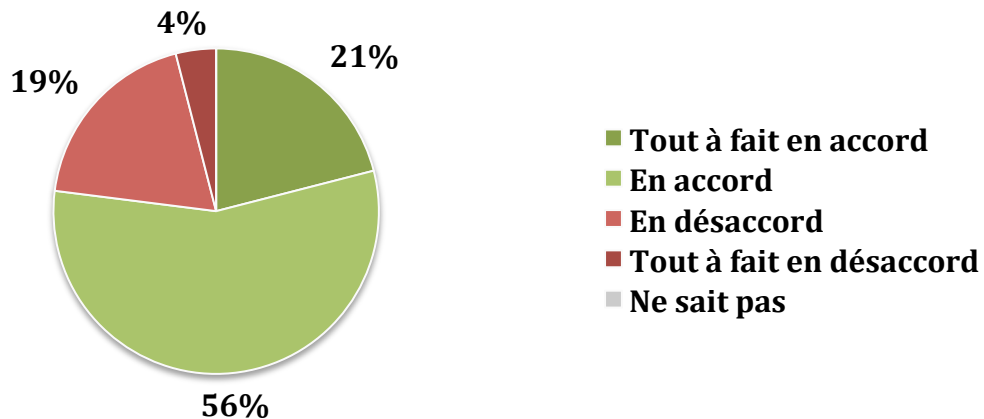
### *6.3.2 Éduquer les Carrefours santé : plus difficile que prévu*

Le document des Carrefours santé prévoyait que le RMEFNO informe et éduque les participants concernant les enjeux de santé des francophones en Ontario et de la communauté du Carrefour santé. Cependant, cette tâche n'est pas facile à accomplir, pour toutes sortes de raisons.

Nous avons demandé aux participants de nous indiquer s'ils avaient l'impression d'avoir les connaissances et les compétences pour participer au Carrefour santé de leur communauté (figure 20). Au final, 21 % d'entre eux étaient tout à fait en accord; 56 % en accord; 19 % en désaccord; et 4 % en désaccord. Étonnamment, près d'un quart des répondants ne se sentent pas assez compétents pour siéger au Carrefour santé de leur communauté. On peut supposer que ce

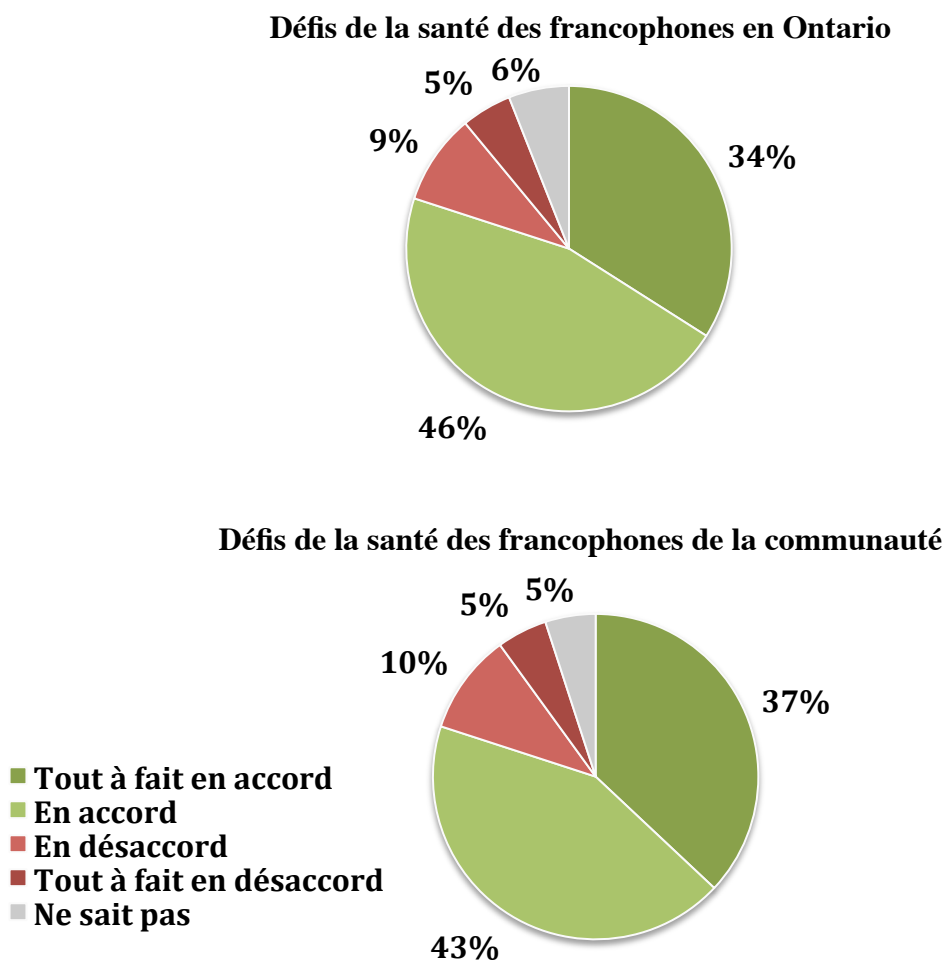
pourcentage est encore plus élevé, car les participants au sondage risquent d'être ceux qui ont une meilleure compréhension du système et qui sont plus engagés.

**Figure 20 – Impression d'avoir les compétences pour participer au Carrefour santé**



Nous leur avons également demandé si le RMEFNO faisait du bon travail pour les informer et les éduquer sur les défis de la santé des francophones en Ontario (figure 21). Parmi les répondants, 34 % étaient tout à fait en accord, 46 % étaient en accord, 9 % étaient en désaccord, 5 % étaient entièrement désaccord et 6 % ne savaient pas. En ce qui a trait à la question de savoir si le RMEFNO effectuait du bon travail pour les informer et les éduquer sur les défis de la santé des francophones de leur communauté, 37 % étaient tout à fait en accord, 43 % étaient en accord, 10 % étaient en désaccord, 5 % étaient tout à fait en désaccord et 5 % ne savaient pas (figure 21). La plupart des participants semblent trouver qu'ils sont bien informés par le RMEFNO, mais une part non négligeable d'entre eux croit manquer d'information. Cela peut être problématique pour la participation des citoyens qui ne se sentent pas compétents comparativement aux autres puisqu'ils pourraient plus facilement décrocher.

**Figure 21 – RMEFNO fait du bon travail pour informer et éduquer sur les défis**



Les théories de la participation citoyenne prétendent que les citoyens sont experts de « leurs valeurs, leurs besoins, leurs préférences et les dynamiques animant leur communauté » (Gauvin et Ross, 2012 : 4) et que la participation citoyenne permet « [d']améliorer les connaissances, la compréhension et la sensibilisation du public » (Smith, 2003 : 39). Cependant, l'expérience des Carrefours santé indique que cela ne se réalise pas facilement. Le système de santé est tellement complexe que le fait d'être expert de ses besoins n'est pas suffisant pour favoriser une participation citoyenne efficace. Bien qu'une grande partie de l'apprentissage se fasse en cours de route, il est important de donner une bonne base aux participants. Un citoyen n'aura pas les mêmes connaissances en santé qu'un FSS et pourra se sentir « incompetent ». D'ailleurs, quelques nouveaux participants pensent que les autres sont plus informés et que plusieurs choses dépassent leur compréhension (Sondage).

Ainsi, pour pallier ces problèmes, les participants aux Carrefours santé suggèrent que les nouveaux venus reçoivent plus d'information (Sondage). Ils croient également qu'une session de formation et d'éducation pour tous les participants permettrait d'être tous sur la même longueur d'onde (Sondage). Cependant, il peut être difficile pour le RMEFNO d'offrir la formation à tous les participants, à cause de leur disponibilité limitée. De plus, de nouveaux participants s'ajoutent constamment. Dans ce contexte, le RMEFNO pourrait créer une trousse à leur intention. On pourrait y retrouver, entre autres, de l'information sur chaque agence ou FSS de la région, un guide d'acronymes et de sigles ainsi que le *Mandat des Carrefours santé*. Il pourrait alors être plus facile pour les agents d'offrir des formations informelles aux nouveaux participants afin de les mettre à jour.

### 6.3.3 Autonomie des Carrefours santé : un processus long

Comme il a été mentionné au chapitre 4, les Carrefours santé ont été créés en vue d'être autonomes. Par contre, les indications présentées par les agents ont montré que plusieurs Carrefours santé étaient loin d'avoir atteint l'autonomie désirée. Au tableau 22, on met en relation l'année de création des Carrefours santé, leur autonomie et leur niveau de participation selon la perception des agents. Bien entendu, le niveau d'autonomie du Carrefour santé est également synonyme de la place que prend l'agent dans le Carrefour santé. Dans les Carrefours santé où le leader est le Carrefour santé, l'agent joue le rôle espéré de personne-ressource.

**Tableau 22 – Autonomie des Carrefours santé**

<b>Carrefour santé</b>	<b>Année de création</b>	<b>Niveau de participation selon les agents</b>	<b>Autonomie ou leader</b>
Thunder Bay	Avant RMEFNO	Collaborer*	CS
Dryden	2013	Faire participer	CS et RMEFNO
Ignace	2012	Faire participer	CS et RMEFNO
Greenstone (Longlac)	2011	Faire participer	RMEFNO
Greenstone (Geraldton)	2011	Faire participer	CS et RMEFNO
Hornepayne	2012	Faire participer	RMEFNO
Dubreuilville	2012	Faire participer	RMEFNO
Elliot Lake	2015	S.O.	RMEFNO
Saulte Ste. Marie	2012	Faire participer	RMEFNO
Grand Sudbury	Avant RMEFNO	Faire participer	CS
North Bay	2014	Faire participer	CS et RMEFNO
Chapleau-Foleyset-Sultan	2012	Collaborer*	CS et RMEFNO



**Tableau 22 – Autonomie des Carrefours santé (suite)**

<b>Carrefour santé</b>	<b>Année de création</b>	<b>Niveau de participation selon les agents</b>	<b>Autonomie ou leader</b>
Timmins	2012	Faire participer*	RMEFNO
Kirkland Lake	2012	Faire participer	RMEFNO
Temiskaming Sud	2012	Faire participer	RMEFNO
Hearst	Avant RMEFNO	Collaborer	CS
Kapuskasing	2012	Faire participer	RMEFNO
Smooth Rock Falls	2012	Faire participer	RMEFNO
Cochrane	2012	Faire participer	RMEFNO

\*Niveau de participation confirmé par notre analyse.

Référence : RMEFNO

Ce tableau permet de constater que les trois Carrefours santé qui existaient avant le RMEFNO sont les seuls à être autonomes, c'est-à-dire que l'agent joue un rôle périphérique de personne-ressource. Dans la plupart des cas, les participants au Carrefour santé convoquent eux-mêmes les réunions, réservent la salle, préparent les ordres du jour et les procès-verbaux puis soulèvent leurs propres enjeux à la table de discussion. À Thunder Bay, l'agent du RMEFNO prépare les procès-verbaux. Cependant, la présidence est très impliquée dans le processus et si le RMEFNO arrêta d'exister, le Carrefour santé continuerait quand même ses activités puisqu'il s'en est officieusement dissocié. D'autre part, le RMEFNO assure un leadership partiel dans cinq Carrefours santé. Ces derniers sont encore officieusement associés au RMEFNO même si la présidence est très engagée, mais probablement pas assez pour que le Carrefour santé poursuive ses activités sans l'appui du RMEFNO. Finalement, dans les onze autres Carrefours santé, le leadership est entièrement entre les mains du RMEFNO. Ces Carrefours santé n'ont, pour la plupart, pas de présidence, ou cette dernière ne s'implique pas particulièrement dans la préparation de l'ordre du jour et la planification des rencontres. Ils sont officieusement associés au RMEFNO et dépendent de lui.

Il semble exister un lien entre l'autonomie du Carrefour santé et son niveau d'engagement. Plus les participants sont engagés, plus le Carrefour santé a des chances d'être autonome. Hearst et Thunder Bay sont d'ailleurs les deux seuls Carrefours santé qui semblent être au niveau « collaborer ». Dans le cas du Grand Sudbury, le Carrefour santé n'a pas été évalué au niveau « collaborer » par les agents puisque les participants autour de la table font surtout un échange d'information, sans s'engager dans des actions. Il faudrait analyser les procès-verbaux pour déterminer à quel niveau il se situe réellement.

Ainsi, bien que l'autonomie des Carrefours santé soit l'objectif ultime de leur création, il peut se passer des années avant de l'atteindre. Par ailleurs, un agent mentionne que « [lorsqu'une] communauté est déjà engagée, [il] est tellement plus facile de suivre le modèle des Carrefours [santé] que dans une communauté qui n'est pas déjà engagée où l'on doit tout faire » (Entretiens). Ajoutons que les agents et le RMEFNO peuvent être tentés de se décourager, parce que la participation citoyenne connaît toujours des hauts et des bas, mais que le travail est facilité lorsque l'agent peut compter sur un bon leader/président.

#### *6.3.4 Le leader : un acteur d'importance*

La place que prend le leader/président dans les Carrefours santé est primordiale. Comme il a été mentionné dans le document initial, cet acteur clé joue un rôle central au développement du Carrefour santé en étant son moteur de développement (CRRIDEC, 2012 : 28). Cette personne est l'élément rassembleur et le pilier du Carrefour santé. Elle appuie l'agent dans la préparation des documents et l'organisation des rencontres. Souvent, c'est elle qui prend l'initiative dans les actions du Carrefour santé (Entretiens).

Les Carrefours santé de Thunder Bay et de Chapleau-Foley-Sultan sont de bons exemples où la présidence est devenue un leadership important. Dans ces cas, la présidence contribue à rendre le Carrefour santé autonome, en aidant à la préparation des rencontres. Elles sont également leader dans les projets du Carrefour santé.

Recruter un bon leader pour mener les Carrefours santé n'est pas chose facile. Souvent, les obligations familiales et professionnelles priment sur l'engagement (Gauvin et Ross, 2012 : 7; Sénéchal et Piron, 2004 : 18). Ainsi, dans de nombreux cas, les participants sont prêts à s'engager, mais pour quelques rencontres par année seulement. L'idéal est lorsque l'agent peut trouver un leader qui peut inclure ses tâches avec le Carrefour santé dans son travail, comme à Thunder Bay. Étant à la direction générale de l'Accueil francophone de Thunder Bay, un organisme d'interprétation médicale, la présidente peut facilement lier ses tâches au Carrefour santé. À Chapleau-Foley-Sultan, la présidente est une femme à la retraite qui a la santé et la francophonie à cœur et qui a décidé de faire du Carrefour santé son cheval de bataille.

Plus tôt à la section 6.2, il a été question d'un bémol concernant le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan. Ses participants sont très engagés, mais la plupart des tâches sont accomplies par la présidente. Autrement dit, l'engagement de ce Carrefour santé dépend beaucoup d'une personne en particulier, ce qui ébranle sa solidité. Ainsi, pour un engagement qui perdure dans le temps, il est important d'avoir un bon leader, mais il faut également pouvoir compter sur d'autres piliers.

#### *6.3.5 La communication bilatérale : un travail constant*

La communication est un autre défi à relever en lien avec la participation citoyenne des Carrefours santé, mais puisque nous avons déjà beaucoup parlé de la communication dans la section 6.2, cette sous-section sera brève. Nous tenions simplement à rappeler l'importance d'une bonne communication entre le RMEFNO et le Carrefour santé. En fait, un des plus grands défis auquel le RMEFNO a à faire face en ce qui concerne les Carrefours santé semble être la gestion des attentes des membres de la communauté. D'après les sondages et les groupes de discussion, les participants veulent voir des résultats concrets, craignant de travailler pour rien. Il est donc primordial que le RMEFNO reste en communication constante avec les Carrefours santé, que ce soit par la discussion et l'écoute active lors des rencontres, l'envoi régulier de courriels ou des appels téléphoniques. Les Carrefours santé doivent sentir qu'ils ne sont pas oubliés. Le partage des résultats est également important. Même si les Carrefours santé peuvent avoir de la difficulté à se reconnaître dans les recommandations et dans les changements du système de la santé, il est important que le RMEFNO fasse le travail de leur expliquer les liens entre ses actions et les priorités du Carrefour santé. Le RMEFNO se doit d'être à l'écoute des besoins des Carrefours santé, tout en leur faisant part de ses attentes.

#### *6.3.6 Le réel pouvoir au citoyen : quelles options?*

Nous avons vu à la section 5.1 sur l'adaptation aux besoins des communautés que le pouvoir réel des Carrefours santé était limité. Si le système et les instances, dans ce cas-ci les RLISS et le MSSLD, ne leur font pas de place, il est difficile de s'en créer une. Il s'agit donc d'un défi de taille pour les Carrefours santé et pour le RMEFNO qui partage le même objectif d'améliorer l'accès aux services de santé en français. Les participants aux Carrefours santé ont souvent une vision limitée en croyant que le sous-financement des organismes de santé est le problème majeur

dans l'accès aux services de santé en français et qu'il est impossible de changer les choses. Il y a cependant d'autres options qui permettent d'atteindre ces objectifs. Les Carrefours santé de Chapleau-Foley-Sultan, de Timmins et de Thunder Bay ont tous les trois imaginé des solutions intéressantes afin que les Carrefours santé réussissent à faire une différence.

Un premier exemple est celui du Carrefour santé de Chapleau-Foley-Sultan. Un manque d'ateliers en français pour les francophones de la communauté avait été remarqué et on a décidé d'en organiser. Les ressources humaines francophones en santé de la communauté et des environs furent donc mobilisées afin d'offrir des ateliers. Le Carrefour santé de Chapleau-Foley-Sultan est maintenant une référence pour les FSS. Les employés des Services de santé de Chapleau rappellent aux professionnels de la santé que le Carrefour santé est toujours à la recherche de personnes intéressés à offrir de nouveaux ateliers aux francophones. Ces ateliers ont pris une telle envergure qu'on a même sondé les membres de la communauté afin de connaître les sujets prioritaires pour eux.

Un second exemple concerne le Carrefour santé de Timmins, où l'on invite des FSS aux rencontres pour discuter des problèmes d'accès qui existent dans leur agence et pour leur faire des suggestions. Ainsi, bien que l'influence du Carrefour santé à une plus grande échelle soit mince, à l'échelon local, les participants cherchent à faire une différence en partageant leurs inquiétudes avec les FSS concernant leurs services de santé en français. Puisque des suivis sont faits quelques mois après ces rencontres, il est possible de voir l'évolution (ou le statu quo) dans les organismes. De telles rencontres permettent également de faire de la sensibilisation auprès des FSS, qui n'ont parfois pas de visage à lier aux services en français.

Finalement, on ne peut passer à côté de l'exemple du Carrefour santé de Thunder Bay, qui a la capacité de placer ses participants à des postes stratégiques soit sur des comités ou à des conseils d'administration. Une fois ces participants en position de faire une différence et d'avoir un impact sur les décisions, le Carrefour santé se place derrière eux pour élaborer des stratégies afin de convaincre les autres membres de comités et de conseils d'administration de l'importance des services en français ou du moins, de considérer l'aspect francophone.

Ainsi, bien que les Carrefours santé aient souvent l'impression d'avoir très peu de pouvoir sur les services en français, il existe plusieurs autres options qui servent à améliorer l'accès aux services

en français ou à influencer les décisions. La créativité des participants aux Carrefours santé est donc importante afin de trouver des solutions novatrices.

### *6.3.7 Co-exister avec d'autres organismes : se tailler une place*

Finalement, le dernier défi que nous avons observé est la coexistence des Carrefours santé avec d'autres organismes. En général, lorsque divers organismes poursuivent les mêmes objectifs, il s'agit d'une bonne chose. Dans la participation citoyenne au sein des Carrefours santé à proprement parler, c'est un défi.

Par exemple, à Kapuskasing, la communauté francophone possède un centre culturel, un centre de santé communautaire francophone et des organismes francophones qui en font déjà beaucoup pour améliorer l'accès aux services de santé en français. Pour le Carrefour santé de Kapuskasing, le défi est donc de se tailler une place dans tout ça. Contrairement à Chapleau, Kapuskasing offre déjà une gamme d'ateliers en français et les services de santé sont tous francophones ou bilingues, mis à part quelques bureaux de médecins. Le Carrefour santé a alors de la difficulté à se tailler une place et à déterminer quelles actions il pourrait entreprendre. Il en va de même pour Timmins, où la priorité du Carrefour santé est l'accès aux soins primaires pour la population francophone. Ce dossier étant déjà dans les mains de l'Alliance de la francophonie de Timmins, le Carrefour santé semble se questionner sur quelle autre priorité se pencher (Carrefour santé).

Ainsi, la coexistence peut faire en sorte que les Carrefours santé vont avoir de la difficulté à atteindre le niveau « collaborer ». Cependant, si on examine cette situation d'une manière plus globale, cela voudrait dire que les communautés sont déjà elles-mêmes au niveau « collaborer » puisqu'elles font des actions concrètes. Ce genre de problématique se produit particulièrement dans les communautés où les francophones représentent une grande proportion de la population. La direction générale nous a clairement avoué que dans « les régions qui sont moins minoritaires, parfois c'est plus facile, parfois c'est moins facile » (Entretiens). On peut donc dire qu'il est parfois plus difficile de mettre sur pied un Carrefour santé efficace dans une région où il y a plus de francophones (Entretiens). C'est à croire que le Carrefour santé pourrait, dans de telles circonstances, prendre un rôle différent de celui d'être le moteur d'engagement de la communauté francophone de la communauté. Son rôle consiste davantage à stimuler le réseautage entre les divers groupes francophones et les fournisseurs de services de santé de la

communauté. Cela permet ainsi un contact régulier entre ces groupes permettant l'émergence de partenariats et de projets communs.

#### **6.4 Les Carrefours santé : un potentiel de participation citoyenne**

En résumé, les Carrefours santé ont bel et bien généré de la participation citoyenne. Si la tendance se maintient, l'avenir semble prometteur pour certains d'entre eux. Déjà, les Carrefours santé ont engendré plusieurs impacts positifs dans les communautés où ils sont implantés. Ils leur permettent d'apprendre à mieux connaître le système de santé, de constater des problèmes et d'agir sur ces derniers. À ce sujet, le Carrefour santé de Chapleau-Foley-Sultan, malgré son jeune âge, contribue à améliorer l'accès aux services de santé en français sur son territoire. Ignace est un autre exemple où le Carrefour santé a eu un effet positif, puisque chez un fournisseur de services de santé, il y a maintenant des séances de formation en français par vidéoconférence, des interprètes, des dépliants bilingues et une réceptionniste bilingue (Entretiens).

De plus, dans les communautés où les francophones sont nettement minoritaires, les Carrefours santé servent de lieu de rassemblement pour les francophones. Tout compte fait, en plus d'améliorer l'accès aux services de santé en français dans ces communautés, la participation citoyenne exerce un réel impact sur le capital social, tel que l'avait souligné Thibeault, Lequin et Tremblay (2000 : 3) et Sénéchal et Piron (2004 : 17).

Bien que la participation citoyenne des Carrefours santé pose certains défis de taille, leur impact sur certaines communautés du Nord de l'Ontario n'est pas négligeable. D'autres communautés doivent encore apprendre à s'appropriier le modèle, ce qui est normal puisque la participation citoyenne efficace prend du temps.

## CONCLUSION

Ce mémoire de maîtrise porte sur la participation citoyenne des francophones du Nord de l'Ontario. Notre objectif principal de recherche était d'évaluer un modèle de participation citoyenne qui désire assurer l'engagement des communautés francophones du Nord de l'Ontario dans le domaine de la santé. Cet objectif a été atteint par l'évaluation du modèle des Carrefours santé, que nous avons scruté en profondeur et de diverses façons, à travers une étude de cas. Cette recherche consistait à saisir comment les Carrefours santé favorisent la participation citoyenne chez les francophones, dans le domaine de la santé, dans le Nord de l'Ontario. Nous avons dressé un portrait des Carrefours santé afin de les définir. Ensuite, nous avons cherché à savoir si leur mise en œuvre respectait certains critères et, finalement, il a été possible de déterminer s'ils ont généré une participation citoyenne. Au final, nous cherchions à répondre à la question : *Comment les Carrefours santé favorisent-ils la participation citoyenne dans le domaine de la santé dans le Nord de l'Ontario?*

Plusieurs outils ont été utilisés dans le cadre de notre collecte de données. Nous avons d'abord mené des entretiens semi-dirigés avec ceux qui ont créé le modèle des Carrefours santé et avec ceux qui l'ont mis en œuvre, à savoir un élaborateur du modèle, les agents et la direction générale. Ces entretiens nous ont permis de constater que les agents avaient tous une façon plus ou moins différente de voir les choses par rapport aux Carrefours santé. Elles ont également fourni un éclairage sur les Carrefours santé comme tels et sur la façon dont ils ont été mis en œuvre. Par la suite, un sondage a été effectué auprès de tous les participants aux Carrefours santé. Les résultats nous ont permis de constater s'il y avait une dissonance entre la perception du RMEFNO et celle des Carrefours santé. En général, les personnes interrogées semblent satisfaites du modèle et du travail fait par le RMEFNO. Par ailleurs, certains éléments pourraient être améliorés, par exemple la communication entre les deux partis et l'éducation des membres. Nous avons aussi réalisé deux groupes de discussion. Le premier a été effectué avec des participants au Carrefour santé de Thunder Bay, situé dans une région minoritaire du Nord-Ouest et qui existait plusieurs années avant l'arrivée du RMEFNO tandis que le deuxième interrogeait des participants à celui de Timmins, situé dans une région très francophone du Nord-Est et qui a été créé à l'arrivée du RMEFNO. Ces groupes de discussion nous ont permis de constater que dans le cas du Carrefour santé qui existe depuis plus longtemps, les bases de la participation sont très solides

alors qu'elles le sont moins dans l'autre. Finalement, nous avons mis la main sur la plupart des procès-verbaux pour en retenir provenant de seulement trois Carrefours santé : Timmins, Thunder Bay et Chapleau-Foley-Sultan. Ces analyses ont servi à connaître les résultats générés par les Carrefours santé.

### **Constats de recherche**

Si l'on revient aux hypothèses de départ, il est possible de poser certains constats. Premièrement, nous avons émis l'hypothèse que les défis liés à la participation citoyenne feront en sorte qu'il y aura certaines dissonances entre le modèle proposé des Carrefours santé et ce qu'ils sont en réalité sur le terrain. Cet énoncé est en partie vérifié. En fait, il est difficile de savoir si le modèle sur le terrain diffère du modèle initial, ce dernier ayant été conçu pour être évolutif, organique et adaptable en fonction des différentes réalités qui correspondent aux communautés visées. Il est donc normal que le modèle se transforme en fonction des réalités en constante évolution. Reste que les Carrefours santé n'ont définitivement pas tous atteint les objectifs de participation citoyenne souhaités.

Notre deuxième hypothèse porte sur le fait que les Carrefours santé semblent favoriser la participation citoyenne des communautés, mais qu'il sera difficile de voir l'impact puisque le développement des compétences des citoyens porte sur le long terme et qu'ils ne sont pas habitués à être sollicités dans un modèle aussi vague. Cette hypothèse est en partie vraie. Nous avons constaté que le modèle des Carrefours santé réunissait les conditions pour générer la participation citoyenne et nous avons été surpris de voir qu'à un endroit comme Chapleau, il a rapidement donné des résultats et a généré des retombées positives pour la communauté. Cependant, pour plusieurs autres Carrefours santé, il semblerait que la participation citoyenne n'ait pas évolué aussi rapidement, ce qui vient confirmer notre hypothèse. De plus, nous avons remarqué, étant donné la confusion qui régnait par rapport au mandat des Carrefours santé, que les citoyens ne sont pas habitués à être engagés dans un processus ouvert, où on leur donne la chance de créer ce qu'ils veulent. Dans la plupart des communautés, des initiatives de participation citoyenne sont en branle, entre autres des clubs sociaux et des centres culturels, mais elles ont été lancées par les citoyens eux-mêmes. Ce n'est pas la norme qu'un organisme s'infilte dans une communauté en disant aux citoyens : « On va partir un regroupement et vous allez en



faire ce que vous voulez ». On peut espérer que les Carrefours santé découlent de la volonté des communautés, mais à leurs yeux, ils découlent des volontés du RMEFNO. Il est donc très difficile de faire la transition.

Notre troisième hypothèse a trait à l'impact de la diversité du territoire du RMEFNO. Nous croyons qu'il y aura de grandes différences entre les niveaux de participation aux Carrefours santé et que l'engagement sera plus élevé dans les communautés où il y a déjà un regroupement qui joue le rôle de Carrefour santé. Cette hypothèse semble être fondée. Nous avons rapidement réalisé que le niveau de participation citoyenne était plus élevé à Thunder Bay. De plus, la base de la participation paraît beaucoup plus solide qu'à Chapleau, même si les deux Carrefours santé se retrouvent presque au même endroit sur l'échelle de participation, soit au niveau « collaborer ». Cette circonstance peut s'expliquer par le fait que les Carrefours santé qui existaient avant n'ont pas eu besoin de s'approprier le modèle. L'initiative de fonder un regroupement qui veut améliorer l'accès aux services de santé en français venait vraiment de la base. La communauté elle-même en a établi le constat et n'a pas eu besoin d'un organisme « externe » comme le RMEFNO pour le faire. Le fait de s'organiser soi-même, selon ses propres besoins, permet de créer des bases d'engagement beaucoup plus solides. Les entretiens ont d'ailleurs révélé que l'insertion dans un regroupement existant était un facteur dans le succès des Carrefours santé.

Toujours en lien avec la troisième hypothèse, nous avons fait un autre constat. Nous avons insisté sur la notion de variété des communautés francophones du Nord de l'Ontario. Or, ce mémoire de maîtrise nous a permis de comprendre que les Carrefours santé jouaient différents rôles dans ces diverses communautés. Dans les communautés très engagées, où l'on retrouve beaucoup d'organismes francophones qui font du travail sur le terrain, les Carrefours santé semblent prendre davantage un rôle de rassembleur et d'appui. Lorsqu'on analyse ces Carrefours santé, par exemple celui de Timmins, avec l'échelle de participation citoyenne des RLISS, nous avons l'impression que le Carrefour santé n'est pas aussi engagé qu'ailleurs. A-t-il vraiment besoin de l'être? Pour la communauté de Chapleau, il ne semble pas y avoir d'organisme francophone qui promeut les services de santé en français et qui fait du travail pour y avoir accès. Il est donc naturel que le Carrefour santé prenne une plus grande responsabilité et s'engage dans diverses actions. Si l'on revient avec le cas de Thunder Bay, on se rend compte que le Carrefour santé est

utilisé afin de rassembler les leaders francophones, non-fournisseurs de services de santé, qui ont un rôle à jouer dans le domaine de la santé. Ainsi, les actions du Carrefour santé de Thunder Bay sont beaucoup plus stratégiques. Il est donc faux de penser que les Carrefours santé peuvent devenir le moteur de participation citoyenne de toutes les communautés francophones du Nord de l'Ontario. Plusieurs autres organismes implantés depuis plus longtemps dans les communautés jouent déjà ce rôle. Cela dit, les Carrefours santé peuvent devenir un point de rencontre majeur et jouer le rôle du « comité-conseil ».

Notre quatrième hypothèse porte sur la facilité de mise en œuvre des Carrefours santé. Nous avons posé l'hypothèse que cette mise en œuvre sera plus facile dans les communautés où les francophones sont majoritaires, et plus difficile dans les communautés où ils sont minoritaires. Cette hypothèse n'est ni complètement vérifiée, ni complètement invalidée. Autrement dit, dans les communautés isolées et très minoritaires, les Carrefours santé ont vraiment eu l'impact rassembleur et moteur de participation citoyenne espéré par le document créateur. Pour certaines communautés, surtout dans le Nord-Ouest, il s'agit d'un des seuls regroupements de francophones. Les citoyens sont donc heureux d'en faire partie. Dans ces communautés, beaucoup de travail est à faire puisque les citoyens ne sont pas habitués à être engagés dans leur communauté. Cependant, ils ont l'avantage que le Carrefour santé est leur priorité. Pour les communautés où la proportion de francophones est élevée, on peut se buter au problème connu : l'engagement déjà manifeste fait en sorte que le Carrefour santé a de la difficulté à se tailler une place et à trouver de nouvelles personnes qui désirent s'engager.

Finalement, notre dernière hypothèse est en lien avec l'influence des citoyens dans les décisions. Étant donné le rôle du RMEFNO en tant que conseiller aux instances, c'est-à-dire aux RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest, nous avons posé l'hypothèse que l'influence des citoyens sera faible. Cependant, puisque notre recherche n'avait pas pour but de mesurer le niveau d'influence des citoyens sur les instances, il est difficile d'établir un constat. Nous ne pouvons que continuer de supposer qu'il en est ainsi. Par contre, notre recherche a permis de constater d'autres façons pour les Carrefours santé d'influer sur l'état de santé et sur les décisions qui les touchent autrement qu'en faisant part de leurs besoins et de leurs solutions au RMEFNO. Nous avons distingué trois autres actions possibles. La première, inspirée par le Carrefour santé de Timmins, est d'inviter dans un dialogue avec le Carrefour santé, les dirigeants des agences de santé afin de

communiquer leurs inquiétudes et suggestions, en espérant ainsi influencer leurs façons de faire les choses et les sensibiliser aux besoins des francophones. La deuxième, inspirée par le Carrefour santé de Chapleau-Foleyet-Sultan, est de créer soi-même l'accès à de nouveaux services. Dans leur cas, il s'agissait d'augmenter l'accès à la prévention et promotion de la santé en français en montant des ateliers pour les francophones. Finalement la troisième, inspirée par le Carrefour santé de Thunder Bay, est de s'organiser pour que les participants des Carrefours santé fassent partie de conseils d'administration et de comités qui prennent des décisions pour améliorer les services de santé en français. Ces trois solutions se placent à différents endroits sur le continuum de participation des RLSS, mais peuvent toutes avoir un impact positif sur les communautés.

### **Pistes d'action**

Tout au long de ce mémoire, nous avons identifié quelques pistes d'actions afin d'améliorer l'efficacité des Carrefours santé. Nous croyons qu'il est important d'en faire un résumé dans la conclusion. Tout d'abord, il est important pour chacun des Carrefours santé de porter une réflexion sur la place qu'il doit se tailler dans sa communauté. Pour le RMEFNO, il est important d'assurer une communication constante entre lui et les communautés afin que les deux partis soient à l'affut et que l'engagement soit maintenu. Le RMEFNO devrait également mettre sur pieds des opportunités, par exemple un forum, une plate-forme web ou une boîte à outils, afin que les Carrefours santé puissent avoir un dialogue et s'entraider dans leurs actions et leurs réflexions. Cela pourrait même ouvrir la porte à des collaborations régionales afin de faire avancer certains dossiers communs. Afin de maintenir l'engagement, il est important de miser sur les succès des Carrefours santé, aussi petits qu'ils soient, et se fixer des objectifs atteignables. Les Carrefours santé et le RMEFNO ne devraient pas prendre pour acquis que l'engagement peut facilement être maintenu. Ce dernier repose sur des individus qui peuvent changer d'emploi, tomber malade ou simplement se tourner vers des priorités différentes. Il est donc important de continuer à recruter et de continuer à retenir les leaders engagés. La clé du succès réside dans l'identification de besoins communs, dans la créativité et dans l'engagement des leaders afin de mettre en œuvre des solutions pour améliorer l'accès aux services de santé en français.

## **Défis de l'analyse**

Lors de l'analyse de nos données, nous avons dû faire face à certains défis, le premier étant que notre continuum de participation citoyenne ne semblait pas adapté à un contexte francophone en milieu minoritaire. Ainsi, elle ne prenait pas en compte plusieurs facteurs comme l'engagement des citoyens à l'extérieur du Carrefour santé et les organismes communautaires qui font du travail. Notre analyse devait alors se restreindre à la participation citoyenne du Carrefour santé en tant que tel. C'est pourquoi, nous avons constaté que la présence d'autres organismes pouvait être un défi à la participation au sein des Carrefours santé.

De plus, nous aurions voulu analyser en profondeur chacun des Carrefours santé. Nous avons choisi ceux de Thunder Bay, Chapleau-Foley-Sultan et Timmins parce que les procès-verbaux contenaient beaucoup d'information et qu'ils étaient bien écrits. Cependant, nous comprenons après coup que s'ils renfermaient autant d'information, c'est parce que ces Carrefours santé étaient très actifs. Nous sommes donc conscients que les Carrefours santé ne vont pas tous aussi bien que ces trois analysés dans le cadre de cette recherche. De plus, certains effets positifs des Carrefours santé ne peuvent être détectés par l'analyse de procès-verbaux, par exemple, l'émergence de partenariats entre des organismes participants aux rencontres. Le côté positif est que ces Carrefours santé nous ont permis de relever de bons exemples de ce qui peut être réalisé par les Carrefours santé.

## **La place des Carrefours santé dans le développement de la communauté francophone du Nord de l'Ontario**

Nous souhaitons clore ce mémoire de maîtrise sur une réflexion à propos de la place des Carrefours santé au développement de la communauté francophone du Nord de l'Ontario. Il semblerait qu'ils aient leur place, mais que celle-ci soit différente d'une communauté à l'autre. C'est à elles, avec l'aide de l'agent, qu'en revient la tâche de tailler la place et le rôle du Carrefour santé. Dans certains cas, si beaucoup de travail est fait par d'autres organismes, il se peut que le Carrefour santé devienne un endroit pour échanger de l'information entre les organismes et faire du réseautage. D'un autre côté, dans les communautés où les organismes francophones sont peu nombreux, le rôle du Carrefour santé s'opère davantage comme moteur central de l'engagement de la communauté francophone.

Nous avons également vu trois manières pour les Carrefours santé d'influer sur l'accès aux services de santé en français : la sensibilisation aux organismes, la mise en œuvre d'actions et le positionnement stratégique. Du coup, ce sont trois façons pour le Carrefour santé de se tailler une place dans sa communauté. Il se peut également qu'une communauté ne soit pas prête à aller de l'avant avec un Carrefour santé. Cependant, il ne faut pas oublier que les besoins des communautés changent et que dans quelques années, elles décideront d'emboîter le pas, comme cela est arrivé à Elliot Lake.

Somme toute, le concept des Carrefours santé est très intéressant et semble être un modèle assez unique en Ontario français puisqu'aucune autre entité de planification n'a élaboré quelque chose de semblable. Ce concept, bien que vague et porteur de confusion, est un modèle très valable puisqu'il permet d'aller chercher un engagement solide, de générer des résultats concrets et de favoriser la prise en main des communautés. Sa flexibilité et sa capacité d'adaptation font en sorte qu'il pourrait facilement être adopté ailleurs en province par les autres entités de planification des services de santé en français.

## BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. « Prémisses et données probantes », dans Agence de la santé publique du Canada, dernière modification le 15 janvier 2013, [en ligne] <http://origin.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php#income>, page consultée le 8 décembre 2015.

André, P. avec la collaboration de P. Martin et G. Lanmafankpotin (2012). « Participation citoyenne », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, [en ligne], [www.dictionnaire.enap.ca](http://www.dictionnaire.enap.ca)

Arnstein, Sherry R. (1969). « A ladder of Citizen Participation », originalement publié dans JAIP, Vol. 35, No 4, July 1969, pp. 216-224. [en ligne] <http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html>, page consultée le 11 février 2013.

Aucoin, Léonard (2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé : Analyse critique de la littérature*, présentée à la Société Santé en français.

Bantuelle, Martine ; Jacques Morel et Denis Dargent (2000). « La participation communautaire en matière de santé », collection *Santé communautaire et promotion de la santé*, Bruxelles, 50 p.

Bichmann, Wolfgang; Frits Muller et Susan B. Rifkin (1988). « Primary Health Care : On Measuring Participation », dans *Social Science and Medecine*, Vol. 26, No.9, pp. 931-940.

Bilodeau, Angèle; Denis Allard, Danièle Francoeur et Patrick Chabot (2007). « L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec », dans *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, 2004, p. 50-65.

Blais, André et Claire Durand (2009). « Le sondage », dans Gauthier, Benoit (2010). *Recherches sociales De la problématique à la collecte de données*, Presse de l'Université du Québec, Québec, p. 459-502.

Boelen, Charles (2001). *Vers l'unité pour la santé : Défis et opportunité des partenariats pour le développement de la santé*, Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève.

Boelen, Charles (2003), « La stratégie de l'OMS « Vers l'Unité Pour la Santé » et la responsabilité sociale des facultés de médecine », *Santé Publique*, 2003/HS Vol. 15, p. 137-145.

Bouchard, Louise et al. (2009). *Profil santé des communautés minoritaires au Canada*, Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en contexte minoritaire au Canada (RISF), Ottawa.

Bouchard, Pier et Sylvain Vézina (2007). « Engagement des citoyens et gestion des services de santé communautaire », dans Vézina, Sylvain (dir.) et coll. (2007). *Gouvernance, santé et minorités francophones*, Les éditions de la francophonie, Lévis, p. 223-251.

Bourque, Denis (2008). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Collection Initiatives, Presses de l'Université du Québec, Québec, 152 pages

Bowen, Sarah (2001). *Language Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé Canada.

CCCFSM (Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire) (2007). *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français : rapport au ministre fédéral de la santé*.

Côté, Serge (2014). « L'approche monographique : Une voie pour pratiquer la transversalité? », dans Robitaille, Martin et Marc-Urbain Proulx (2014). *Sciences du territoire Tome 2 Défis Méthodologiques*, Presses de l'Université du Québec, Québec, p. 141-156.

CRRIDEC (Centre régional de recherche et d'intervention en développement économique et communautaire) (2012) *Engagement des communautés francophones : les carrefours santé comme moteurs de participation*, préparé pour le Réseau du mieux-être francophone du nord de l'Ontario (RMEFNO) dans Centre régional de recherche et d'intervention en

développement économique et communautaire (CRRIDEC), Université de Hearst.

<http://www.uhearst.ca/crridec/Publications/Rapports/page15/index.html>

CSF (Commissariat aux services en français) (2009). *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*, Toronto.

FCFA (Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada) (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, pour le compte du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM).

Forgues, Éric; Rodrigue Landry et Jonathan Boudreau (2009). *Qui sont les francophones? Analyse de définitions selon les variables du recensement*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (IRCML), Moncton.

Fournier, Pierre et Louise Potvin (1995). « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », dans *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59.

Gauvin, François-Pierre et Marie-Christine Ross (2012). *La participation citoyenne dans l'évaluation de l'impact sur la santé : survol des enjeux*, rapport du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques (CCNPPS) et de l'Institut national de la santé publique du Québec, mai 2012, 13 p.

Geoffrion, Paul (2009). « Le groupe de discussion », dans Gauthier, Benoit (2010). *Recherches sociales De la problématique à la collecte de données*, Presse de l'Université du Québec, Québec, p. 305-428.

Gouvernement de l'Ontario (1990). *Loi sur les services en français*, L.R.O. ch. F.32, dans Lois en ligne, Service Ontario, dernière modification 2015 [en ligne] [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_90f32\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90f32_f.htm).

Gouvernement de l'Ontario (2006). *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, L.O., ch. 4, dernière modification 2011, dans Lois en ligne, Service Ontario [en ligne] [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_06l04\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06l04_f.htm).



- Gouvernement de l'Ontario (2009). « Règlement de l'Ontario 515/09, Engagement de la collectivité francophone en application de l'article 16 de la loi », *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* dans Lois en ligne, Service Ontario [en ligne] [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/french/elaws\\_regs\\_090515\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/french/elaws_regs_090515_f.htm).
- Gouvernement du Canada (1982). *Charte canadienne des droits et libertés* partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11.
- Gouvernement du Canada (1985). *Loi sur les langues officielles*, L.R.C., ch. 31 (4e suppl.), dernière modification 2015, dans Site Web de la législation [en ligne] <http://lois-laws.justice.gc.ca/PDF/O-3.01.pdf>.
- Irvine, Joyce et Hélène Roussel (2011). *Collaborer avec les Francophones en Ontario : de la compréhension du contexte à l'application des pratiques prometteuses*, Consortium pour la promotion des communautés en santé pour le comité des services en français en promotion de la santé, Ontario.
- OAF (Office des affaires francophones) (2015). « Définition plus inclusive des francophones de l'Ontario » dans la section *Les communautés francophones de l'Ontario*. [En ligne] <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-definition.html>, page consultée le 8 décembre 2015.
- OAF (2015). *Loi sur les services en français en bref*. [En ligne] <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi.html>, page consultée le 8 décembre 2015.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (1946). « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé », tel qu'adopté par la *Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- OMS (1978). *Déclaration d'Alma Ata - Conférence internationale sur les soins de santé primaires*. Alma Ata: URSS. [En ligne] [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).

- OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa : Canada. [En ligne]  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- OMS (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève.
- OMS (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, préparé par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Genève.
- OMS (2013). *Déterminants sociaux de la santé*. [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/), consultée le 9 avril 2013.
- Picard, Louise et Gratien Allaire (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Groupe de recherche sur la santé et le mieux-être de la population franco-ontarienne (GReSMEFO) pour Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique et Institut franco-ontarien.
- Regroupement des Entités et Alliance des Réseaux (2015). *Énoncé de position commune sur l'offre active des services de santé en français*, Ontario.
- Réseaux de santé en français en Ontario (2006). *Préparer le terrain : Soins de santé primaires en français en Ontario, rapport provincial*, Ontario.
- Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario (2006). *Préparer le terrain : Soins de santé primaires en français en Ontario, rapport régional : Nord*, Kapuskasing.
- RLISS (Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario) (2011). *Lignes directrices et trousse du RLISS sur la participation communautaire*, Approuvées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, février 2011, 33 p.
- RMEFNO (Réseau du mieux-être francophone du nord de l'Ontario) et Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est et Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest (RLISS NE et NO) (2011), *Entente de financement et de responsabilisation*.

- RMEFNO (2012-2013). *Rapport de recommandation 2012-2013*. Sudbury.  
[http://www.reseaudumieuxetre.ca/wp-content/uploads/2014/09/Rapport\\_recommandations\\_RMEFNO - version Web-1.pdf](http://www.reseaudumieuxetre.ca/wp-content/uploads/2014/09/Rapport_recommandations_RMEFNO_-_version_Web-1.pdf)
- RMEFNO (2013-2014). *Rapport de recommandation 2013-2014*. Sudbury.  
<http://www.reseaudumieuxetre.ca/publications/recommandation-report-2013-2014/>
- RMEFNO (2014-2015). *Rapport de recommandation 2014-2015*. Sudbury.  
<http://www.reseaudumieuxetre.ca/publications/rapport-de-recommandations-2014-2015/>
- RMEFNO (2014). *Mandat des Carrefours santé*, Sudbury.  
<http://www.reseaudumieuxetre.ca/comment-sengager/carrefours-sante/mandat/>
- RMEFNO (2015). Site Web. [www.remfno.ca](http://www.remfno.ca).
- Roy, Simon N. (2009). « L'étude de cas », dans Gauthier, Benoit (2010). *Recherches sociales De la problématique à la collecte de données*, Presse de l'Université du Québec, Québec, p. 213-240.
- Santé Canada (2000). *Santé Canada – Politiques et boîtes à outils concernant la participation du public à la prise de décisions*, préparé par le Secrétariat de la consultation ministérielle et la Direction générale des communications et de la consultation, Ottawa, 170 p.
- Savoie, Gérald et al. (2005). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*, Groupe de travail sur les services de santé en français.
- Savoie-Zajc, Lorraine (2009). « L'entrevue semi-dirigée », dans Gauthier, Benoit (2010). *Recherches sociales De la problématique à la collecte de données*, Presse de l'Université du Québec, Québec, p. 351-374.
- Sénéchal, Marie-Rose et Florence Piron (2004). *Participation et consultation des citoyennes et des citoyens en matière de santé et de bien-être*, rapport du Conseil de la santé et du bien-être du Gouvernement du Québec, Québec, 62 p.

Smith, Bruce L. (2003). *Politiques publiques et participation publique : Engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, septembre 2003, 104 p.

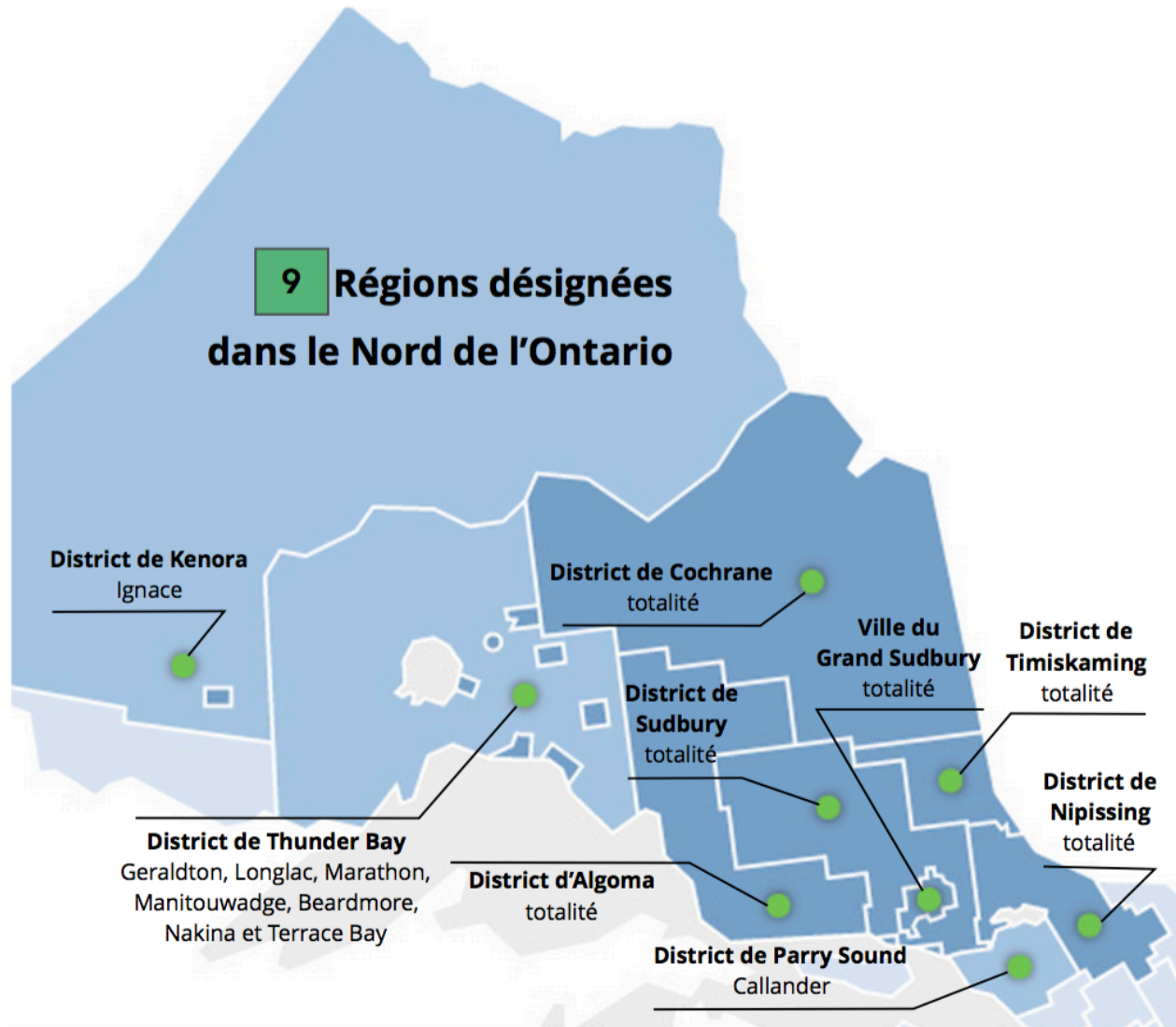
Statistiques Canada (2011). Recensement de la population.

Talpin, Julien (2008). « Pour une approche processuelle de l'engagement participatif : les mécanismes de construction de la compétence civique au sein d'institutions de démocratie participative », dans *Politiques et sociétés*, vol. 27, n°3, p. 133-164.

Thibault, André; Marie Lequin et Mireille Tremblay (2000). *Cadre de référence de la participation publique (Démocratique, utile et crédible)*, proposé pour avis aux citoyens actifs du Québec par le groupe de travail sur la qualité de la participation publique formé à la suite du Forum sur le développement social, Conseil de la santé et du bien-être, octobre 2000, 26 p.

Vachon, Bernard et Francine Coallier (1993). *Le développement local. Théorie et pratique. Réintroduire l'humain dans la logique de développement*. Éditions Gaëtan Morin, Boucherville.

# ANNEXE 1 – RÉGIONS DÉSIGNÉES SOUS LA LOI SUR LES SERVICES EN FRANÇAIS



- Régions désignées en totalité conformément à la LSF
- Régions partiellement désignées
- Régions non-désignées

Référence : Site Web de l'OAF (2015) (carte modifiée par le RMEFNO)

## ANNEXE 2 – GRILLES D’ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

### Grille d’entretiens - Agents

#### Historique et contexte

1. Quel est votre rôle au sein du Réseau du mieux-être du Nord de l’Ontario?
2. Quels Carrefours santé avez-vous à charge et quelle est la distance entre eux?
3. Comment s’est déroulée la création de vos Carrefours santé?
  - a. Étapes?
  - b. Territoire?
  - c. Suivi?
4. Qu’est-ce qui s’est bien déroulé dans la création de vos Carrefours santé?
  - a. Facteurs du modèle?
  - b. Facteurs externes au modèle?
5. Qu’est-ce qui ne s’est pas bien déroulé?
  - a. Facteurs du modèle?
  - b. Facteurs externes au modèle?

#### Engagement de la communauté

1. Quel rôle prenez-vous dans les Carrefours santé? Est-ce que celui-ci diffère d’un carrefour à l’autre et comment?
2. Avez-vous l’impression de réussir à engager les gens des communautés?
3. Croyez-vous que les communautés sont bien représentées par les gens qui participent aux carrefours?
4. Comment croyez-vous que les carrefours pourraient rejoindre plus de gens afin de mieux représenter les communautés?
5. Avez-vous réussi à identifier un acteur clé dans chacun des carrefours?

#### Identification des besoins

1. Quels types de discussion se produisent dans vos Carrefours santé?
2. Est-ce que les recommandations ont mené à des changements concrets?
3. Sentez-vous qu’il y a une influence de groupes d’intérêts ou d’experts qui influencent l’opinion des autres membres du carrefour dans l’identification des besoins?

#### Information et éducation

1. Comment réussissez-vous à éduquer et informer les participants aux Carrefours santé? Outils?
2. Est-ce que vous sentez que les participants des Carrefours santé comprennent bien les dynamiques et les enjeux de la santé des francophones en Ontario?
3. Est-ce que les participants sont réceptifs à s’éduquer et s’informer des enjeux et des dynamiques de la santé des francophones en Ontario?

### **Communication et dialogue**

1. Croyez-vous qu'il y a une bonne communication entre vous et vos communautés?
2. Quels moyens prenez-vous pour communiquer avec les communautés? Sont-ils efficaces?
3. Êtes-vous au courant de ce qui se passe dans les autres carrefours? Y a-t-il un bon partage d'information?
4. La communication entre les carrefours, les planificateurs et la direction générale est-elle efficace?

### **Conclusion**

1. Que pensez-vous du modèle des Carrefours santé?
2. Quels ont été les plus grands défis?
3. En somme, qu'est-ce qui pourrait être amélioré selon vous?

## **Grille d'entretien – Direction générale**

### **Historique et contexte**

1. Quel est votre rôle au sein du Réseau du mieux-être du Nord de l'Ontario?
2. Comment s'est déroulée la création de vos Carrefours santé?
  - a. Étapes?
  - b. Territoire?
  - c. Suivi?
3. Qu'est-ce qui s'est bien déroulé dans la création de vos Carrefours santé?
  - a. Facteurs liés au modèle lui-même
  - b. Facteurs externes au modèle?
4. Qu'est-ce qui ne s'est pas bien déroulé?
  - a. Facteurs liés au modèle lui-même?
  - b. Facteurs externes au modèle?

### **Engagement de la communauté**

1. Avez-vous l'impression de réussir à engager les gens des communautés?
2. Croyez-vous que les communautés sont bien représentées par les gens qui participent aux carrefours?
3. Comment croyez-vous que les carrefours pourraient rejoindre plus de gens afin de mieux représenter les communautés?

### **Identification des besoins**

1. Est-ce que les Carrefours santé ont mené à des changements concrets? Exemples?
2. Quels types de discussions ont lieu dans les Carrefours? Niveau de recommandation?

### **Information et éducation**

1. Comment réussissez-vous à éduquer et informer les participants aux Carrefours santé? Quels outils?

2. Est-ce que vous sentez que les participants des Carrefours santé comprennent bien les dynamiques et les enjeux de la santé des francophones en Ontario?
3. Est-ce que les participants sont réceptifs à s'éduquer et s'informer des enjeux et des dynamiques de la santé des francophones en Ontario?

#### **Communication et dialogue**

1. Croyez-vous qu'il y a une bonne communication entre le réseau et vos communautés?
2. Quels moyens prenez-vous pour communiquer avec les communautés? Sont-ils efficaces?
3. La communication entre les carrefours, les planificateurs et vous est-elle efficace?

#### **Conclusion**

1. Quels ont été les plus grands défis?
2. En somme, qu'est-ce qui pourrait être amélioré selon vous?



## ANNEXE 3 - SONDAGE

1. Quelles ont été vos **PRINCIPALES** motivations pour participer au Carrefour santé de votre communauté? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Engagement dans le bien-être de la population      | <input type="checkbox"/> Rencontrer/voir des gens        |
| <input type="checkbox"/> Engagement dans la communauté francophone          | <input type="checkbox"/> Devoir de citoyen               |
| <input type="checkbox"/> Apporter mon expertise dans un domaine particulier | <input type="checkbox"/> Liens avec mon travail rémunéré |
| <input type="checkbox"/> Frustrations envers le système de santé            | <input type="checkbox"/> Autre : _____                   |

2. Croyez-vous que votre Carrefour santé se rencontre assez régulièrement?

- Pas assez                       Juste assez                       Trop

3. À quelle fréquence croyez-vous qu'il serait nécessaire de tenir ces rencontres?

- Toutes les semaines               Tous les mois               Tous deux mois  
 Deux fois par année               Une fois par année               Autre, précisez : \_\_\_\_\_

4. Le nombre de participants aux Carrefours santé est suffisant. Pourquoi?

- Pas assez                       Juste assez                       Trop

---

5. Pour les énoncés suivants, indiquez si vous êtes (1) Tout à fait en désaccord (2) En désaccord (3) En accord ou (4) Tout à fait en accord avec les énoncés suivants.

a. En participant au Carrefour santé, je me sens comme si je contribue à un changement dans ma communauté.

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord

b. Ma communauté est bien représentée par les participants au Carrefour santé.

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord

c. Lors des rencontres, j'ai le sentiment de ne pas posséder les connaissances et les compétences adéquates pour contribuer au Carrefour santé de ma communauté.

1	2	3	4
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord

6. Selon vous, votre Carrefour santé existe principalement pour aider (une seule réponse) :

- Le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario à mieux faire son travail  
 La communauté à améliorer sa santé  
 Le RLISS (Réseau local d'intégration des services de santé) à offrir des services dans votre région

7. Si vous aviez à évaluer votre compréhension du rôle de votre Carrefour santé dans votre communauté diriez-vous (une seule réponse) :

- A. Je comprends parfaitement le rôle de mon Carrefour.  
B. Je comprends assez le rôle de mon Carrefour.  
C. Je comprends un peu le rôle de mon Carrefour.  
D. Je ne comprends pas du tout le rôle de mon Carrefour santé.

8. Si vous avez répondu A ou B à la question précédente, veuillez décrire votre perception du rôle de votre Carrefour santé :

---

---

---

9. Qu'est-ce qui, selon vous, nuit au travail de votre Carrefour santé et comment pourrait-on l'améliorer?

---

---

---

10. Comme vous le savez, le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (Réseau) est l'initiateur des Carrefours santé. Les questions suivantes permettront d'évaluer votre perception de leur travail avec votre Carrefour. Pour les énoncés suivants, indiquez si vous êtes (1) en désaccord (2) quelque peu en désaccord (3) quelque peu en accord ou (4) en accord avec les énoncés suivants.

a. Le Réseau fait un bon travail pour éduquer et informer les participants aux Carrefours santé par rapport aux défis liés à la santé des francophones de l'Ontario

1	2	3	4	8
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord	Je ne sais pas

b. Le Réseau fait un bon travail pour éduquer et informer mon Carrefour santé par rapport aux défis liés à la santé des gens de ma communauté.

1	2	3	4	8
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord	Je ne sais pas

c. Le Réseau appuie ma communauté dans la mise en œuvre de solutions pour améliorer la santé des francophones.

1	2	3	4	8
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord	Je ne sais pas

d. La communication avec la personne-ressource du Réseau est facile et efficace.

1	2	3	4	8
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord	Je ne sais pas

e. Le Réseau tient compte des discussions tenues par mon Carrefour santé.

1	2	3	4	8
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord	Je ne sais pas

f. En général, je suis satisfait-e du travail accompli par le Réseau avec le Carrefour santé de ma communauté.

1	2	3	4	8
Tout à fait en désaccord	En désaccord	En accord	Tout à fait en accord	Je ne sais pas

**11. Comment le Réseau pourrait-il mieux appuyer votre Carrefour santé?**

---

---

---

---

---

**12. En moyenne, combien d'heures par mois consacrez-vous pour travailler sur un projet du Carrefour santé de votre région?**

- 1 à 5 heures     6 à 10 heures     11 à 15 heures     15 à 20 heures     Plus de 20 heures

**13. En moyenne, combien d'heures par mois de bénévolat effectuez-vous dans votre communauté ou ailleurs (ces heures doivent inclure celles effectuées au Carrefour santé).**

- 1 à 5 heures     6 à 10 heures     11 à 15 heures     15 à 20 heures     Plus de 20 heures

**14. Quel Carrefour santé représentez-vous?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blind River              | <input type="checkbox"/> Hornepayne              | <input type="checkbox"/> North Bay         |
| <input type="checkbox"/> Chapleau- Foleyet-Sultan | <input type="checkbox"/> Ignace                  | <input type="checkbox"/> Sault Ste. Marie  |
| <input type="checkbox"/> Cochrane                 | <input type="checkbox"/> Iroquois Falls          | <input type="checkbox"/> Smooth Rock Falls |
| <input type="checkbox"/> Dubreuilville            | <input type="checkbox"/> Kapuskasing             | <input type="checkbox"/> Sudbury           |
| <input type="checkbox"/> Dryden                   | <input type="checkbox"/> Kirkland Lake et région | <input type="checkbox"/> Timmins           |
| <input type="checkbox"/> Greenstone               | <input type="checkbox"/> New Liskeard et région  | <input type="checkbox"/> Thunder Bay       |
| <input type="checkbox"/> Hearst                   | <input type="checkbox"/> Noëville                | <input type="checkbox"/> Verner            |

**15. De manière générale, quelle est votre principale occupation?**

- Je suis étudiant-e     Je travaille à temps plein     Je travaille à temps partiel  
 Retraité-e     Autre : \_\_\_\_\_

**16. Je siège au Carrefour santé comme (une seule réponse) :**

- Membre représentant d'une organisation de santé     Membre de la communauté francophone  
 Membre représentant d'une organisation communautaire     Personne-ressource

**17. Quel est votre groupe d'âge?**

- 18 ans et moins     19 à 30 ans     31 à 45 ans     46 à 64 ans     65 ans et plus

**18. Je suis :**  Une femme     Un homme

## **ANNEXE 4 – PLAN DE DISCUSSION POUR LES GROUPES DE DISCUSSION**

### **Plan de discussion – Focus Group**

#### **1. Comment s'est déroulée la création de votre Carrefour santé?**

- a. Recrutement de membres?
- b. Délimitation du territoire?
- c. Adoption du mandat?

#### **2. Selon vous, à quoi servent les Carrefours santé?**

- a. RLISS?
- b. Entité?
- c. Communauté francophone?

#### **3. Quels sont les résultats obtenus par votre Carrefour santé? (Décrire résultats.)**

- a. Engagement de la communauté/prise en main?
- b. Influence du carrefour?

#### **4. Comment pourrait-on améliorer les Carrefours santé?**

- a. Irritants?
- b. Obstacles?
- c. Pertinence?

## ANNEXE 5 – GRILLE D’ANALYSE DES DONNÉES

Indicateur	Entretien	Qui	Sondage	#	Focus Group	CS	Procès- verbaux	CS
<b>Dimension : Adaptation aux besoins des communautés</b>								
Délimitation du territoire								
Insertion dans des groupes existants								
Satisfaction des participants								
<b>Dimension : Communication</b>								
Mandat clair								
Entre RMEFNO et CS								
Outils de communication								
Entre les CS								
<b>Dimension : Composition du Carrefour santé</b>								
Rôle des FSS								
Rôle des organismes communautaires								
Rôle des citoyens								
Rôle de l’agent								
Représentation des francophones								
<b>Dimension : Résultats</b>								
Informer								
Consulter								
Faire participer								
Collaborer								
Habiller								
<b>Dimension : Défis</b>								
À déterminer								
À déterminer								
À déterminer								
<b>Autre information pertinente</b>								

## ANNEXE 6 – GRILLE D'ANALYSE PORTRAIT DES CARREFOURS SANTÉ

Carrefours santé	Pop. Tot.	Pop. franco Nb	%	Type		Année	Nb participants Total	Composition (%)		Temps	Niveau de partic.	RMEFNO Leader			Information additionnelle
				CS	Véhi.			FSS	Org. Com.			Citoy.	Oui	Un peu	
<b>Nord-Ouest</b>															
Thunder Bay															
Dryden															
Ignace															
Greenstone (Longlac)															
Greenstone (Geraldton)															
<b>Total</b>															
<b>Nord-Est</b>															
<b>Algoma</b>															
Hornepayne															
Dubreuilville															
Elliot Lake															
Saulte Ste. Marie															
<b>Total</b>															
<b>Sudbury/Nipissing</b>															
Grand Sudbury															
North Bay															
<b>Total</b>															
<b>Cochrane Sud/Temiskaming</b>															
Chapleau															
Timmins															
Kirkland Lake															
Temiskaming Sud															
<b>Total</b>															
<b>Cochrane Nord</b>															
Hearst															
Kapuskasing															
Smooth Rock Falls															
Cochrane															
<b>Total</b>															
<b>Total Nord-Est</b>															
<b>Total RMEFNO</b>															

## ANNEXE 7 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7  
Téléphone (819) 595-3900  
www.uqo.ca

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT — Entretiens

#### **Évaluation des Carrefours santé comme modèle de participation citoyenne en santé en français dans le Nord de l'Ontario**

Nous sollicitons par la présente votre participation *volontaire* à la recherche « Évaluation des Carrefours santé comme modèle de participation citoyenne en santé en français dans le Nord de l'Ontario ». Cette recherche sera menée par Elsa St-Onge, étudiante la *Maitrise en sciences sociales du développement territorial* à l'Université du Québec en Outaouais sous la supervision de son directeur de recherche Martin Robitaille, professeur au département des sciences sociales. Réalisée pour le *Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO)*, cette recherche a pour objectif d'améliorer leurs pratiques pour ainsi mieux atteindre leurs objectifs et remplir leur mandat d'entité de planification des services de santé en français. Cette recherche contribuera également à améliorer les connaissances de la réalité de la minorité francophone de l'Ontario et comprendre les difficultés rencontrées avec la participation citoyenne des francophones en milieu minoritaire.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à un entretien d'une heure trente minutes. L'entretien sera enregistré *audio*. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée. Les noms des répondants ne seront jamais mentionnés dans la présentation des résultats de recherche. Ceux-ci seront présentés dans un rapport de recommandation au RMEFNO et dans un mémoire de maîtrise. Ces documents seront rendus publics. Les données recueillies lors de cet entretien permettront également d'élaborer des questions pour un sondage qui sera mené auprès des participants aux Carrefours santé et pour des groupes de discussion avec certains de ces derniers.

Les données recueillies seront conservées sous clé *dans le bureau du chercheur* et les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs et leurs assistants de recherche. Elles seront détruites *cinq ans après l'étude* et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document, **sauf si vous consentez à une utilisation secondaire telle que décrite plus loin.**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Elsa St-Onge (705 367 4097; elsa\_stonge@hotmail.com). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, communiquez avec André Durivage (819 595 3900 poste 1781), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le même domaine pour lequel vous êtes aujourd'hui invités à participer. Bien entendu, nous vous recontacterons si nous sommes amenés à réutiliser vos données. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.



Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche. Si vous refusez, vos données seront détruites à la fin du présent projet. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 5 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

- J'accepte une utilisation secondaire des données que je vais fournir.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom du chercheur : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_