

Minoration et santé: les formations discursives des communautés et institutions francophones à Toronto

**Normand LABRIE, Adrienne CHAMBON, Monica HELLER,
Fasal KANOUTÉ, Amal MADIBBO & John MAURY¹**

Université de Toronto, Centre de recherches en éducation franco-ontarienne,
OISE/UT, 252, rue Bloor Ouest, Toronto (Ontario), Canada M5S 1V6

L'histoire nous dit qu'il est trop tard pour les symboles. Il aurait fallu y penser avant. Les symboles ont été sacrifiés sur l'autel du néo-libéralisme et de ses mirages de modernisme.

(Wajdi Mouawad, 2001)

This article focuses on discourse formations in the domain of health among Francophone communities and institutions in Toronto, which are embedded in a process of minorisation within the anglo-dominant society and, at the same time, characterized by processes of identity fragmentation linked to migration, to social and geographic mobility, as well as to identity politics. We are proposing a discourse analysis based on a case study which reveals tensions between two coexisting types of discourse: the modernizing discourse and the globalizing discourse. The modernizing discourse originates in the sixties. Based on the principle of equity, it justifies the existence of parallel and autonomous health institutions operating in French to desserve a Francophone community conceived as homogenous. The globalizing discourse, with its neo-liberal orientation, originates in the nineties. It challenges, on one hand, the symbolic function of such institutions and reduces them to their operational functions, and it attempts, on the other hand, to deal with a diversified population with complex linguistic repertoires as well as with multiple identities.

Introduction

Cet article traite des formations discursives en matière de santé des communautés et des institutions francophones à Toronto, à la fois imbriquées dans une dynamique de minoration au sein d'une société anglo-dominante et caractérisées par des processus de fragmentation identitaires liés entre autres à la migration et à la mobilité sociale et géographique. La santé joue un rôle important dans la construction de l'identité des minorités linguistiques, car c'est le champ où le corps social rejoint le corps individuel. En développant un système de santé opérant dans la langue minorisée, la communauté linguistique cherche à échapper collectivement au contrôle social exercé par la

1 Nous tenons à remercier Diane Farmer et Nathalie Bélanger pour leurs commentaires au sujet d'une version préliminaire de cet article.

société dominante, en même temps qu'elle devient en mesure d'exercer une forme de contrôle social sur ses propres membres.

Depuis les années soixante, les minorités francophones au Canada ont cherché à développer un univers institutionnel unilingue, principalement dans le domaine de l'éducation mais aussi dans d'autres domaines tel que la santé, s'inscrivant dans l'idéologie de l'autonomie nationale comme moyen de résistance à la minoration. Cet univers institutionnel unilingue est aujourd'hui devenu terrain de luttes identitaires où s'expriment des contradictions. Dans cet article, nous étudions justement la convergence des discours identitaires des minorités francophones à Toronto en relation avec la santé, à une époque de transformations importantes, tant dans les conditions matérielles d'existence des communautés francophones que dans la composition et le positionnement de la population. Conformément à l'approche modernisante, on a cherché donc à exercer le contrôle sur le corps par le biais de la langue. Cette idéologie se trouve remise en question en cette ère de mondialisation et de néo-libéralisme compte tenu de la fragmentation identitaire liée à des phénomènes comme l'immigration, la mobilité sociale et géographique, ou l'affirmation identitaire liée à l'orientation sexuelle. Nous procéderons à une analyse du discours au moyen d'une étude de cas en examinant comment un organisme de santé en particulier, la Franco-Clinique², compose avec les nouvelles réalités sociales en nous concentrant sur le passage de la prise de position politique aux pratiques opérationnelles. Nous tenterons d'expliquer l'historique des services de santé dans le cadre de la création d'institutions parallèles, faisant face aujourd'hui aussi bien à une crise étatique qu'à un processus de fragmentation identitaire.

Nous présenterons d'abord quelques éléments théoriques nous permettant de traiter des dynamiques sociales et linguistiques autour de la santé à partir d'une analyse du discours reliant les formations discursives aux phénomènes de changement social. L'objet de cet article nous amène à rompre avec les retranchements disciplinaires traditionnels de la sociolinguistique ou de l'étude des minorités linguistiques, pour nous appuyer sur une analyse du discours axée sur la matérialité du discours d'un point de vue critique et prenant en compte l'évolution des politiques sociales et des rapports de pouvoir. Nous ferons ensuite un survol de la méthodologie mise en place dans un projet de recherche récent à partir duquel nos analyses seront tirées. Puis nous exami-

2 Tous les noms ont été remplacés par des pseudonymes.

nerons quelques repères contextuels expliquant les conditions d'existence et de coexistence des communautés francophones à Toronto et de leurs institutions, plus précisément eu égard aux enjeux sociaux actuels autour des questions de santé. Notre analyse sera axée, par la suite, sur les stratégies de reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones, sur la transformation du rôle de l'État, sur les changements démographiques et sur la mobilité sociale et géographique de locuteurs possédant des répertoires linguistiques en évolution.

Fragments théoriques

En tant que discipline qui s'intéresse aux rapports entre langue et société, la sociolinguistique s'intéresse depuis longtemps, bien que de façon marginale, aux rapports entre les pratiques langagières et les pratiques sociales reliées à la santé. Des travaux de Labov & Fanshel (1977) ont scruté les interactions entre des thérapeutes et leurs clients afin de mieux comprendre les mécanismes de l'interaction verbale. Ces travaux ont été suivis par plusieurs autres chercheurs, notamment Singy (1997, 1999, *ici même*), qui a cherché dans les interactions entre médecins et patients séropositifs, les phénomènes d'incompréhension ou de malentendus découlant d'implicites, de références ou de points de repère différents. Ce n'est que récemment, toutefois, que des travaux ont adopté une approche plus sociologique examinant les rapports entre langue et santé compte tenu des rapports de pouvoir dans l'activité discursive entre des représentants de la profession médicale et des candidats à cette profession d'origines ethniques diverses (Sarangi & Roberts, 1999).

En sociologie, il existe en effet une tradition de recherche sur la communication dans le monde de la santé, qu'il s'agisse des travaux de Goffman (1961) sur la communication entre patients ou ceux de Friedson (1970, 1971) concernant les rapports entre professionnels de la santé et leurs patients. De même, les travaux interactionnels ont compris l'importance de la santé dans la construction du sujet individuel et collectif (Cicourel, 1987; Heller & Freeman, 1987; Erickson & Rittenberg, 1987) et le lien entre la catégorisation sociale, axée par exemple sur le genre ou sur l'ethnie, et le pouvoir institutionnel.

Pour notre part, notre approche théorique consiste à traiter des formations discursives (Foucault, 1969) autour de la santé à partir d'une analyse du discours axée sur la matérialité du discours prenant en compte l'évolution des politiques sociales et des rapports de pouvoir (Heller & Labrie, *en préparation*). Notre analyse est axée sur les stratégies de reproduction

sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones, sur la transformation du rôle de l'État, sur les changements démographiques et sur la mobilité sociale et géographique de locuteurs possédant des répertoires linguistiques en évolution.

Nous avons entrepris d'étudier comment des communautés francophones s'adaptent au changement social, dans le cadre du projet «Prise de parole» (Heller & Labrie, en préparation), en définissant ces communautés francophones sur le plan discursif, c'est-à-dire en nous penchant sur les discours en circulation ayant trait à ce que cela veut dire être francophone. Ainsi, nous avons identifié trois types majeurs de discours qui coexistent, à savoir le discours traditionaliste, misant sur une conception de la communauté homogène, bien qu'elle soit dispersée sur le plan territorial, repliée sur l'église et la paroisse; le discours modernisant, comptant sur l'État providence pour l'établissement d'institutions, organismes et associations francophones autonomes, où des fractures apparaissent sur le plan identitaire, notamment entre l'establishment masculin et l'avant-garde féministe, mais où l'affiliation à la communauté ethnolinguistique demeure le point de repère fondamental; et finalement le discours mondialisant, répondant aux nouvelles idéologies néolibérales, à la prédominance de l'économique sur le politique et aux identités multiples où l'allégeance à la communauté linguistique n'est plus aussi centrale. Dans le cas de cet article sur les pratiques des communautés et institutions francophones à Toronto quant à la minoration et à la santé, nous verrons que la coexistence de ces deux derniers types de discours met en lumière des contradictions dans la définition même des communautés francophones, qui se répercutent sur la conception de la raison d'être et du fonctionnement des institutions, organismes et associations francophones.

La constitution de minorités francophones au Canada s'inscrit dans un discours d'inspiration nationaliste, où l'amélioration des conditions de vie passe par la mobilisation collective afin d'acquérir le plus d'autonomie possible et ainsi de contrôler la production et la distribution de ressources matérielles et symboliques. Cette logique d'autonomie institutionnelle exercée par un groupe homogène sur le plan linguistique, a été mise à l'épreuve également dans le domaine de la santé. Cette logique est ébranlée cependant par la diversité, liée aussi bien aux pratiques bilingues des acteurs sociaux, qu'aux apports démographiques récents liés à l'immigration. Le cas de la santé en contexte franco-ontarien nous semble intéressant, car il nous permet de comprendre, d'une part, le rôle du corps dans la construction du sujet ethnolinguistique et, d'autre part, le lien entre les idéologies nationalistes, leurs manifestations

institutionnelles et leur capacité de composer avec la diversité, la santé comptant parmi de tels domaines institutionnels.

Nous préconisons donc une étude interdisciplinaire des réalités sociales au moyen d'une analyse du discours. Nous considérons que les réalités sociales sont construites au moyen du discours, et c'est pourquoi nous cherchons à recueillir la voix des divers acteurs sociaux, incluant aussi bien les voix contribuant au discours dominant occupant la scène publique, que celles marginalisées. Selon leur positionnement, les acteurs sociaux ont un accès variable à la production et à la distribution des ressources matérielles et symboliques. Leur positionnement explique en partie leurs pratiques sociales et leurs pratiques langagières ou discursives. Notre analyse du discours consiste alors à comprendre et à expliquer les discours en circulation afin d'en dégager les contraintes, les conditions, les tensions, les contradictions, les paradoxes. Nous cherchons à comprendre les discours individuels dans le cadre de formations discursives plus vastes, communes à des ensembles d'acteurs sociaux, dès lors que ces formations discursives nous semblent typiques de stratégies développées afin de composer avec des phénomènes de changement social. Ainsi, à partir des discours dominants et des discours marginalisés, nous procédons à une synthèse visant en quelque sorte à reconstituer la polyphonie discursive.

Méthodologie

Le projet de recherche «Immigration et transformations de la communauté franco-torontoise»³, qui a fourni des données servant à cet article, consiste en une étude qualitative de type ethnographique, basée sur des études de cas visant non pas à donner un portrait des communautés ou des organismes francophones de Toronto, mais bien à comprendre les contraintes dans lesquelles les membres de communautés ethnoculturelles et des organismes fonctionnent et interagissent, de façon à comprendre plus généralement les dynamiques de changement. Il s'agit en effet d'une communauté soumise à un processus de minoration au sein de la société anglo-dominante, et qui est caractérisée de l'intérieur par la diversité et des luttes internes quant à la pro-

3 Le projet «Immigration et transformations de la communauté franco-torontoise» a été financé par le Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement – Toronto (Monica Heller, Normand Labrie, Adrienne Chambon, Fasal Kanouté, Amal Madibbo, Mueni Malubungi et John Maury, 1999-2000).

duction et la distribution des ressources matérielles et symboliques par l'intermédiaire de ses institutions.

Les données sur lesquelles nous nous basons sont constituées d'observations ethnographiques ayant donné lieu à la rédaction de rapports ou à des enregistrements sonores d'événements sociaux, d'entrevues semi-dirigées, et de documentation, tant de circulation interne, que de diffusion publique. D'abord, nous avons réalisé des entrevues avec des personnes d'origine haïtienne ou mauricienne, c'est-à-dire deux groupes dont les trajectoires migratoires et les répertoires linguistiques sont différents, le premier groupe francophone et créolophone étant arrivé à Toronto dès les années soixante-dix via le Québec, le second groupe bilingue français/anglais et créolophone étant venu directement dans les années quatre-vingt. En tout, nous avons réalisé quatorze entrevues auprès de personnes d'origine haïtienne, et douze au sein de la communauté mauricienne. Ces entrevues ont porté sur les trajectoires d'immigration, les rapports avec les institutions et organismes de la francophonie torontoise, ainsi qu'avec les institutions et organismes de langue anglaise et ceux de la communauté d'origine (notamment en ce qui concerne l'accès aux services et aux ressources), les modes d'organisation interne de la communauté, ses liens avec d'autres communautés de la même origine ailleurs au Canada, en Australie, aux États-Unis ou dans les pays d'origine, et la perception de la francophonie torontoise. Nous avons de plus effectué deux séances d'observation dans des regroupements mauriciens afin de mieux comprendre leurs pratiques sociales vis-à-vis la francophonie torontoise.

Dans un deuxième temps, nous avons travaillé avec deux agences francophones de Toronto, dont une se spécialise dans les conseils à l'emploi aux nouveaux arrivants et l'autre, la Franco-Clinique, dans les services de santé. Nous avons réalisé des entrevues avec le personnel clé de ces deux agences; dans le premier cas, il s'agit de quatorze personnes, comprenant en fait la quasi-totalité du personnel, et dans le deuxième cas, il s'agit de onze personnes, ou la moitié du personnel. Ces entrevues ont porté sur les services auprès de nouveaux arrivants et immigrants francophones, sur les rapports entre cette clientèle et celle établie depuis plus longtemps à Toronto, sur l'évolution de la clientèle et de ses besoins, sur les rapports entre l'agence et d'autres organismes au service de la francophonie torontoise, sur l'évolution des liens entre l'agence et les bailleurs de fonds surtout gouvernementaux, et sur le recrutement du personnel. Nous avons également posé des questions sur les trajectoires professionnelles des interviewé-e-s et

sur leur perception de la communauté francophone de Toronto. De plus, les deux agences nous ont fourni l'accès à un certain nombre de documents, à savoir des documents qui offrent des renseignements sur ces agences, et des études au sujet des nouveaux arrivants et immigrants francophones. Finalement, nous avons pu réaliser des séances d'observations sur place, incluant une activité et des réunions du personnel de la Franco-Clinique.

Les entretiens sont menés de façon à susciter l'expression sur plusieurs registres. Par exemple, les entretiens avec le personnel des organismes couvre leurs trajectoires personnelles ainsi que leurs perspectives sur l'agence, les services et la clientèle, les bailleurs de fonds, etc. Le dialogue est construit autour de la description, de l'invitation à faire des commentaires d'opinion et de point de vue plus réflexifs au moyen de questions telles que «comment tu expliques?» (Chambon, 1995). De cette façon, plusieurs registres de discours sont invoqués, et il semblerait que la prise de position du locuteur se fait de manière plus explicite.

L'ensemble des données recueillies nous permet de procéder à l'analyse des discours existants et des contradictions qui en découlent. Mais avant de passer aux analyses comme telles, voici d'abord quelques repères contextuels.

Repères contextuels

Les études sur les minorités linguistiques, du moins sur les communautés francophones au Canada, ne se sont pas vraiment intéressées aux questions de santé avant la fin des années quatre-vingt (Association canadienne pour la santé mentale, 1987; St-Amand & Vuong, 1994). Dans les années soixante, l'idée de nation canadienne-française éclate sous la pression du nationalisme étatique prôné au Québec, amenant les Canadiens-français de l'Ontario, que l'on appellera désormais les «Franco-Ontariens», à militer pour une certaine autonomie institutionnelle, une stratégie de nationalisme institutionnel en quelque sorte, et dont le principal fer de lance sera l'éducation. Dans le domaine de la santé, c'est à la suite de l'adoption de la Loi sur les services en français de 1986, dont la mise en œuvre a conduit à un processus de désignation d'agences de santé devant offrir des services en français à partir de 1989, que des études de besoins des populations francophones en matière de santé ont d'abord été réalisées sur le plan local. C'est en 1995 que naît la revue *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*. Cette revue, qui édite deux numéros par an, a publié des numéros spéciaux sur le

vieillesse, sur le féminisme, sur les incapacités physiques ou psychiques, sur le développement économique communautaire, ou encore sur la santé mentale. Si la question de la santé apparaît ici et là dans ces divers numéros, l'un d'eux porte spécifiquement sur la santé des francophones de l'Ontario (Bouchard & Cardinal, 1999; Boudreau & Farmer, 1999; Boudreau, 1999; Picard & Charland, 1999; Picard & Hébert 1999). Il s'agit pour la plupart d'études démographiques ou sociologiques dressant un profil des besoins de services de santé des populations regroupées sur la base de leur langue première, à partir du principe voulant que les minorités linguistiques possèdent le droit à des services dans cette langue. Par ailleurs, la Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada (2001) vient de publier une étude réalisée pour le compte d'un Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, mis sur pied par le ministère fédéral Santé Canada. Cette étude intitulée *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* fait état de l'importance des soins de première ligne en français pour les communautés minoritaires. Enfin, Cardinal (2001) s'est penchée sur les conditions politiques ayant permis aux acteurs sociaux de participer aux changements sociaux dans le cadre du développement des services de la santé et des services sociaux en français en Ontario. Hormis cet intérêt naissant, relevant pour la plupart davantage de l'intervention sociale que de la recherche fondamentale, les études sur les minorités linguistiques ne se sont pas vraiment intéressées aux questions de santé.

Dans les communautés minoritaires de langue française au Canada, que ce soit en Acadie ou en Ontario, où les francophones se retrouvaient au bas de l'échelle socio-économique, ce n'est qu'au prix de luttes politiques acharnées que, petit à petit, des services de santé publics ont été offerts en français. En Acadie, le développement institutionnel s'est traduit depuis les années soixante par l'ouverture d'un hôpital de langue française à Moncton en 1975. En Ontario, le travail de militantisme des acteurs sociaux sur le plan local a amené le gouvernement provincial à permettre la création depuis 1989 de services de santé en langue française dans diverses régions de la province opérant dans certains cas au moyen d'institutions distinctes, dans d'autres cas en fonction d'unités de services francophones au sein d'institutions anglo-dominantes. La logique des militants était qu'en tant que minorité de langue officielle, les francophones devaient pouvoir se faire soigner dans leur langue. Par contre, le seul hôpital de langue française existant en Ontario, l'Hôpital Montfort, situé dans la région d'Ottawa, fait l'objet, depuis la fin des années

quatre-vingt-dix d'efforts acharnés de la part du gouvernement progressiste-conservateur afin d'en démanteler les services et d'intégrer ces derniers dans les établissements de langue anglaise, dans le cadre d'une restructuration visant à réduire les dépenses de la province en santé. Le cas de l'Hôpital Montfort, qui se trouve devant la Cour d'appel, a entraîné une mobilisation massive des francophones. Il se trouve à l'origine de prises de position publiques émanant tant des instances gouvernementales fédérales et des tribunaux, que de la population francophone, concernant le rôle crucial que joue le domaine de la santé dans la reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés minoritaires. Dans cette optique, les gouvernements provinciaux devraient maintenir des institutions de santé opérant dans la langue de la minorité.

Mais le Canada n'est pas seulement un pays bilingue, c'est aussi une terre d'immigration. En effet, le Canada vise à accueillir chaque année des nouveaux arrivants pour près de l'équivalent de 1% de sa population, à savoir quelque 250 000 nouveaux arrivants. Ces nouveaux arrivants se répartissent en trois catégories principales, à savoir les immigrants indépendants faisant l'objet d'une sélection en fonction des besoins du pays en termes de ressources humaines, les gens venant rejoindre des membres de leur famille dans le cadre de la ré-unification familiale, et les réfugiés dont l'accueil est régi par les règles internationales des Nations Unies. Si la plupart des nouveaux arrivants sont susceptibles d'adopter la langue anglaise en s'établissant au Canada, et plus particulièrement au Canada anglais, le Québec, seule province à exercer la compétence partagée avec le gouvernement fédéral en matière d'immigration pour ce qui concerne la première catégorie d'immigrants indépendants, conformément à la constitution de 1867 et à une entente intergouvernementale conclue en 1977, déploie néanmoins des efforts considérables afin d'attirer des nouveaux arrivants en provenance des pays de la Francophonie. Après un premier séjour au Québec, un certain nombre d'entre eux poursuivent leur processus migratoire vers l'Ontario où les perspectives d'emploi leur semblent plus favorables. Ces nouveaux arrivants francophones mettront souvent quelques années avant de développer une maîtrise de l'anglais et compteront souvent parmi la clientèle des institutions, organismes et associations de langue française, en l'occurrence lorsqu'il s'agit d'agences fournissant des soins de santé.

Les nouveaux arrivants s'établissent pour la plupart dans les grands centres urbains, Toronto attirant le plus grand nombre d'entre eux avec quelque 70 000 nouveaux arrivants chaque année. La population totale du Grand

Toronto s'élève à 4.5 millions, ce qui représente l'agglomération la plus peuplée du Canada, où la langue française se situe au neuvième rang comme langue maternelle après l'anglais, le chinois, l'italien, le portugais, le polonais, l'espagnol, le panjabi et le tagalog. La région compte néanmoins une importante population de langue française estimée à quelque 80 000 personnes (Centre francophone, 2000, pp. 14-15). Il s'agit d'une population très diversifiée en termes d'origines géographiques, de statuts socio-économiques et d'expériences de scolarisation. Pour ce qui est de la ville de Toronto même, 23,8% des francophones proviennent d'autres régions de l'Ontario, 23,4% du Québec et 8,6% des autres provinces. Enfin, 44,2% des francophones proviennent d'autres pays. Des gens originaires des Caraïbes, d'Afrique du Nord ou d'Afrique sub-saharienne, se déplacent vers Toronto parce que le chômage y est moins élevé et qu'il serait plus facile d'y trouver de l'emploi. La population de Toronto se caractérise, en effet, par un taux d'occupation professionnelle relativement élevé, le taux de chômage étant passé de 9,1% en 1996 à 6,4% en 1999, à savoir une baisse de près de 3% (Commission de formation de Toronto, 1999, p. 13). À part cet attrait économique, il y a aussi le sentiment d'être moins marginalisé à Toronto qu'ailleurs au Canada en raison de la cohabitation de nombreux groupes d'immigrants, qui y est plus généralisée.

En général, les francophones de la région de Toronto sont plus scolarisés que la moyenne de la population; ils ont un taux d'occupation professionnelle plus élevé; et ils ont des revenus supérieurs à ceux de la population de la région en général. Les francophones de la région de Toronto se démarquent de la même manière des francophones des autres régions de la province. Il faut toutefois tenir compte d'importantes disparités au sein même des communautés francophones, affectant en particulier les nouveaux arrivants, dont les revenus demeurent inférieurs, même si le niveau de scolarité est souvent supérieur à la moyenne. De façon générale, le centre ville de Toronto attire un plus grand nombre de personnes défavorisées et de nouveaux arrivants, que les villes de la banlieue. La mobilité intérieure dans le Grand Toronto est également importante entre centre-ville et banlieues.

Si la population francophone d'installation plus ancienne est vieillissante, les nouveaux arrivants en provenance du Canada et de l'étranger sont en moyenne plus jeunes. Par contre, une partie des nouveaux arrivants sont ultérieurement rejoints par des membres aînés de leur famille, d'où l'émergence depuis peu d'une population francophone immigrante relativement âgée.

La connaissance de l'une des deux langues officielles facilite l'admission des immigrants au Canada. Dans la mesure où la situation de l'emploi est plus favorable en Ontario, ceux-ci viendront s'établir dans cette province sans pour autant avoir une maîtrise de l'anglais, et souvent en croyant que le pays est bilingue. Si 90% des francophones de l'Ontario sont bilingues, la situation est différente chez les nouveaux arrivants en provenance de pays francophones. Ces derniers ne connaissent pas toujours l'anglais à leur arrivée et les plus âgés sont susceptibles de ne jamais en faire l'acquisition. La compétence linguistique constitue donc une donnée importante dans les processus d'immigration. Par ailleurs, pour ce qui est des immigrants provenant de pays francophones, ayant vécu sous un régime colonial ou post-colonial, plusieurs ont reçu leur scolarité en français. Pour eux, le français est une langue très réelle, personnelle, même si elle est moins intime que le créole ou que les langues africaines.

Ainsi, la présence d'un bassin important de francophones donne naissance à des besoins de services en français sur le plan éducatif, de la santé, des services de garde, dans le monde communautaire, etc., d'où l'existence d'emplois dans ces services, qui constituent souvent les seuls environnements de travail où la langue française domine.

Munis de ces quelques repères contextuels, nous pouvons maintenant procéder à nos analyses. Comme nous allons le voir, notre étude de la minoration et de la santé montre que deux types de discours coexistent présentement, un discours modernisant cherchant à promouvoir l'autonomie institutionnelle de la communauté francophone misant sur l'identité ethnique comme vecteur identitaire fondamental, où identité ethnique et identité individuelle (à travers le corps) ne font qu'un, et un discours mondialisant favorisant l'expression des identités et des affiliations multiples et stratégiques donnant lieu à une fragmentation des communautés linguistiques. Ces discours sont représentatifs de deux moments de l'appropriation par l'État des institutions, déclenchant dans chaque cas des luttes de pouvoir au sein des communautés linguistiques.

Du discours modernisant au discours mondialisant

Le discours modernisant qui s'est développé à partir des années soixante se démarque de l'approche traditionaliste d'antan qui enjoignait les membres des communautés francophones à resserrer les rangs derrière l'église et la paroisse. Le discours modernisant consiste à accompagner le mouvement

d'expansion de l'État moderne, et ainsi à revendiquer des droits comme communauté linguistique et à se créer des espaces institutionnels autonomes soutenus par l'État. Dans le domaine de la santé, on voit les gouvernements provinciaux devenir les maîtres d'œuvre qui mettent en place un système de santé gratuit et universel, qui créent des institutions et organismes de santé, et qui gèrent les services offerts à la population. L'État, et plus particulièrement le gouvernement provincial, apparaît alors comme l'interlocuteur cible de l'élite francophone qui développe une argumentation autour du besoin des populations francophones d'obtenir des services de santé de qualité dans leur langue. Un personnage influent de l'Acadie, Gérard Finn (2000), évoque dans ses mémoires l'approche adoptée:

Ainsi, nous voulions que la population francophone du sud-est de la province puisse recevoir des soins dans sa langue et qu'elle bénéficie des mêmes services spécialisés que ceux offerts dans les hôpitaux anglophones de Moncton, de Saint-Jean et de Fredericton (trois villes du Nouveau Brunswick). Nous désirions aussi remédier au manque de personnel médical et de spécialistes francophones qui se faisait sentir à l'époque. L'une des premières démarches entreprises par le conseil d'administration fut de convaincre, ce qui n'a pas été une mince affaire, les autorités gouvernementales d'acheter annuellement un certain nombre de places dans trois facultés de médecine du Québec afin d'offrir à plus de jeunes la possibilité de poursuivre leurs études en médecine et de revenir grossir les rangs du personnel médical francophone de la province (p. 90). Parallèlement, la formation d'un personnel infirmier de langue française constituait l'une de nos priorités, et nous avons dû multiplier les interventions auprès du ministre de la Santé (de l'époque) pour parvenir à nos fins. Dans une lettre qu'il m'adressa le 31 décembre 1973, le ministre nous autorisa à établir notre propre école de formation, qui devait relever d'un conseil d'administration (p. 91). Pendant les 10 années de mon mandat (comme président du conseil d'administration), l'hôpital est resté l'une de mes priorités. Au cours de cette période, nous avons exécuté plusieurs projets importants, toujours dans le but d'accroître les services de santé offerts à la population francophone. La ministre de la santé (de l'époque) dut examiner des demandes portant sur la médecine nucléaire, les ultrasons, les interventions chirurgicales au laser en ophtalmologie, les services psychiatriques et l'établissement d'un nouveau laboratoire (p. 93).

Ces mémoires campent bien le discours modernisant: le gouvernement provincial a le devoir de desservir toute la population de la province de façon équitable; les francophones constituent une communauté linguistique distincte parmi la population de la province; le principe du bilinguisme officiel suppose qu'il n'incombe pas aux francophones d'être bilingues pour obtenir des services de l'État, mais bien à l'État de fournir des services dans les deux langues officielles; le principe d'équité sous-jacent au principe du bilinguisme étatique dépasse la simple offre de services pour englober des chances égales de mobilité sociale des francophones au moyen de leur propre langue.

Ce discours modernisant donnera des résultats non seulement en Acadie, mais aussi en Ontario, dont à Toronto, avec la mise sur pied de services de santé offerts aux communautés francophones. Mais ce discours modernisant

sera peu à peu doublé d'un discours mondialisant qui mettra en évidence les limites du discours modernisant, et la cohabitation de ces deux types de discours fera apparaître des contradictions.

Ce que nous appelons discours mondialisant découle bien sûr du phénomène de la mondialisation. La mondialisation correspond à une intensification des échanges à l'échelle internationale, y compris la mobilité de la population, la circulation des biens et des capitaux, et le transfert de l'information (Bourdieu, 1998; Castells, 2000; Labrie, 2001). Sur le plan étatique, la mondialisation est caractérisée par la prédominance de l'économique sur le politique, la déréglementation des échanges sur le plan international et la difficulté croissante pour les États-nations d'exercer un contrôle sur l'échange de produits virtuels. Conformément à l'idéologie néo-libérale, l'État doit renoncer à l'interventionnisme pour laisser la place aux forces du marché. Cela signifie une réduction des ressources de l'État et de leur distribution sous forme d'assistance, ainsi que l'abandon ou la dévolution de pouvoirs. Sur le plan identitaire, la mondialisation remet en question l'idée d'identité collective homogène pour valoriser davantage l'expression des identités individuelles multiples. Chez les francophones, l'existence d'identités multiples se traduit par des répertoires linguistiques variés, diverses pratiques sociales et langagières, des représentations et des positionnements multiples, des expériences variées de mobilité sociale et géographique. On peut se reconnaître et se (re)présenter tantôt comme francophone, tantôt comme sino-mauricien, tantôt comme multiculturel, tantôt comme nord-américain, tantôt comme croyant, tantôt comme sportif, tantôt comme gai ou lesbienne, dépendamment des situations. Et l'on peut exprimer conséquemment ses préférences envers diverses communautés d'appartenance. On peut se dire francophone dans certaines circonstances, mais pas dans d'autres.

Ainsi, les transformations du rôle de l'État, les changements démographiques, et les nouvelles approches identitaires se reflètent dans les nouvelles stratégies de reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones, incluant dans la conception des services de santé. Voici comment un administrateur de la Franco-Clinique de Toronto pose la question:

La communauté a changé fondamentalement depuis que (la Franco-Clinique) existe, c'est aussi simple que ça, mais les débats sont moins politisés qu'ils étaient, je crois, à l'époque, il y a dix ans il y avait des grands bouleversements entre, je sais pas si vous vous rappelez mais des associations comme le Groupe de lobby franco-ontarien puis l'Organisation multiculturelle franco-ontarienne avec Monsieur Abdallah et compagnie donc il y avait des, c'était un combat très, un combat, enfin c'était un débat très politisé où on essayait de s'accaparer l'arène

politique, maintenant il n'y a presque plus d'arène politique, tout ce qu'on a à débattre c'est des miettes de toute façon, il n'y a pas beaucoup d'enjeux politiques maintenant, les francophones, on n'est pas un gros facteur dans tout ça / l'important maintenant pour tous les joueurs c'est de mieux desservir la communauté qui a effectivement beaucoup changé, alors qu'à l'époque c'était un débat politique, maintenant c'est vraiment plus une approche opérationnelle je dirais pour desservir les communautés (...) maintenant (à la Franco-Clinique), en parlant de changement de discours, (à la Franco-Clinique) on ne parle plus de la communauté à Toronto, la communauté francophone, on parle de communauté maintenant franco-torontoise, pour essayer d'éviter tous les débats de Franco-Ontariens versus minorités visibles, versus, c'est les communautés franco-torontoises, c'est des gens qui habitent à Toronto, qui veulent parler français parce qu'ils se sentent confortables dans cette langue-là, puis ils veulent recevoir des services dans cette langue-là, c'est aussi simple que ça, alors c'est une langue, au Québec la francophonie ils appellent ça, la langue, le français comme la langue de partage, c'est à peu près ça finalement parce qu'on peut pas en demander beaucoup plus que ça, moi au delà d'offrir des services en français, mes services puis les types de services que j'offre c'est les services qui sont déterminés beaucoup par mon mandat en santé publique, la prévention de la maladie, en promotion de santé puis en santé clinique, j'essaie d'être sensible à la façon dont j'offre ce genre de programmes-là, puis ça ça m'est dicté par, par, beaucoup, le ministère de la santé, par les problèmes qui sont de type de santé publique, prévention des maladies transmissibles, ce genre de choses-là tu vois, le comment on le fait, ça ça peut être beaucoup modulé par qui est la clientèle.

Ces propos représentent bien le discours mondialisant: on ne fait pas de la politique, on fournit à la communauté francophone des services en santé à titre d'agence sous-traitante de l'État; il n'existe pas de définition univoque de la communauté francophone, mais bien des communautés au pluriel, ou tout simplement des individus. Cet acteur social présente ce point de vue non pas en tant qu'idéologie, mais bien comme une position minimale, réaliste, qui tourne le dos délibérément à la posture modernisante d'autrefois, et qui chercherait «tout simplement» des compromis entre ce que les usagers désirent et ce que les bailleurs de fonds exigent. Or, l'aspect opérationnel fait partie de la «rationalité» du néo-libéralisme, de son type de légitimation. Mais le discours de cet acteur social n'est quand même pas d'un néo-libéralisme achevé; il ne prône pas la compétition, au contraire, il mise encore sur un financement public. On voit donc là l'expression d'un positionnement fluide. Il est difficile de dire toutefois si ce sont les contraintes matérielles qui expliquent ce discours, ou au contraire si ce sont les discours et les idéologies qui sont à l'origine de telles contraintes.

Bien sûr, c'est le travail de militant remontant aux années soixante qui permet aujourd'hui l'existence de services de santé en français, mais le discours de type modernisant n'est plus adéquat. La prédominance du premier type de discours s'explique par son antériorité historique, tandis que l'émergence du second type de discours met en évidence des contradictions dans la conception même des communautés linguistiques. Pour l'instant, il est difficile de savoir comment évolueront ces divers types de discours et quel sera leur

impact pour la définition des communautés linguistiques, mais voyons dans quels termes ces deux types de discours cohabitent et quelles sont les contradictions qui en découlent en nous servant de la Franco-Clinique comme étude de cas.

Cohabitation et contradictions des discours modernisants et mondialisants à Toronto

Comme beaucoup d'organismes franco-ontariens, la Franco-Clinique est la résultante des luttes menées depuis les années soixante par des militants francophones pour la plupart d'origine canadienne-française et européenne afin d'obtenir des infrastructures francophones à titre de groupe de langue officielle, parallèles à celles du groupe majoritaire de langue anglaise. Elle n'a été mise sur pied cependant qu'en 1989 à partir d'un financement des ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, sous la pression des efforts menés par des militants francophones. Elle s'inscrit donc au cœur des stratégies de reproduction sociale, culturelle et linguistique des communautés francophones. La Franco-Clinique occupe une fonction symbolique autour du principe que peu importe qu'ils soient bilingues ou pas, les francophones devraient avoir accès à des services de santé en français, c'est-à-dire qu'ils puissent exprimer le corps et les soucis du corps en français. Un intervenant en santé établit clairement le lien entre la création de la Franco-Clinique et l'approche modernisante évoquée plus haut:

(la Franco-Clinique) a ouvert ses portes en 89, donc on a fêté notre dixième anniversaire cet automne, c'était à l'automne 89 et (elle) a été créée à la suite de la coalition d'organismes et de personnes influentes de la francophonie, dont Jules Lamoureux qui était de toute première heure comme initiateur de cette initiative-là, qui, et eux ont travaillé là pendant plusieurs années pour essayer d'obtenir des services de santé en français et avec l'arrivée de la Loi 8 sur les services en français, ça a donné un essor et (la Franco-Clinique) a été le premier des cinq centres de santé communautaire qui ont été créés par la suite dans l'Ontario français.

Toutefois, la Franco-Clinique a dû réviser sa raison d'être et son fonctionnement au cours des années quatre-vingt-dix, compte tenu, d'une part, de la transformation du rôle de l'État, d'abord axé sur l'idéologie d'État-providence, puis sur celle du néo-libéralisme (Bagaoui, 1997) et, d'autre part, des nouvelles réalités démographiques de Toronto. Cela suppose l'abandon de sa fonction symbolique qui consistait à représenter la communauté francophone, pour se concentrer uniquement sur sa fonction utilitaire comme pourvoyeur de services. Voyons de quelle façon.

La Franco-Clinique s'était d'abord donnée comme mission de servir à la fois de clinique médicale et de centre de santé communautaire. Toutefois, ce

double rôle a été remis en question au cours des années quatre-vingt-dix, alors que le gouvernement provincial s'engageait dans une vision néo-libérale du rôle de l'État et cessait de financer le volet communautaire de la Franco-Clinique. Le même intervenant en santé relate les changements drastiques dans la raison d'être de la Franco-Clinique résultant d'un revirement politique:

(la Franco-Clinique) à l'époque offrait, à la fois des services médicaux et des services sociaux financés par les ministères respectifs, soit le ministère de la Santé pour l'aspect médical et le ministère des Services sociaux communautaires pour la partie plutôt socio-communautaire, et en 85, en 95 on a eu des Conservateurs au pouvoir, tout le volet social a été coupé là du jour au lendemain, ça a été un des premiers gestes qu'a posé le gouvernement conservateur à l'époque et qui était de couper tout un programme provincial qui finançait des initiatives comme celles-là avec des travailleurs sociaux dans les différents organismes communautaires dont les centres communautaires qui ont tous été presque touchés par cette coupure-là, et pour nous ça a été quand même une coupure assez importante, près d'un million de dollars, 50% du budget.

En plus de faire face à une transformation de sa raison d'être, la Franco-Clinique doit composer désormais avec de nouvelles normes bureaucratiques émanant du gouvernement visant la transformation des «patients» en «clients», dans le cadre de ce que l'on appelé le virage ambulatoire. Afin de faciliter le suivi administratif des «clients», on préconise que chaque citoyen soit rattaché à une agence de santé et les agences reçoivent désormais leur financement en fonction du nombre de dossiers actifs, d'où une compétition entre les institutions afin de compter le plus grand nombre de «clients» possible. Ce même intervenant en santé explique:

on est financé par le nombre de demandes, le nombre d'interventions qu'on fait, le nombre de clients qu'on a, là tout le monde s'arrache les clients évidemment, ils les réfèrent pas, même si ils savent, très peu savent, connaissent pas l'existence ou veulent pas connaître l'existence d'une agence comme la nôtre et ça c'est un autre volet que la reconnaissance dans la communauté des institutions francophones, tout le monde, tous les Anglais je pense savent qu'il y a des affaires francophones, mais ils ne savent pas exactement qu'est-ce que c'est, puis du côté des francophones, il y a pas vraiment non plus d'efforts pour aller se faire connaître du côté anglais, c'est une observation que je fais depuis que je suis arrivé à Toronto, il y a très peu de démarches de rapprochement qui se font, bien des gens nous connaissent pas, la preuve quand (la Franco-Clinique) veut avoir un dépliant qui est 100% français, rien en anglais, donc quand la décision a été prise puis on a jugé que c'était pas nécessaire de faire de la promotion au niveau des anglophones et moi je pense que / une majeure partie de notre clientèle qui est là, puis on a pas d'instruments pour aller la chercher.

Les agences de santé se trouvent donc en compétition dans le but d'attirer le plus de clients possible et de fidéliser ces derniers. Par contre, les clients visés ne ressentent pas nécessairement le besoin de compter parmi leur clientèle. Par exemple, un jeune homme de vingt-huit ans d'origine haïtienne qui habite à Toronto depuis deux ans explique qu'il n'a pas vraiment de raisons de compter parmi les clients d'une agence de santé:

«Amal: est-ce que t'as un médecin?

– Si?

Amal: t'as un médecin?

– Euh (rire) euh en fait non j'ai non non j'ai pas de médecin

Amal: ok et quand t'es quand ça t'arrive de d'être malade de tomber malade est-ce que tu vas voir un médecin?

– Bon

Amal: ou bien à l'hôpital, dans une clinique

– Euh j'ai déjà été à l'hôpital

Amal: oui

– Mais sinon je tombe pas malade facilement

Amal: ok très bien (rire) non j'ai dit ça parce que je voulais savoir si jamais tu veux voir un médecin où est-ce que tu vas et puis t'as un médecin tu parles anglais ou français ou créole

– Euh /// euh si je trouve si je si c'est un médecin haïtien ça me dérange pas je j'irai j'irai

Amal: mais qu'est-ce que tu cherches souvent? quand?

– C'est que je cherche pas trop (rire) moi je pense qu'il faut chercher vraiment mais je oui il faudra chercher un médecin euh personnel tout ça mais moi c'est que même les pilules je prends pas tout ça je je euh j'avais (rire) j'avais le flu le euh l'épidémie de grippe là qu'il y avait

Amal: uhm

– Et puis ça m'avait frappé, ça m'a frappé assez fort

Amal: uhm

– Mais je suis resté à la maison couché pour cinq jours comme ça mais j'ai pas été à l'hôpital

Amal: ok tu t'étais jamais allé à l'hôpital (rire)?

– Non j'ai bu jus d'orange tout ça

Amal: uhm

– Et puis citron et puis

Amal: mais quand ça t'arrive des fois d'aller à l'hôpital, et ou voir un médecin

– Mais à Toronto j'ai jamais été à l'hôpital, et puis donc depuis deux ans j'ai jamais été à l'hôpital

Amal: t'es jamais allé voir un médecin?

– Non plus».

Comme on le constate, les pratiques des clients ne correspondent pas nécessairement aux attentes des institutions et des organismes. Cela est apparent jusque dans la mise en discours, l'emploi du terme anglais «flu» venant à l'esprit de ce locuteur avant son équivalent en français «épidémie de grippe». La réalité sociale de la maladie passe d'abord et avant tout par l'anglais.

Les attentes des institutions et organismes en matière de soins de santé ne coïncident pas nécessairement avec celles de la clientèle. Ceci dit, il y a d'importants besoins de santé chez les nouveaux arrivants ou chez les réfugiés francophones, par exemple en matière de soins prénataux ou de soins et d'orientation par rapport aux maladies transmissibles sexuellement. Il y a par ailleurs un écart entre l'orientation programmatique de la Franco-Clinique qui est de type santé préventive, cohérente avec les directives ministérielles, et les usages en soins de santé de la part de la clientèle qui sont d'ordre curatif, c'est-à-dire des demandes ponctuelles de services pour répondre à des besoins urgents. Face à ces difficultés, la Franco-Clinique a élaboré une stratégie de développement d'activités communautaires (comme une cuisine

communautaire) pour établir une continuité de contact et un réseau, facilitant par ailleurs la sensibilisation de son personnel, mais une telle stratégie n'est pas nécessairement financée par l'État.

Par ailleurs, la Franco-clinique doit composer avec une clientèle francophone très mobile et présentant des besoins extrêmement divers. La clientèle pour laquelle elle a été fondée, celle d'origine canadienne-française ou européenne, se fait discrète, et à sa place on trouve une clientèle d'origine ethno-culturelle, ayant d'autres types de besoins, comme l'explique un intervenant en santé:

Ben c'est ça, la clientèle, qui, à l'origine, était blanc, franco-ontarien, québécois, européen, avec les vagues d'immigration qu'on a eues du Zaïre, du Burundi, du Rwanda, puis X d'Haïti, ça fait que la clientèle est devenue à 60% et ça c'est un défi que, c'est un défi qu'on doit relever.

D'une part, les francophones d'origine canadienne-française à l'origine de la création de la Franco-Clinique, ne semblent pas tellement se prévaloir de ses services. On peut avancer plusieurs raisons possibles pour expliquer ce fait: ils sont bilingues et ils choisissent les spécialistes de la santé en fonction de leur expertise médicale plutôt que linguistique; ils préfèrent avoir recours à des services de santé plus près de leur domicile ou de leur lieu de travail; ou comme un intervenant de la santé le suggère, ils préfèrent l'anonymat des institutions de langue anglaise lorsqu'il est question de leur santé:

«— La plupart des professionnels blancs francophones ne viennent pas

Normand: comment tu expliques ça?

— Pour garder l'anonymat, pour ne pas, pas que les gens sachent qui c'est, parce que bon, même si c'est toujours confidentiel, les gens ont toujours l'impression que ça va se répéter, les gens vont savoir c'est quoi leurs problèmes, leurs maladies».

Il y a aussi le fait que la Franco-Clinique réfère ses clients à des médecins francophones à l'extérieur de l'agence, les services de santé en langue française n'étant pas centralisés; par ailleurs, les institutions de langue anglaise ne réfèrent pas nécessairement leurs patients francophones à la Franco-Clinique. En somme, plusieurs refusent d'adhérer à la vision promue par l'élite concernant le lien entre le corps individuel et le corps collectif, afin d'échapper à une certaine forme de contrôle social susceptible d'être exercée au sein de la communauté linguistique.

D'autre part, les nouveaux arrivants et immigrants francophones semblent se prévaloir des services de la Franco-Clinique de façon transitoire seulement, c'est-à-dire pendant les premières années d'installation à Toronto. Ici encore plusieurs raisons peuvent expliquer cette réalité: les nouveaux arrivants et immigrants francophones recherchent des services de santé en langue

française tant et aussi longtemps que leur connaissance de l'anglais ne leur permet pas de se transférer dans des institutions de langue anglaise, tel que le relate un intervenant en santé:

c'est qu'on a un grand roulement, c'est que les gens, les gens arrivent, les immigrants arrivent au centre-ville, ils viennent ici parce que ils parlent peu l'anglais.

Souvent, les nouveaux arrivants s'installent d'abord au centre-ville avant de déménager vers la banlieue, dès que des possibilités de mobilité sociale s'offrent à eux. Dans le prochain extrait, ce même intervenant en santé en donne les explications suivantes:

«John: et tu parlais tantôt de cette clientèle en transition, donc ils viennent puis une fois qu'ils sont habitués avec l'anglais ils repartent, en principe ça dure combien de temps selon toi?

– Environ un an, un an à deux ans, un an à deux ans / il y en a qui restent, il y en a qui viennent de loin, il y en a qui viennent d'Ajao, il y en a qui viennent d'Oshawa (i.e. deux villes de banlieue) pour se faire soigner (à la Franco-Clinique) / mais quand ils demeurent à Oshawa puis que tu as une voiture, que tu as une bonne job, que tu peux te déplacer, tu as fait le choix de vivre à Oshawa, etc., quand tu es un nouveau arrivant, que tu t'installas ici au centre-ville en arrivant, parce que ils vont, il y a peut-être plus des maisons de chambre ou des choses comme ça, puis dès que tu t'installas tu t'en vas plus vers le nord est, c'est Morningside etc., ça fait une heure et demie, deux heures de métro, d'autobus pour venir te faire soigner quand tu es malade, ou ton bébé est malade, c'est pas évident, donc ils viendraient probablement encore si on était plus proche d'eux-autres, ils s'installent où il y a des logements de disponibles à meilleur marché».

Un homme d'origine haïtienne explique quant à lui ses choix dans des termes qui confirment l'analyse de cet intervenant en santé, mais qui les nuancent encore davantage en fonction de besoins liés aux compétences langagières de ses parents âgés et de ses propres stratégies de transmission de la langue française à son enfant:

«– (la Franco-Clinique) je l'ai utilisée mais c'était pour mes parents, parce que quand mes parents viennent ici il y a un problème de langue qui se pose, donc quand il faut aller chez le médecin avec eux, donc il fallait quand même faire, cette agence était de toute importance, parce que les médecins sont francophones, donc et aussi, non c'était ouais, c'est à ce niveau-là, et puis ma fille quand elle était très jeune, elle allait à cette clinique

Normand: pourquoi avec ta fille?

– Bon en fait, à ce moment, quand elle était très jeune, elle ne pouvait pas s'exprimer en anglais bien sûr et donc il fallait, et puis je pense à ce moment je, je voulais que tout l'environnement soit francophone pour elle, il faut que le médecin soit francophone, et jusqu'à présent son médecin est francophone mais il fallait passer par la clinique à ce moment-là pour insister sur l'importance du français et tout (...) en fait ma fille, elle allait, à un certain moment elle allait chez un médecin anglophone aussi, en fait au départ c'était la (Franco-)clinique, ensuite elle, vu la distance et tout, j'avais, elle avait changé de médecin pour un anglophone, maintenant elle a encore un médecin, une haïtienne comme médecin

Normand: près de chez vous?

– Non, c'est presque en ville

Normand: ah oui puis elle préfère un médecin haïtien(ne) maintenant?

– J'ai fait le choix

Amal: OK

– J'ai fait le choix

Normand: ah oui c'est ton médecin à toi aussi peut-être ou?

– Oui, c'est mon médecin aussi donc, parce que le dentiste aussi est haïtien (...)

Normand: c'est important pour toi d'avoir comme un dentiste haïtien ou un médecin

– Je pense que c'est important, oui c'est important et puis si on regarde toutes les autres communautés, les Italiens ils le font, ils vont chez les médecins italiens et les Chinois vont voir les Chinois, donc pourquoi nous on devrait pas le faire, c'est important».

On a donc ici un acteur social qui s'accommode de la vision promue par l'élite sur le lien entre le corps individuel et le corps collectif de la communauté linguistique, mais pour qui la communauté est plutôt haïtienne que franco-ontarienne.

La Franco-Clinique fait donc face à un défi double: servir une population francophone disséminée sur un grand territoire et fidéliser une clientèle qui tend à se passer de ses services dès lors qu'elle bénéficie d'un meilleur degré de bilinguisme et de mobilité sociale, ou dès lors qu'elle a accès à des services offerts par des spécialistes qui lui semblent plus familiers en raison de leurs origines géographiques ou de leur usage d'autres langues, telles le créole ou toute autre langue africaine.

Alors que le discours modernisant justifiait l'existence de services en langue française en fonction de raisons symboliques liées au droit à l'usage de sa langue première, on a ici une population pour qui le français cache l'usage d'autres langues tout autant premières (créoles, langues africaines, etc.). Par conséquent, le français ne remplit pas tant une fonction symbolique que des fonctions formelles et professionnelles. Il s'agit d'un outil servant à offrir et à se procurer des services. Dans l'extrait qui suit, un médecin d'origine mauricienne explique l'utilité du créole dans ses pratiques:

«– la majorité des Mauriciens parlent anglais alors ils n'ont pas de problèmes majeurs, enfin je m'attends pas si quelqu'un qui soit de Mississauga (ville de banlieue) vienne me voir simplement parce que je suis mauricien, j'en ai, j'en ai qui le font mais comme je vous dis j'ai beaucoup de vieux, c'est les gens de Maurice qui sont d'un certain âge, 60, 65 et ça c'est les gens qui viennent de l'Île Maurice qui viennent me voir régulièrement, remarquez j'ai des gens, j'ai aussi des jeunes avec des petits bébés et etc., mais je crois pas que je sois tellement différent d'un autre médecin, je suppose que il se trouve que je suis mauricien et que certaines personnes me connaissent et bon, je ne dirais même pas 10% c'est moins que ça, j'ai peut-être une centaine de familles au maximum que j'ai connu comme malades et eux c'est être X j'ai beaucoup de Mauriciens par exemple qui viendraient me voir rien que quand ils sont très malades ou qu'ils ont des choses qui comprennent pas, ils ont été voir un médecin qui leur a dit ben voilà c'est pas une grippe, c'est pas ceci mais maintenant il faudrait faire des tests par-ci, il faut faire une opération par-là, ou bien si c'est un traitement à long terme, là ils courent vers moi, ils s'assoient et ils me parlent en créole pour savoir qu'est-ce qu'il se passe

Normand: pour bien comprendre

– pour bien comprendre qu'est-ce qu'il s'est dit et après je les revois plus ils retournent avec leur médecin habituel parce que comme je vous dis c'est très loin pour eux de venir mais j'ai des fidèles».

La population mauricienne est donc caractérisée dans sa majorité par sa maîtrise de l'anglais, et dans une moindre mesure par son recours au français, davantage en fonction de son aspect utilitaire qu'identitaire. Apparaît donc, sur le plan identitaire, cette possibilité d'identités et d'appartenances multiples, d'où des pratiques sociales bi- ou plurilingues.

Ce phénomène de fragmentation identitaire n'est pas exclusif à la communauté mauricienne. En fait, sa généralisation engendre une redéfinition de la raison d'être et du fonctionnement des institutions, organismes ou associations francophones, tel que le relate un administrateur de services de santé:

«mais dans la rue tu passes pas ton temps à parler en français avec n'importe qui, tu passes pas ton, tu vas pas à tous les événements parce que tu es francophone, c'est plus de même que ça marche, tu as une appartenance segmentée parce que dans un contexte comme ça, si ton appartenance était continue, totale, complète, tu péterais au fret tu te sentiras complètement paranoïaque, puis les TLM (*Toujours les mêmes*, i.e. la petite clique de gens qui participent à tous les événements organisés par la communauté francophone) c'est ça, t'sais c'est un peu ça: «tu étais pas à la pièce de théâtre?», «ben guess what non, t'sais, j'ai d'autres choses à faire, en anglais même, sacrilège, t'sais, je suis allé voir un film en anglais», non, ben c'est ça, il faut pas exagérer mais c'est ça, je pense qu'il faut comprendre que (...) je suis pas une institution, je trouve que, il y a des valeurs qu'on promouvoit (à la Franco-Clinique) (...) des valeurs importantes (...) il y a des valeurs qu'on promouvoit (à la Franco-Clinique) ici mais je suis pas une shop de création de valeurs identitaires politiques, bla, bla, bla, c'est pas ça que je crée ici moi, j'ai la chance d'offrir des services très pratico-pratiques, pas de type culture entre guillemets là, mais de type socio-communautaire, santé médico-sociale.»

«Je ne suis pas une shop de création de valeurs identitaires politiques... j'ai la chance d'offrir des services très pratico-pratiques», un propos qui représente bien les nouvelles postures typiques du discours mondialisant. On voit également dans la mise en discours, le positionnement de cet acteur social cherchant à composer avec une communauté linguistique conçue comme unilingue, et ses propres pratiques sociales et culturelles bilingues.

Les nouvelles réalités démographiques des communautés franco-torontoises ne se reflètent pas uniquement dans la composition de la clientèle de la Franco-Clinique, mais aussi dans son personnel. Dirigée à l'origine par un Néo-Canadien, la Franco-Clinique a su s'attirer non seulement une clientèle, mais aussi un personnel diversifié sur le plan ethnoculturel. Avec une clientèle qui est à soixante pour-cent d'origine néo-canadienne, la Franco-Clinique se doit en effet de disposer d'un personnel, tant en ce qui concerne les professionnels de la santé que le personnel de soutien, qui soit représentatif des divers groupes ethnoculturels de Toronto. Un intervenant en santé évoque les difficultés qui se posent à cet égard:

«Normand: Dans votre personnel, est-ce que les communautés ethnoculturelles sont bien représentées?

– Ben j'aime à dire que oui, je pense que oui / au niveau des minorités visibles, parce que on parle de communautés ethnoculturelles, mais il y a des minorités qui sont pas visibles, je pense nos médecins, Vladimir, il est biélorusse / les professionnels sont plus blancs d'origine québécoise, ontarienne ou / européenne, le personnel de soutien est, il y a plus de personnel de soutien qui sont de la communauté ethnoculturelle de minorité visible, des Haïtiens, des Africains, ça tombe comme ça là, il faut dire aussi que dans les nouveaux arrivants qui sont, qui sont récents dans dix ans, il y a peu de gens qui sont professionnels, un médecin noir francophone à Toronto, j'en connais pas

Normand: Les diplômés sont pas reconnus non plus, si il arrive avec son diplôme de médecin

– Non, c'est ça puis ça prend des années avant d'être qualifié, que ce soit les infirmières ou des, des médecins ou des travailleurs sociaux, les travailleurs sociaux il y en a un petit peu plus, il y en a quelques-uns maintenant mais dans l'embauche on a ce souci-là, définitivement on a une politique d'équité pour essayer d'encore une fois, dans notre but ultime d'avoir plus, de faire plus de place aux communautés ethnoculturelles, aussi au niveau des professionnels mais quand tu fais l'application pour un médecin, on a déjà de la misère à trouver des médecins qui parlent français couramment, ça se garroche pas aux portes, il y a quelques contacts, bon des gens qui sont en processus de certification, ils ne sont pas prêts, ils sont pas prêts, on a eu Chitra Lebeau qui était une indienne de l'Inde, qui a travaillé pour nous un petit bout de temps, quand c'est possible on le fait là, elle était contractuelle, au niveau permanent on en a pas pour le moment.»

De son point de vue, donc, la représentativité de la clientèle au sein du personnel semble constituer un moyen de fidéliser la clientèle: en effet, la clientèle néo-canadienne qui ne se reconnaîtrait pas dans la Franco-Clinique, risquerait toujours de faire appel à des services de langue anglaise s'inscrivant mieux dans le courant multiculturel de Toronto; par ailleurs, avec le temps, il serait possible d'envisager la création en parallèle d'organismes francophones ethnoculturels, et c'est l'hypothèse que cet intervenant en santé formule comme suit:

Il y a des organismes communautaires, il y a un centre de santé là, enfin, un centre communautaire africain, qui vient de voir le jour, c'est une organisation bénévole, qui voudrait s'orienter vers la santé / il y a des centres communautaires, comme le Women's Health Centre (...) qui s'occupe de la santé des femmes mais en général, dans la pratique, c'est la santé des femmes africaines surtout, des femmes noires en général, le staff est composé presque majoritairement de femmes noires, leur clientèle est majoritairement des femmes noires, tout ça se passe en anglais, mais ils ont aussi des groupes en français, quelques groupes en français, ils essaient de développer des choses en français.

En effet, une multitude d'institutions, d'organismes et d'associations francophones à Toronto ont été créés au cours des trente dernières années et ils se trouvent souvent en compétition les uns avec les autres lorsqu'il s'agit d'être reconnus comme porte-parole légitimes de segments de la population francophone, et lorsqu'il s'agit d'avoir accès aux ressources matérielles sous forme de subventions. La Franco-Clinique est perçue comme un organisme bien établi, jouissant d'un degré élevé de reconnaissance, de crédibilité et de légitimité auprès des bailleurs de fonds. Il lui faut néanmoins trouver un modus

vivendi auprès des organismes naissants, eux-mêmes à la recherche de légitimité et de financement. Ce même intervenant en santé le reconnaît:

C'est important je pense de leur faire de la place dans les organisations ou bien on va voir naître en parallèle puis on a déjà commencé à voir ce phénomène là, des organismes francophones, africains, des organismes qui vont être en compétition avec les organismes francophones qui sont déjà en place.

Cela pose à nouveau la question de la fonction symbolique des institutions, organismes ou associations: pour être perçus comme légitimes et bénéficier de subventions, ces derniers doivent non seulement offrir des services, mais ils doivent aussi remplir des fonctions symboliques de représentation des communautés, et c'est là l'un des paradoxes qui les guettent.

Pistes de conclusion

La définition que l'on donne des communautés francophones se répercute sur la raison d'être et le fonctionnement des institutions, organismes et associations de ces communautés. L'examen des transformations des communautés et des organismes nous amène à la conclusion que la constitution d'une communauté francophone est un projet de société difficile à réaliser à Toronto, mais en même temps, comme le discours modernisant nous l'a enseigné, une telle communauté est nécessaire si l'on veut créer des emplois et développer des expertises professionnelles chez les francophones, leur permettant une certaine ascension sociale, que ces derniers soient canadiens-français, immigrants ou nouveaux arrivants. L'enjeu ultime, c'est l'existence d'une société pluraliste et équitable.

Alors que la vision modernisante reposait sur la création d'espaces francophones toujours axés sur le point de référence ethnolinguistique, malgré une fragmentation identitaire croissante, on observe, aussi bien chez des membres des communautés francophones d'origine canadienne-française ou immigrante, que dans les institutions, le développement de stratégies d'affiliations multiples. Ainsi, les membres des communautés peuvent se tourner vers divers réseaux, leur affiliation francophone étant une de leurs ressources.

La communauté franco-torontoise est difficile à construire pour plusieurs raisons: les nouveaux arrivants et immigrants francophones pourraient devenir de nouveaux membres de la francophonie à la condition qu'il existe en fait des institutions, organismes et associations permettant une réelle interaction et intégration; or il n'existe pas de milieu unilingue francophone, et beaucoup de francophones mettent l'accent davantage sur d'autres points d'affiliation que la

francophonie, ou font une distinction entre identité et besoins de services. Il n'existe pas vraiment de milieu francophone au sein duquel les nouveaux arrivants peuvent s'intégrer; les francophones d'origine canadienne-française, qui sont généralement bilingues, cherchent à créer des zones unilingues pour se réfugier de la domination de l'anglais au moyen d'institutions, organismes ou associations francophones; les nouveaux arrivants doivent atteindre un certain niveau de compétence en anglais pour fonctionner dans la société anglo-dominante. Il y a donc existence d'intérêts et de besoins à la limite conflictuels entre les divers groupes. Les francophones d'origine canadienne semblent préférer des services de santé en anglais, tandis que les nouveaux arrivants désireraient des services offerts par des professionnels de leur propre langue ou culture d'origine.

Il en résulte des institutions, organismes et associations dont la clientèle est majoritairement composée de nouveaux arrivants et d'immigrants francophones et dont le personnel est composé d'une part de personnes d'origine canadienne-française ou européenne, et d'autre part de nouveaux arrivants et d'immigrants francophones. Dans plusieurs institutions, organismes ou associations francophones de Toronto, cette composition se traduit par une stratification, les premiers se retrouvant dans les postes de gestion et les seconds aux services à la clientèle. Qu'il soit membre du groupe qui a promu l'idéologie modernisante ou pas, le personnel bénéficie de cette idéologie grâce à la création des organismes comme espaces unilingues, et il a intérêt à les maintenir.

En somme, les institutions, organismes ou associations se trouvent dans une conjoncture paradoxale. Conçues comme entités autonomes remplissant des fonctions symboliques, ils sont devenus des pourvoyeurs de services en compétition avec d'autres pourvoyeurs de services de langue anglaise, de langue française, d'une origine ethnique particulière ou de dimension multiculturelle. Ils survivent sur la base d'un rôle de premier contact pour les nouveaux arrivants, à titre de structures d'accueil de la communauté francophone. Or, dans les faits, il ne constituent pas de réels moyens d'accès à une telle communauté, au demeurant plus virtuelle que réelle: d'une part, les tensions au sein des organismes révèlent l'importance de repenser la notion modernisante de la communauté comme axée fondamentalement sur sa dimension ethnolinguistique; d'autre part, ces tensions finissent par favoriser l'intégration au monde anglo-dominant de Toronto.

Les discours identitaires autrefois dominants deviennent progressivement désuets en raison du changement social et ils sont remplacés par de nouveaux discours identitaires émergents. La cohabitation de tels discours identitaires résulte en des contradictions qui ont des conséquences sur la raison d'être et le fonctionnement des institutions, organismes et associations, remplissant des fonctions symboliques pour les communautés linguistiques.

On peut toutefois considérer que cette situation prévaut pour toutes les institutions et on peut se demander en quoi le secteur de la santé est différent et ce qu'il peut nous enseigner. L'argumentation voulant qu'il y ait adéquation entre le corps individuel et le corps collectif, promue par l'ancienne élite, justifiant la mise en place de services de santé en français, ne suscite pas l'adhésion de tous les acteurs sociaux; les services font face, d'une part, à l'absence des personnes (corps) bilingues, ces dernières n'étant pas exclusivement de langue française et, d'autre part, à la présence de personnes (corps) pour lesquelles la langue française sert d'instrument de communication, mais dont les repères identitaires se situent ailleurs.

En somme, l'idéologie néolibérale a eu pour effet de transformer les institutions minoritaires en pourvoyeurs de services, les dépouillant de leur fonction symbolique de représentation de la communauté. Dès lors, la communauté correspond à l'ensemble des usagers des services. On est passé d'une logique où il y avait une communauté, donc des services, à une nouvelle logique où il y a des services offerts, donc une communauté. Par contre, la clientèle n'est pas la même selon la définition de la communauté que l'on adopte. Il y a donc transformation de l'idée même de la communauté.

BIBLIOGRAPHIE

- Association canadienne pour la santé mentale (1987). *When I'm sick, I'm not bilingual: Position paper on the planning of French language mental health services for adults between the ages of 16 to 65*. Section Ottawa-Carlton (novembre).
- Bagaoui, R. (1997). Réponse des associations communautaires de la région de Sudbury à la crise de l'État providence. *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 1 (1), 102-112.
- Bouchard, L., & Cardinal, L. (1999). Conditions et possibilités de services en français en Ontario dans les domaines de la santé et des services sociaux: un enjeu pour les femmes. *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5 (2), 111-124.
- Boudreau, F., & Farmer, D. (1999). Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario: les faits saillants revisités et comparés. *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5 (2), 105-110.

- Boudreau, F. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000: droits et besoins des francophones de Toronto. *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5 (2), 125-157.
- Bourdieu, P. (1998). *Acts of Resistance: Against the New Myths of our Time*. Cambridge: Polity Press.
- Cardinal, L., en collaboration avec Andrew, C., & Kérisit, M. (2001). *Chroniques d'une vie politique mouvementée. L'Ontario francophone de 1986 à 1996*. Essai: Hearst, Le Nordir.
- Castells, M. (2000). *The Information Age: Economy, Society and Culture*. (3 vol.). Oxford: Blackwell.
- Centre francophone (2000). *Planification stratégique*. Toronto: Centre francophone du Toronto métropolitain.
- Chambon, A. (1995). Life history as dialogical activity: «If you ask me the right questions, I could tell you». *Current Sociology*, 43 (2), 125-135.
- Cicourel, A.V. (1987). Cognitive and organizational aspects of medical diagnostic reasoning. *Discourse Processes*, 10 (4), 347-367.
- Commission de formation de Toronto (1999). *Analyse de la conjoncture en formation – mise à jour*. Toronto: Commission de formation de Toronto.
- Erickson, F., & Rittenberg, W. (1987). Topic control and person control: a thorny problem for foreign physicians in interaction with American patients. *Discourse Processes*, 10 (4), 401-415.
- Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Ottawa: Santé Canada.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir, Bibliothèque des sciences humaines*. Paris: Les Éditions Gallimard.
- Friedson, E. (1970). *Professional Dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- (1971). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York, Dodd: Mead.
- Goffman, E. (1961). *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City (New York): Anchor Books.
- Heller, M., & Freeman, S. (1987). First encounters: The role of communication in the medical intake process. *Discourse Processes*, 10(4), 369-384.
- Heller, M., & Labrie, N. (en préparation). Langue, pouvoir et identité: une étude de cas, une approche théorique, une méthodologie. In M. Heller & N. Labrie, *Prise de parole: langue, pouvoir et identité dans un monde en mutation*.
- Labov, W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.
- Labrie, N. (2001). Mondialisation et conditions de viabilité de la langue française en Amérique du Nord. *Présence francophone*, 56, 55-71.
- Mouawad, W. (2001). Au lendemain du 11 septembre 2001. Lettre ouverte aux gens de mon âge. «Notre génération a besoin de miracles car nous aurons bientôt à nous occuper de ce monde qui tombe». *Le Devoir*, 27 septembre 2001, p. A7.
- Picard, L., & Charland, J. (1999). Le profil démographique et les déterminants de la santé des francophones en Ontario. *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5 (2), 46-65.
- Picard, L., & Hébert, D. (1999). L'état de santé de la population francophone de l'Ontario. *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 5 (2), 66-104.
- Sarangi, S., & Roberts, C. (dir.) (1999). *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.

- Saint-Amand, N., & Vuong, D. (1994). Quand la langue fait une différence. Ce que des «bénéficiaires» pensent du système de santé mentale. *Sociologie et société*, XXVI (1), 178-196.
- Singy, P. (1997). Scopes and limits of medical discourse concerning AIDS prevention. *Language and Awareness*, 6 (4), 238-241.
- (1999). L'implicite dans la communication médecin/patient: le partage en jeu. *La Linguistique*, 34 (2), 183-191.