

RAPPORT FINAL

**BESOINS EN SANTÉ
DE LA POPULATION FRANCOPHONE DU YUKON
ET PROPOSITION D'UN MODÈLE**

PAR



en collaboration avec Anne Gilbert et Sandra St-Laurent

Décembre 2003

TABLE DES MATIÈRES

	Page
MISE EN CONTEXTE	1
INTRODUCTION	4
1. MÉTHODOLOGIE	5
2. PORTRAIT STATISTIQUE DES FRANCOPHONES VIVANT AU YUKON	8
2.1 LA LANGUE ET SON ÉVOLUTION	9
2.2 LE SEXE, L'ÂGE ET LA MOBILITÉ DE LA POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE	11
2.3 LE FRANÇAIS À LA MAISON ET SA CONNAISSANCE.....	15
2.4 LA SCOLARITÉ, LES EMPLOIS ET LE REVENU DE LA POPULATION DE LANGUE FRANÇAISE	18
3. RÉSULTATS DES COLLECTES DE DONNÉES	26
3.1 LES RÉSULTATS DU SONDAGE.....	26
3.1.1 <i>La perception de l'état de santé</i>	27
3.1.2 <i>L'utilisation des soins de santé</i>	29
3.1.3 <i>L'utilisation et l'importance des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé</i>	36
3.1.4 <i>Perspectives d'avenir : les services de santé en français</i>	38
3.1.5 <i>Conclusion sur les données du sondage</i>	43
3.2 LES RESULTATS DES GROUPES CIBLES	44
3.2.1 <i>Les constats des groupes cibles</i>	49
3.3 LES SERVICES OFFERTS DANS LA COMMUNAUTÉ	51
4. MODÈLE PERTINENT	57
4.1 LE MODÈLE DU SOFA (YUKON).....	57
4.2 D'AUTRES MODÈLES PERTINENTS.....	64
4.3 LE MODÈLE IDÉAL	68
4.4 LES RECOMMANDATIONS PERTINENTES.....	73
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXE A : QUESTIONNAIRE DU SONDAGE	77
ANNEXE B : DÉFINITIONS	90
ANNEXE C : RÉSULTATS DES GROUPES CIBLES	99
NOTES	105

LISTE DES TABLEAUX

Page

TABLEAU 1 : POPULATION SELON LA LANGUE MATERNELLE, 2001	10
TABLEAU 2 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE DU YUKON, DE 1951 À 2001... ..	10
TABLEAU 3 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE SELON LE SEXE, 2001	12
TABLEAU 4 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE SELON L'ÂGE, 2001	13
TABLEAU 5 : LE FRANÇAIS PARLÉ À LA MAISON AU YUKON ET À WHITEHORSE, 2001	15
TABLEAU 6 : LE FRANÇAIS, LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON AU YUKON, DE 1971 À 2001	16
TABLEAU 7 : POPULATION, SELON LA CONNAISSANCE DES LANGUES OFFICIELLES, 2001	17
TABLEAU 8 : CONNAISSANCE DU FRANÇAIS AU YUKON, DE 1951 À 2001	17
TABLEAU 9 : POPULATION DE LANGUE FRANÇAISE DU YUKON SELON LE PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ ATTEINT, 2001	18
TABLEAU 10 : POPULATION DE LANGUE FRANÇAISE DE WHITEHORSE SELON LE PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ ATTEINT, 2001	19
TABLEAU 11 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE DU YUKON SELON LES SECTEURS D'ACTIVITÉS, 2001	20
TABLEAU 12 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE DE WHITEHORSE SELON LES SECTEURS D'ACTIVITÉS, 2001	21
TABLEAU 13 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE DU YUKON SELON LES PROFESSIONS, 2001	22
TABLEAU 14 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE DE WHITEHORSE SELON LES PROFESSIONS, 2001	23
TABLEAU 15 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE SELON LA COMPOSITION DU REVENU TOTAL, 2001	24
TABLEAU 16 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE SELON LA TRANCHE DU REVENU TOTAL, 2001	25
TABLEAU 17 : LIEUX DE RÉSIDENCE.....	26
TABLEAU 18 : PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ	27
TABLEAU 19 : NOMBRE DE RÉPONDANTS AYANT UTILISÉ DES SOINS DE SANTÉ, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES.....	29
TABLEAU 20 : UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, SELON LA CATÉGORIE DE PROFESSIONNELS, LA FRÉQUENCE, L'ENDROIT ET LA LANGUE DE SERVICE.....	30

TABLEAU 21 : NOMBRE DE REpondANTS AYANT UTILISE DES SOINS DE SANTE POUR LEURS ENFANTS, AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES	33
TABLEAU 22 : UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ PAR LES RÉPONDANTS POUR LEURS ENFANTS, AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, SELON LA CATÉGORIE DE PROFESSIONNELS, LA FRÉQUENCE, L'ENDROIT ET LA LANGUE DE SERVICE.....	34
TABLEAU 23 : DEGRÉ D'IMPORTANCE ACCORDÉ À DES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DES MALADIES	36
TABLEAU 24 : DEGRÉ D'IMPORTANCE ACCORDÉ À DES ACTIVITÉS DE PROMOTION DE LA SANTÉ	37
TABLEAU 25 : CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PRÉSENTS DANS LA COMMUNAUTÉ POUVANT OFFRIR DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS	38
TABLEAU 26 : DEGRÉ D'IMPORTANCE D'UN SERVICE D'ACCUEIL ET DE RÉFÉRENCES	39
TABLEAU 27 : DEGRÉ D'IMPORTANCE DE L'OBTENTION DE SOINS DE SANTÉ EN FRANÇAIS	40
TABLEAU 28 : DIFFICULTÉS À OBTENIR DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS.....	40
TABLEAU 29 : FACTEURS IMPORTANTS LORS DU CHOIX D'UN SERVICE DE SANTÉ	41
TABLEAU 30 : CATÉGORIES DE PROFESSIONNELS JUGÉS ESSENTIELS POUR AVOIR DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS, PAR ORDRE PRIORITAIRE	42
TABLEAU 31 : ENDROITS POUVANT ACCUEILLIR DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS, PAR ORDRE PRIORITAIRE.....	43

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : POURCENTAGE DE PERSONNES AYANT LE FRANÇAIS COMME LANGUE MATERNELLE AU YUKON, DE 1951 À 2001	11
FIGURE 2 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE DU YUKON SELON LA MOBILITÉ, 2001	14
FIGURE 3 : POPULATION DE LANGUE MATERNELLE FRANÇAISE DE WHITEHORSE SELON LA MOBILITÉ, 2001	14
FIGURE 4 : LA CONTINUITÉ LINGUISTIQUE AU YUKON, 1971-2001	16
FIGURE 5 : ORGANIGRAMME DES SERVICES DU SOFA	58
FIGURE 6 : MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	68

Dans ce document, la forme masculine utilisée inclut autant les hommes que les femmes et est employée dans le seul but d'alléger le texte.

Mise en contexte

Pendant cinq ans, les organismes acadiens et francophones des provinces et des territoires canadiens ont exercé des pressions pour que le gouvernement fédéral appuie l'offre de services de santé en langue française. En 2000, la Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) met sur pied le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, en collaboration avec Santé Canada. En 2001, le Comité consultatif commande l'étude intitulée *Pour un meilleur accès à des services en français*¹. Celle-ci démontre clairement que la situation laisse à désirer dans la grande majorité des communautés minoritaires francophones. Le Comité consultatif constate ceci : « Il existe des preuves convaincantes que les barrières linguistiques ont des impacts négatifs sur l'accès aux services de santé². » Il indique aussi que les prémisses stratégiques pour une meilleure accessibilité sont : le besoin d'agir autant sur l'offre que sur la demande; la nécessité d'un effort concerté; la reconnaissance des différences régionales; et l'importance de la participation des communautés. Devant cet état de fait, le Comité consultatif signale cinq leviers d'intervention pour favoriser l'accès : la formation, la disponibilité de l'information, les lieux d'accueil, les technologies et les réseaux.

La mise en œuvre de réseaux de santé constitue un des leviers d'intervention jugés prioritaires, voire essentiels, pour accroître l'accès à des services de santé en français et pour regrouper les divers partenaires intéressés. Toujours selon l'étude mentionnée, les réseaux devraient d'abord rassembler ceux qui se préoccupent de la santé dans une région ou province afin :

- d'examiner la situation de la santé dans chaque région ou province;
- de mettre en commun les ressources existantes;
- d'effectuer du réseautage entre les partenaires en santé;
- de faciliter la planification et la mise en œuvre des services.

La formation et les lieux d'accueil représentent les deux autres leviers d'intervention les plus importants dans la démarche d'amélioration des services de santé en français.

Ces orientations au niveau national, ainsi que l'appui du gouvernement fédéral, ont fait de la santé le dossier de l'heure. La communauté francophone du Yukon s'inscrit aussi dans ce mouvement. En effet, l'Association franco-yukonnaise (AFY), organisme chargé de veiller

au développement de cette communauté, reconnaît l'importance de la santé en français depuis plusieurs années déjà.

La communauté francophone du Yukon

Depuis 1989, la santé et les services sociaux sont un secteur d'intervention prioritaire de l'AFY. Quelques études réalisées dans ce domaine ont prouvé que les services de santé disponibles en français au Yukon étaient insuffisants.

Aux niveaux politique et linguistique, le territoire a adopté la *Loi sur les langues du Yukon*. Cette loi stipule que le public a le droit de recevoir des services du gouvernement dans la langue officielle de son choix. Depuis janvier 1990, les lois et les règlements sont adoptés en anglais et en français. Depuis 1993, la partie de la Loi portant sur les services publics en français est en vigueur. Pour en coordonner la mise en œuvre et la promotion, le gouvernement yukonnais a créé le Bureau des services en français³.

Le début des années 1990 a été marqué par des bouleversements de toutes sortes. Les problèmes financiers ont eu de nombreuses répercussions dont la diminution des transferts en santé du gouvernement fédéral vers les provinces et les territoires. Cela n'a évidemment pas favorisé l'essor des services de santé en français :

À la suite du processus de dévolution des responsabilités fédérales, la majorité des services de santé relèvent maintenant du gouvernement territorial. Dans le domaine de la santé, la situation demeure nettement inadéquate puisque les deux ententes de transferts de pouvoirs entre le fédéral et le territorial n'ont identifié aucune clause ou enveloppe budgétaire reliée à la mise en œuvre et au développement de services de santé en français. Les services en français de l'hôpital général de Whitehorse ainsi que ceux du Centre de santé sont minimaux⁴.

Selon l'AFY :

Il en résulte une lacune prononcée au niveau des services en français, dans le milieu institutionnel de la santé et des services sociaux. Les services en français ne sont une priorité ni au fédéral, ni au territorial. Ils sont presque inexistantes à l'hôpital général de Whitehorse. Malgré la bonne volonté du gouvernement territorial d'accommoder les besoins des francophones, le manque de coordination dans le dossier de la santé est évident. Le réseautage fait défaut⁵.

Selon les études effectuées pour le compte du Comité consultatif, voici la situation des services de santé en français au Yukon :

L'accessibilité des services en français varie principalement entre rarement disponible (55 % des cas) et partiellement disponible (35 % des cas). Dans les autres cas (10 %), le service est disponible seulement en anglais ou inexistant. La situation est d'autant plus fragile que les postes ne sont pas officiellement bilingues. Il faudra donc accomplir beaucoup de travail pour atteindre une situation idéale⁶.

Voilà autant de faits qui corroborent les hypothèses de l'AFY en matière de santé. Celle-ci prône une approche holistique en santé comme en éducation, où la notion de l'apprentissage à vie est largement reconnue. L'AFY croit qu'il faut porter une attention particulière au concept de la santé, depuis le moment de la conception jusqu'à la fin de la vie. Dans cette perspective, elle tente de faire valoir un projet de santé communautaire pour la population francophone. Afin de documenter les besoins de cette population, l'AFY a demandé à MBeaulieu Développement organisationnel et Formation inc. de mener une recherche sur les besoins de santé des francophones vivant au Yukon.

Suite aux résultats de cette étude, l'AFY sera en mesure de présenter à ses partenaires gouvernementaux un rapport traçant un portrait des besoins de la population de langue française et un modèle de santé pouvant répondre aux besoins cernés.

Introduction

Comme d'autres communautés minoritaires de langue française, la communauté franco-yukonnaise travaille de façon proactive à faire avancer des dossiers reliés à son épanouissement. La santé l'intéresse depuis déjà plusieurs années; à cet égard, l'Association franco-yukonnaise (AFY) et les partenaires en santé du territoire croient que des services de santé en français sont nécessaires pour assurer le développement de la francophonie au Yukon.

Pour documenter les besoins de la population francophone vivant au Yukon, l'AFY en collaboration avec ses partenaires, a choisi la firme MBeaulieu Développement organisationnel et Formation inc. pour effectuer une étude de besoins et examiner des modèles. L'étude a débuté en août 2002 et s'est terminée à la fin de mars 2003. Cette étude comprend un profil statistique de la communauté francophone vivant au Yukon; le profil présenté dans la première version du rapport a été modifié en novembre 2003 afin de refléter les données du recensement 2001.

Le rapport final présente l'ensemble des résultats obtenus des collectes de données et une analyse touchant le modèle de santé à mettre en œuvre. Il se divise en quatre parties : la première présente les méthodes de travail utilisées pour identifier les besoins des francophones du Yukon; la deuxième trace le portrait statistique de ces derniers tant pour le territoire yukonnais que pour la ville de Whitehorse; la troisième traite des résultats de toutes les collectes de données effectuées (sondage téléphonique, groupes cibles et entrevues avec les partenaires en santé); la quatrième présente une analyse de modèles pertinents et le modèle à retenir pour offrir à la population les services de santé en français nécessaires. Le rapport intègre des recommandations sur la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé en français et sur les stratégies à réaliser pour ce faire.

1. Méthodologie

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé diverses méthodes pour cerner les besoins des francophones du Yukon. Dans cette partie du rapport, nous les énumérons et nous exposons les objectifs visés.

Toute étude de besoins vise la connaissance des besoins d'une communauté spécifique. Cette étape est préliminaire à la mise en place de services ou de programmes. Pour effectuer ce travail, nous avons retenu trois méthodes principales : un sondage mené par téléphone auprès des résidents francophones du Yukon, la réalisation de groupes cibles auprès de diverses clientèles et des rencontres avec des professionnels de la santé offrant des services.

a) Le sondage téléphonique

Un sondage a été mené par téléphone auprès des résidents francophones du Yukon du 1^{er} au 19 octobre 2002. Quatre intervieweuses dûment formées pour ce travail ont participé à la collecte d'informations. Nous avons élaboré un questionnaire pour le sondage et nous l'avions soumis aux membres du comité d'encadrement. Quelques amendements mineurs ont été apportés à la suite d'un pré-test. Le questionnaire final se trouve à l'annexe A.

Les objectifs de cette méthode étaient :

- de tracer un portrait de l'état de santé des francophones vivant au Yukon;
- d'obtenir des données sur l'utilisation des soins de santé;
- de recueillir des informations sur la disponibilité des services de santé en français au Yukon;
- de recueillir des informations sur les besoins en matière de services de santé en français;
- d'obtenir des opinions sur les meilleures façons de répondre aux besoins.

L'Association franco-yukonnaise nous a fourni une première liste de 333 noms au mois de septembre 2002. Nous avons tenté de rejoindre par téléphone toutes les familles et les personnes comprises dans cette liste. Une autre liste nous a été fournie par la garderie du Petit cheval blanc de Whitehorse; elle comprenait 26 noms dont 12 étaient déjà sur la liste de l'AFY. Nous avons tenté d'entrer en communication avec les 14 autres personnes. Sur un total de 359 numéros de téléphone fournis, 67 correspondaient à des anglophones, des mauvais numéros ou des numéros hors service; une quinzaine figurait sur les deux listes et

environ 5 personnes étaient déménagées. Plusieurs personnes n'ont pas répondu à nos appels; après trois tentatives, leurs noms étaient rayés des listes. En fin de compte, nous avons rempli 80 questionnaires (29 % des numéros possibles). Nous présentons les résultats du sondage dans la troisième partie du rapport.

b) Les groupes cibles

Les groupes cibles avaient pour but de nous permettre de confirmer les données du sondage et, surtout, de les approfondir. En santé, certaines clientèles éprouvent aussi des besoins spécifiques; nous avons voulu les connaître. Nous avons complété les données ainsi obtenues par des études parues au cours des dernières années.

De façon générale, les objectifs des groupes cibles étaient :

- de confirmer ou d'infirmer les premières données obtenues par le sondage téléphonique;
- d'approfondir les données obtenues par le sondage téléphonique;
- de saisir les besoins de santé de certaines clientèles;
- de vérifier la nécessité d'avoir des services de santé en français pour les francophones du Yukon;
- d'explorer les possibilités d'avenir pour le développement de services de santé en français.

En tout, nous avons réalisé sept groupes cibles : les participants nous ont parlé des besoins des familles, des femmes, des jeunes, des hommes, des aînés et des professionnels.

L'organisation a été assurée par une personne vivant au Yukon. Divers moyens de promotion ont été utilisés : annonce dans le Babillard de l'Aurore Boréale, article dans ce même journal et feuillets de promotion laissés dans divers endroits fréquentés par les francophones.

Les groupes nous ont permis de rencontrer une cinquantaine de personnes. Nous présentons les résultats des discussions dans la troisième partie du rapport.

c) Les entrevues en personne et par téléphone

Pour compléter le portrait de la situation de la santé à Whitehorse, nous avons rencontré les principaux partenaires offrant des services de santé. Pour ce faire, nous avons d'abord identifié, avec notre collaboratrice du Yukon, les principales personnes à rencontrer. Ensuite, nous avons élaboré un cadre d'entrevue pour recueillir des informations reliées aux services.

Les objectifs de cette collecte de données étaient :

- de répertorier les services offerts présentement en français dans les établissements et les organismes;
- de connaître les clientèles touchées par les services offerts et leurs besoins principaux;
- de réexaminer la pertinence d'offrir des services de santé en français;
- de déterminer le meilleur endroit, le meilleur site, pour offrir des services de santé en français.

Nous avons ainsi rencontré personnellement huit personnes francophones qui s'occupent de l'offre de services de santé à la population francophone de Whitehorse; nous avons discuté avec une autre par téléphone. En tout, nous avons effectué neuf entrevues.

Les divers modes de collecte de données nous ont permis de parler à 139 personnes francophones vivant au Yukon et, particulièrement, à Whitehorse.

2. Portrait statistique des francophones vivant au Yukon

Cette partie du rapport fait le portrait statistique des francophones vivant au Yukon. Nous y discutons : de la langue et de son évolution; du sexe, de l'âge et de la mobilité de la population; du français à la maison et de sa connaissance; de la scolarité, des emplois et des revenus.

La totalité des données ayant servi à la production du portrait statistique suivant proviennent de Statistique Canada. Les données de 2001 ont été tirées des profils électroniques de la diffusion du 10 décembre 2002, *Langue, mobilité et migration*. Ces profils ont été constitués, selon le cas, à partir des données recueillies auprès de l'ensemble de la population yukonnaise ou de celles tirées de l'échantillon 20%. Étant donné que les données proviennent de l'une ou l'autre de ces sources, les nombres de francophones du Yukon varient beaucoup. En effet, alors que Statistique Canada dénombre 1 115 francophones lorsqu'elle utilise les données tirées de l'enquête menée auprès de l'ensemble de la population du territoire, elle n'en compte plus que 975 lorsqu'elle travaille avec l'échantillon 20%. Ceci est attribuable aux effectifs relativement faibles de francophones, qui font en sorte que la partie du recensement menée auprès de seulement 20% des familles n'a pas permis d'atteindre la proportion attendue de francophones. Malheureusement, ce biais ne peut être évité lorsqu'on utilise les données du recensement, reconnues par ailleurs comme l'information la plus complète et la plus fiable sur la population du Canada et sur ses activités.

Les données sur la langue maternelle, le français parlé à la maison et la connaissance du français pour la période 1951 à 1996, ont été tirées de Louise Marmen et Jean-Pierre Corbeil¹. Dans leurs séries chronologiques, Marmen et Corbeil répartissent les réponses multiples entre les langues déclarées. Ainsi, pour les personnes qui ont déclaré le français et l'anglais comme langues maternelles ou langues parlées, la moitié des réponses est ajoutée à la catégorie « français » et l'autre moitié à la catégorie « anglais ». Nous avons fait de même pour les données de 2001 que nous avons incorporées dans ces séries. Les populations francophones considérées ici sont donc beaucoup moins importantes – 995 personnes - que dans les autres tableaux – 1 115 personnes - où nous avons considéré comme francophones

¹MARMEN ET CORBEIL. *Les langues au Canada. Recensement de 1996*. Patrimoine canadien et Statistique Canada. Nouvelles perspectives canadiennes. N° de catalogue C99-980110-4F 1999.

toutes les personnes qui ont déclaré le français comme leur langue maternelle ou parlée, qu'ils aient ou non le français comme seule langue maternelle ou parlée.

La géographie a aussi une incidence sur les chiffres présentés dans ce portrait. Selon les tableaux, deux définitions différentes de Whitehorse sont utilisées par Statistique Canada. Pour les données sur la langue, le sexe, l'âge et la mobilité de la population qui sont accessibles en ligne, l'organisme retient l'agglomération du recensement, qui comprend, outre la ville de Whitehorse ("city of"), des municipalités ou portions de municipalités environnantes qui font parties intégrantes de l'agglomération. Le total de la population francophone, incluant les bilingues, s'élève alors à 895 personnes. Les données sur la scolarité, l'emploi et le revenu que Statistique Canada a préparé ne concernent que la ville de Whitehorse et non l'ensemble de l'agglomération, soit 620 personnes incluant les bilingues.

Notons par ailleurs, que quelle que soit la source de données utilisée, l'addition des différentes catégories de réponse ne correspond pas toujours au total de la population concernée. Ceci est dû à l'erreur d'arrondissement – Statistique Canada arrondit à 0 ou à 5 qui peut être assez importante dans le cas d'une population dont les effectifs sont peu élevés.

2.1 La langue et son évolution

La population du Yukon est très homogène au plan linguistique. Plus de 88,2 % des 28 275 personnes habitant le territoire en 2001 sont de langue maternelle anglaise. On dénombre 1 115 francophones, soit 885 personnes ayant déclaré le français comme seule langue maternelle et 230 personnes ayant déclaré avoir le français et l'anglais comme langues maternelles. La distribution selon la langue maternelle est presque la même à Whitehorse.

Tableau 1 : Population selon la langue maternelle, 2001²

Langue ³	Yukon		Whitehorse	
	Nombre	%	Nombre	%
Anglais	25 305	88,2	19 235	89,8
Français	885	3,1	690	3,2
Anglais et français	230	0,8	205	1
Autre	2 255	7,9	1 280	6
Total	28 275	100	21 410	100

Les effectifs de langue maternelle française du Yukon ont plus que triplé entre 1951 et 2001. Leur nombre, qui ne s'était que faiblement accru jusqu'en 1981, a fortement augmenté au cours des 20 dernières années pour atteindre presque le millier aujourd'hui. En utilisant, aux fins de l'analyse des tendances, le procédé utilisé par Statistique Canada répartissant également entre les deux groupes la population qui déclare deux langues maternelles, on en arrive à un total de 995 francophones au Yukon en 2001. Ce chiffre est légèrement supérieur à celui observé en 1991, mais en baisse depuis 1996, alors qu'on en dénombrait 1 170.

Tableau 2 : Population de langue maternelle française du Yukon, de 1951 à 2001⁴

Année	Nombre	%
1951	308	3,4
1961	443	3,0
1971	450	2,4
1981	530	2,3
1991	905	3,3
2001	995	3,5

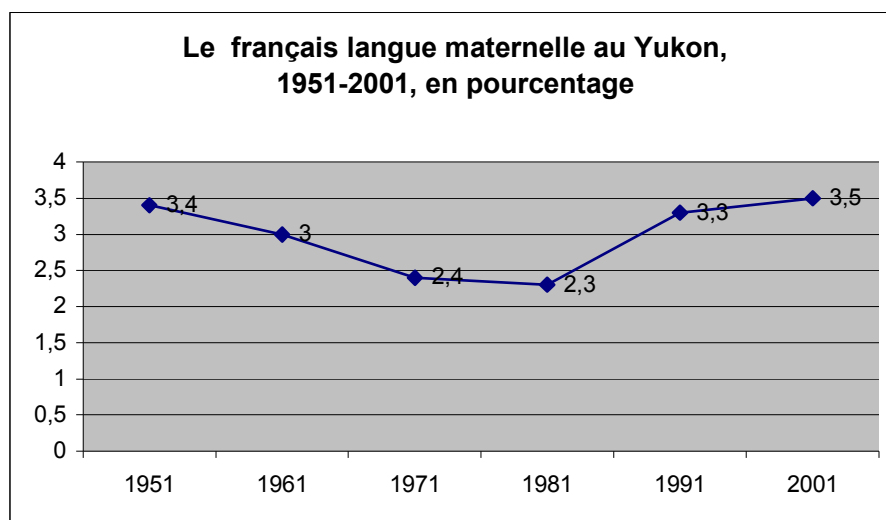
² STATISTIQUE CANADA. Numéro 95F0334XCB01004 au catalogue (en ligne). Internet : <URL : <http://www.statcan.ca>>.

³ Anglais comprend *anglais seulement* et *anglais et langue non officielle*, français comprend *français seulement* et *français et langue non officielle*, anglais et français comprend *anglais et français* et *anglais et français et langue non officielle*

⁴ Comprend toutes les personnes qui ont déclaré le français comme leur seule langue maternelle et la moitié de celles qui ont déclaré le français et l'anglais comme langues maternelles. Source : 1951-1991 : MARMEN, L. et J.P. CORBEIL. *Les langues au Canada*, Ottawa, Patrimoine canadien et Statistique Canada, 1999.

Les Franco-Yukonnais forment 3,5 % de la population totale. Ils représentaient 3,4 % de celle-ci il y a 30 ans. Leur proportion est cependant loin d'avoir été constante au cours de cette période. Leur poids relatif a beaucoup diminué entre 1951 et 1971. Il aura fallu que l'accroissement de la population francophone soit plus grand que celui de la population dans son ensemble depuis 1981 pour que son pourcentage dépasse à nouveau les 3 %.

Figure 1 : Pourcentage de personnes ayant le français comme langue maternelle au Yukon, de 1951 à 2001



2.2 Le sexe, l'âge et la mobilité de la population de langue maternelle française

Les effectifs francophones du Yukon, comme ceux de Whitehorse, affichent une surreprésentation des hommes en 2001. C'est là une réalité typique des régions-ressources, où le nombre d'hommes dépasse généralement celui des femmes, surtout chez les jeunes adultes.

Tableau 3 : Population de langue maternelle française selon le sexe, 2001⁵

Langue	Yukon			Whitehorse		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Français	465	425	885	345	340	690
Anglais et français	125	105	230	110	85	205
Total	590⁶	530	1115	455	425	895

En 2001, la population francophone du Yukon est surtout composée d'adultes. Les moins de 15 ans comptent pour 15,2 % de la population francophone totale, alors que les plus de 65 ans forment à peine plus de 5% de cette dernière. Cette déficience du côté des jeunes et des aînés se répercute forcément vers le centre de la pyramide des âges, où tous les groupes d'âge, et notamment les 35 à 44 ans, sont surreprésentés. Le fait que l'économie du Yukon soit encore largement dominée par l'exploitation des ressources, explique en partie ce déséquilibre. Ce dernier marque tout aussi profondément la structure démographique de Whitehorse qu'il ne le fait pour l'ensemble de la francophonie territoriale. La très grande mobilité de la population de ce territoire nordique, qu'on quitte souvent dès l'âge de la retraite, est un autre facteur qui explique le déséquilibre dans la pyramide des âges.

⁵ STATISTIQUE CANADA. Numéro 95F0334XCB01004 au catalogue (en ligne). Internet : <URL : <http://www.statcan.ca>>.

⁶ Il faut attribuer aux erreurs d'arrondissement le fait que les totaux par sexe ne correspondent pas à la valeur de la dernière ligne du tableau.

Tableau 4 : Population de langue maternelle française selon l'âge, 2001⁷

Âge	Yukon			Whitehorse		
	Français	Français et anglais	Total	Français	Français et anglais	Total
0 à 4 ans	25	20	45	20	15	35
5 à 14 ans	65	60	125	55	55	110
15 à 24 ans	95	45	140	80	40	120
25 à 34 ans	140	25	165	110	20	130
35 à 44 ans	225	25	250	170	15	185
45 à 54 ans	180	35	215	130	30	160
55 à 64 ans	110	20	130	70	20	90
65 ans et +	50	10	60	45	15	60
Total	885⁸	230	1115	690	205	895

Un fort pourcentage de francophones du Yukon âgés de cinq ans et plus habitait en 2001 à la même adresse qu'en 1996. Parmi les autres, plusieurs sont demeurés dans la même localité. Cependant, la francophonie yukonnaise se caractérise par un taux relativement élevé de migration : plus de 30 % des Franco-Yukonnais habitaient dans une autre localité au recensement précédent et, pour la très grande majorité d'entre eux, dans une autre province. La mobilité de la population francophone est aussi très grande à Whitehorse, reflet d'une économie territoriale en profonde restructuration, qui suscite d'importants mouvements de population.

⁷ STATISTIQUE CANADA. Numéro 95F0334XCB01004 au catalogue (en ligne). Internet : <URL : <http://www.statcan.ca>>.

⁸ Il faut attribuer aux erreurs d'arrondissement le fait que les totaux de tous les groupes d'âge ne correspondent pas à la valeur de la dernière ligne du tableau.

Figure 2 : Population de langue maternelle française du Yukon selon la mobilité, 2001

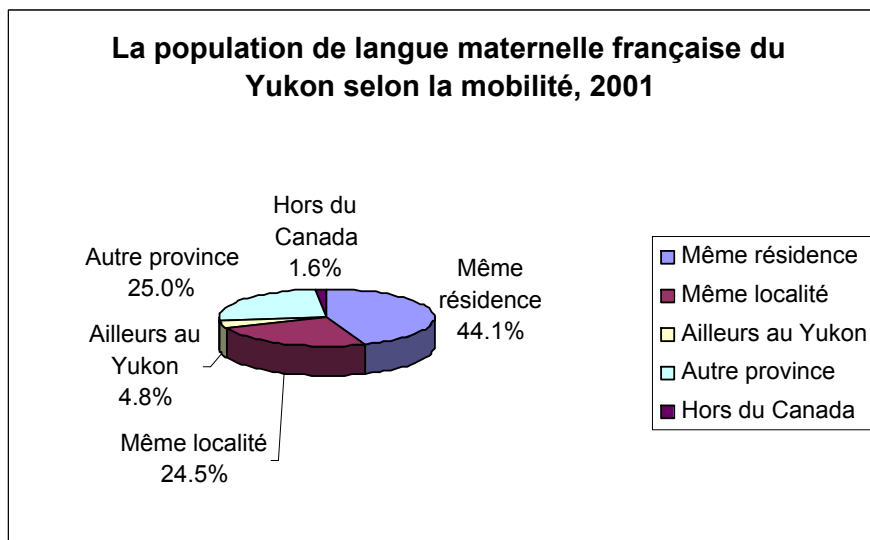
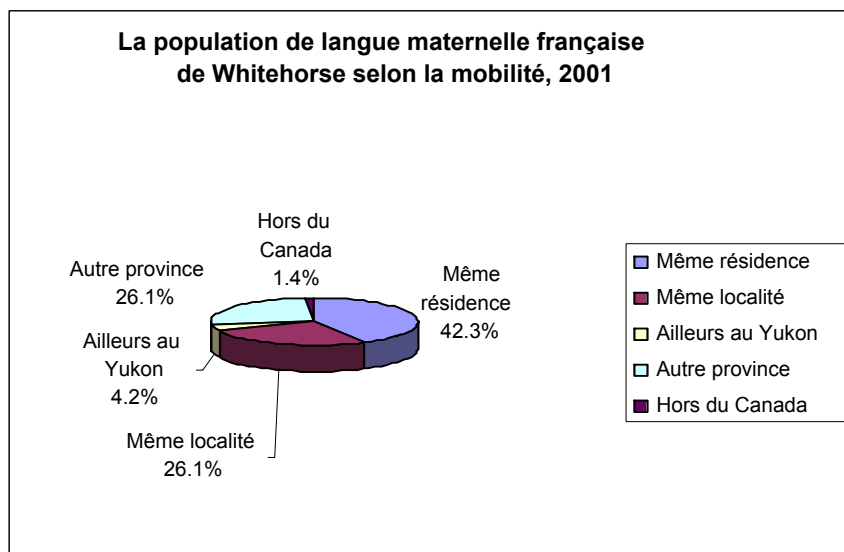


Figure 3 : Population de langue maternelle française de Whitehorse selon la mobilité, 2001¹⁰



⁹ STATISTIQUE CANADA. Numéro 97F0008XCB01001 au catalogue (en ligne). Internet : <URL : <http://www.statcan.ca>>. À noter que les données sur la mobilité sont obtenues auprès de l'échantillon 20%.

¹⁰ *Ibid.*

2.3 Le français à la maison et sa connaissance

Le recensement a permis, pour la première fois en 2001, de dénombrer, outre les personnes qui parlent le français majoritairement (le plus souvent) à la maison, celles qui le parlent « à égalité » ou « régulièrement », donnant ainsi une image beaucoup plus fidèle de la réalité du français parlé à la maison, dans un contexte d'exogamie croissante. Le tableau 5 décrit la répartition des francophones du Yukon et de Whitehorse selon leur fréquence d'utilisation du français. Ainsi, on compte parmi les 865 personnes qui utilisent le français au foyer à l'échelle du territoire, un total de 200 personnes qui parlent uniquement le français, auxquelles s'ajoutent 220 qui le parlent majoritairement, 25 qui le parlent aussi souvent que l'anglais et enfin 420, soit près de la moitié, qui le parlent régulièrement. Les proportions sont sensiblement similaires à Whitehorse, quoiqu'on y dénombre un peu plus de personnes qui utilisent uniquement le français à la maison.

Tableau 5 : Le français parlé à la maison au Yukon et à Whitehorse, 2001¹¹

	Total	Uniquement	Surtout	À égalité	Régulièrement
Yukon	865	200	220	25	420
Whitehorse	725	175	190	15	345

En comparant ces nombres à ceux qui ont été publiés lors des derniers recensements, il apparaît que le nombre de personnes qui parlent le français majoritairement à la maison - soit toutes celles qui n'utilisent que le français et la demie de celles qui l'utilisent avec l'anglais - n'a guère changé depuis 1996. On dénombre en effet aujourd'hui 535 personnes qui utilisent le français majoritairement dans leur foyer, contre 540 au recensement précédent. Cette stabilité du français parlé, alors que le nombre de personnes de langue maternelle française à l'échelle du territoire a diminué de 1 170 à 995 personnes¹² de 1996 à 2001, fait en sorte que la situation au plan de la continuité linguistique s'est améliorée sensiblement. En effet, le taux de continuité linguistique, tel que calculé par les démographes (en comparant le nombre de personnes qui parlent le français majoritairement à la maison à celui des personnes qui déclarent le français comme leur langue maternelle) a beaucoup augmenté depuis 1996, alors qu'il se chiffre aujourd'hui à 57%.

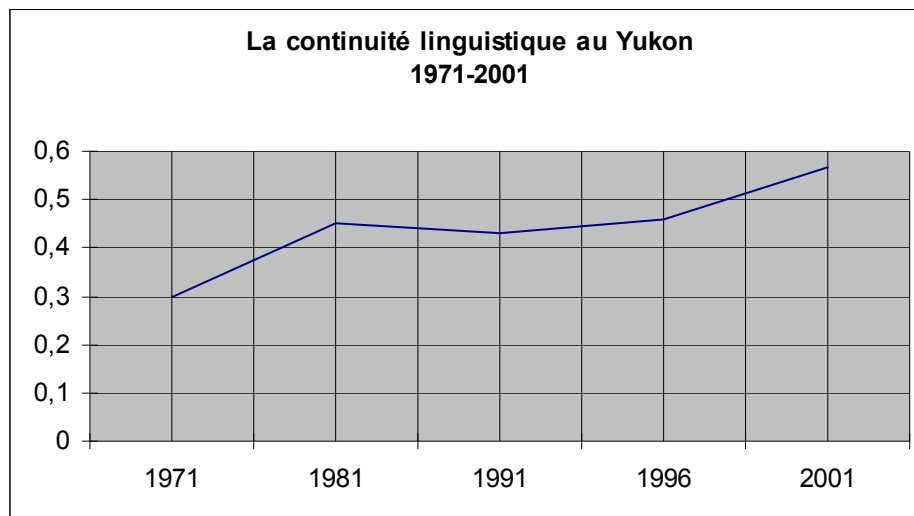
¹¹ STATISTIQUE CANADA. Numéro 97F0007XCB01004 au catalogue (en ligne). Internet : <URL : <http://www.statcan.ca>>.

¹² Rappelons que ce chiffre est celui qui est utilisé quand on répartit, à des fins d'analyse diachronique, le groupe des bilingues français/anglais également entre les francophones et les anglophones.

Tableau 6 : Le français, langue parlée le plus souvent à la maison au Yukon, de 1971 à 2001¹³

Année	Nombre
1971	135
1981	240
1991	390
1996	540
2001	535

Figure 4 : La continuité linguistique au Yukon, 1971-2001¹⁴



¹³ Comprend toutes les personnes ayant déclaré le français comme leur seule langue parlée à la maison et la moitié de celles qui ont déclaré et le français et l'anglais comme langues parlées à la maison. Source : 1971-1996 : MARMEN, L. et J.P. CORBEIL. *Les langues au Canada*, Ottawa, Patrimoine canadien et Statistique Canada, 1999.

¹⁴ Le taux de continuité linguistique a été calculé en comparant le nombre de personnes parlant majoritairement le français à la maison et celui des personnes ayant le français comme langue maternelle. Les données de Marmen et Corbeil ont été utilisées pour les années 1971 à 1996.

En 2001, 2 935 personnes affirment connaître le français au Yukon, soit 10,4 % de la population. La très grande majorité d'entre elles connaissent aussi l'anglais, mais 50 personnes seraient unilingues françaises à l'échelle du territoire. Elles sont 2 420 à le connaître à Whitehorse, soit 11,4 % de la population de l'agglomération.

Tableau 7 : Population, selon la connaissance des langues officielles, 2001¹⁵

Langue	Yukon	Whitehorse
Anglais	25 505	18 775
Français	45	50
Anglais et français	2 890	2 370
Ni français ni anglais	75	70
Total	28 525	21 260

Au Yukon, le nombre de personnes connaissant le français (seulement, ou avec l'anglais) a quintuplé depuis les années 1950. Si la connaissance du français ne touche encore qu'une fraction de la population, il reste que le nombre de personnes connaissant le français ne cesse d'augmenter. C'est dire l'attrait qu'exerce la langue française dans le territoire, qui peut ainsi profiter d'une population francophile de plus en plus importante.

Tableau 8 : Connaissance du français au Yukon, de 1951 à 2001¹⁶

Année	Français seulement	Français et anglais	Total
1951	10	519	529
1961	38	825	863
1971	10	1 210	1 220
1981	10	1 820	1 830
1991	25	2 570	2 595
2001	45	2 890	2 935

¹⁵ STATISTIQUE CANADA. Numéro 95F0337XCB01004 au catalogue (en ligne). Internet : <URL : <http://www.statcan.ca>>.

¹⁶ Source : 1951-1991 : MARMEN, L. et J.P. CORBEIL. *Les langues au Canada*, Ottawa, Patrimoine canadien et Statistique Canada, 1999.

2.4 La scolarité, les emplois et le revenu de la population de langue française

En 2001, la francophonie du Yukon comptait sur une proportion importante de Franco-Yukonnais âgés de 15 ans et plus ayant une scolarité post-secondaire : 275 d'entre eux ont une scolarité universitaire, auxquelles on ajoute les quelque 220 francophones ayant fait d'autres études postsecondaires. Ainsi, plus de 56 % des francophones du Yukon avaient fait des études postsecondaires. Ce pourcentage est le même que celui observé pour la ville de Whitehorse, alors que le taux de personnes détenant une scolarité inférieure à une 9^e année était de 5,1 % pour l'ensemble du Yukon et de 4,5% pour Whitehorse.

Tableau 9 : Population de langue française du Yukon selon le plus haut niveau de scolarité atteint, 2001¹⁷

Niveau	Français	Anglais et français	Total	%
Tous les niveaux	815	65	880	100,0
Moins d'une 9 ^e année	35	10	45	5,1
9 ^e et 13 ^e année	160	35	195	22,2
Métiers	140	10	150	17,0
Études collégiales	220	0	220	25,0
Études universitaires	265	10	275	31,3

¹⁷ STATISTIQUE CANADA. Tableau faisant partie du thème *Composition linguistique du Canada*, numéro 97F0007XCB2001042 au catalogue (sur commande). À noter que les données sont compilées à partir de l'échantillon 20%, et que seules les personnes de 15 ans et plus sont comptabilisées pour cette variable.

Tableau 10 : Population de langue française de Whitehorse selon le plus haut niveau de scolarité atteint, 2001¹⁸

Niveau	Français	Anglais et français	Total	%
Tous les niveaux	525	30	555	100,0%
Moins d'une 9 ^e année	15	10	25	4,5%
9 ^e et 13 ^e année	90	20	110	19,8%
Métiers	85	0	85	15,3%
Études collégiales	140	0	140	25,2%
Études universitaires	195	0	195	35,1%

L'économie du Yukon est largement tributaire de l'exploitation des ressources naturelles. L'importance de ce secteur dans la structure de l'emploi est cependant de moins en moins marquée. En 2001, le pourcentage de Franco-Yukonnaises et de Franco-Yukonnais oeuvrant dans les industries primaires (agriculture, chasse et pêche, forêts, mines et pétrole) était faible, celles-ci n'employant que 25 personnes au total.

La population francophone est aujourd'hui beaucoup plus présente dans les autres secteurs d'activités : le commerce emploie à lui seul plus de 12 % de la main d'œuvre, l'hôtellerie et la restauration près de 10 % et le transport plus de 5 %. Les francophones sont très bien représentés dans le secteur des services publics, où la proportion de la main d'œuvre francophone en administration publique, en éducation, en santé et services sociaux dépasse les 42 %. La francophonie yukonnaise se caractérisait donc en 2001 par une présence très affirmée dans le secteur des services.

¹⁸ *Ibid.* Il faut noter que seule la ville de Whitehorse et non l'ensemble de l'agglomération est considérée ici, ainsi que dans les autres tableaux afférant au domaine socio-économique.

Tableau 11 : Population de langue maternelle française du Yukon selon les secteurs d'activités, 2001¹⁹

Secteur	Français	Anglais et français	Total	%
Tous les secteurs	670	55	725	100,0
Agriculture, foresterie, chasse et pêche	10	0	10	1,4
Extraction minière et extraction de pétrole et de gaz	15	0	15	2,1
Services publics	10	0	10	1,4
Construction	50	0	50	6,9
Fabrication	10	0	10	1,4
Commerce de gros	25	10	35	4,8
Commerce de détail	55	0	55	7,6
Transport et entreposage	30	10	40	5,5
Industrie de l'information et industrie culturelle	15	0	15	2,1
Finances et assurances	10	0	10	1,4
Services immobiliers et de location	0	0	0	0,0
Services professionnels, scientifiques et techniques	30	0	30	4,1
Gestion de sociétés et d'entreprises	0	0	0	0,0
Services administratifs, de soutien, de gestion des déchets et d'assainissement	30	0	30	4,1
Services d'enseignement	100	0	100	13,8
Soins de santé et assistance sociale	40	0	40	5,5
Arts, spectacles et loisirs	15	0	15	2,1
Hébergement et services de restauration	55	15	70	9,7
Autres services, sauf les administrations publiques	20	0	20	2,8
Administrations publiques	155	10	165	22,8

¹⁹ *Ibid.*

La distribution selon les secteurs d'activité pour la ville de Whitehorse en 2001 est assez similaire à celle que nous observons pour l'ensemble du territoire. La présence francophone dans le secteur des services publics y est toutefois encore plus prononcée dans la capitale du territoire, qui est aussi son principal centre de services.

Tableau 12 : Population de langue maternelle française de Whitehorse selon les secteurs d'activités, 2001²⁰

Secteur	Français	Anglais et français	Total	%
Tous les secteurs	440	30	470	100,0
Agriculture, foresterie, pêche et chasse	0	0	0	0,0
Extraction minière et extraction de pétrole et de gaz	0	0	0	0,0
Services publics	10	0	10	2,1
Construction	25	0	25	5,3
Fabrication	0	0	0	0,0
Commerce de gros	25	10	35	7,4
Commerce de détail	45	0	45	9,6
Transport et entreposage	15	0	15	3,2
Industrie de l'information et industrie culturelle	15	0	15	3,2
Finances et assurances	10	0	10	2,1
Services immobiliers et de location	10	0	10	2,1
Services professionnels, scientifiques et techniques	25	0	25	5,3
Gestion de sociétés et d'entreprises	0	0	0	0,0
Services administratifs, de soutien, de gestion des déchets et d'assainissement	20	0	20	4,3
Services d'enseignement	85	0	85	18,1
Soins de santé et assistance sociale	25	0	25	5,3
Arts, spectacles et loisirs	10	0	10	2,1
Hébergement et services de restauration	25	10	35	7,4
Autres services, sauf les administrations publiques	10	0	10	2,1
Administrations publiques	105	10	115	24,5

²⁰ *Ibid.*

Un domaine domine nettement la structure des professions de la population francophone du Yukon en 2001 : la vente et les services, qui emploie un Franco-Yukonnais sur quatre. On retrouve 19,4 % de la main d'œuvre dans les métiers. On note aussi une présence marquée des francophones dans les professions reliées à la gestion, aux affaires, aux finances et à l'administration, ainsi que les sciences naturelles. Enfin, les enseignantes et enseignants, ainsi que les fonctionnaires constituent à eux seuls plus de 20% de la force professionnelle.

Tableau 13 : Population de langue maternelle française du Yukon selon les professions, 2001²¹

Professions	Français	Anglais et français	Total	%
Toutes les professions	665	55	720	100,0
Gestion	50	15	65	9,0
Affaires, finances et administration	85	0	85	11,8
Sciences naturelles et appliquées	65	10	75	10,4
Santé	20	0	20	2,8
Sciences sociales, enseignement, administration publique et religion	145	10	155	21,5
Arts, culture, sports et loisirs	15	0	15	2,1
Vente et services	145	25	170	23,6
Métiers, transport et machinerie	130	10	140	19,4
Professions propres au secteur primaire	10	0	10	1,4
Transformation, fabrication et services d'utilité publique	0	0	0	0,0

Au plan des professions, le portrait qui se dégage pour la ville de Whitehorse est assez semblable à celui de l'ensemble du territoire. Ici aussi, le domaine de la vente et des services occupe une grande place. Mais, c'est le secteur des sciences sociales, de l'enseignement et de l'administration publique qui remporte la palme. Ensuite, viennent les professions reliées aux métiers, au transport et à la machinerie.

²¹ *Ibid.*

Tableau 14 : Population de langue maternelle française de Whitehorse selon les professions, 2001²²

Professions	Français	Anglais et français	Total	%
Toutes les professions	440	30	470	100,0
Gestion	30	10	40	8,5
Affaires, finances et administration	60	0	60	12,8
Sciences naturelles et appliquées	40	0	40	8,5
Santé	10	0	10	2,1
Sciences sociales, enseignement, administration publique et religion	125	0	125	26,6
Arts, culture, sports et loisirs	15	0	15	3,2
Vente et services	90	15	105	22,3
Métiers, transport et machinerie	80	0	80	17,0
Professions propres au secteur primaire	0	0	0	0,0
Transformation, fabrication et services d'utilité publique	0	0	0	0,0

Au moment du dernier recensement, les francophones du Yukon et de Whitehorse tiraient l'essentiel de leurs revenus du travail : 86 % des revenus des francophones du territoire et 87 % de ceux de la ville de Whitehorse sont des revenus gagnés en emploi. Les transferts gouvernementaux formaient seulement 9 % des revenus des premiers et 7,1 % des revenus des seconds, reflet de la très grande autonomie des francophones relativement à l'aide gouvernementale.

²² *Ibid.*

Tableau 15 : Population de langue maternelle française selon la composition du revenu total, 2001²³

Composition	Yukon	Whitehorse
Population de 15 ans et plus	100 %	100 %
Revenu d'emploi	86 %	87 %
Transferts gouvernementaux	9 %	7,1%
Autre	6 %	6%

Le revenu moyen des Yukonnaises et Yukonnais francophones en 2001 était de 31 541 \$, alors que le revenu moyen territorial se situait à 31 917 \$. Un francophone sur six avait des revenus inférieurs à 10 000 \$ ou était sans revenu, ce qui représente une proportion non négligeable de la population. En contrepartie, plusieurs se situent à des niveaux supérieurs dans l'échelle des revenus et plus de 30% des francophones ont des revenus supérieurs à 40 000 \$. Au plan des revenus, la situation des francophones est donc passablement variée, tous ne bénéficiant pas des mêmes chances de s'ajuster aux transformations en cours, de l'économie territoriale.

²³ *Ibid.* Pour des raisons de confidentialité, les informations sur le revenu ne sont pas disponibles pour les personnes ayant l'anglais et le français comme langues maternelles, leur nombre étant trop faible.

**Tableau 16 : Population de langue maternelle française selon la tranche du revenu total,
2001²⁴**

Revenu	Yukon		Whitehorse	
	Nombre	%	Nombre	%
Toutes les tranches	815	100,0 %	525	100,0 %
Sans revenu	10	1,2 %	0	0,0 %
Moins de 2 000 \$	40	4,9 %	25	4,8 %
De 2 000 \$ à 10 000 \$	80	9,8 %	45	8,6 %
De 10 000 \$ à 19 999 \$	160	19,6 %	80	15,2 %
De 20 000 \$ à 29 999 \$	120	14,7 %	80	15,2 %
De 30 000 \$ à 39 999 \$	145	17,8 %	110	21,0 %
De 40 000 \$ à 49 999 \$	65	8,0 %	45	8,6 %
De 50 000 \$ à 59 999 \$	80	9,8 %	65	12,4 %
De 60 000 \$ à 74 999 \$	85	10,4 %	65	12,4 %
75 000 \$ et plus	20	2,5 %	15	2,9 %
Revenu moyen	31 541 \$		34 601 \$	
Revenu médian	28 726 \$		34 568 \$	

Les revenus moyen et médian des francophones sont plus élevés à Whitehorse que pour l'ensemble du territoire. On retrouvait aussi dans la capitale une proportion plus forte de Franco-Yukonnaises et de Franco-Yukonnais dans les tranches de revenu les plus élevées.

²⁴ *Ibid.*

3. Résultats des collectes de données

Ce chapitre fait état de tous les résultats obtenus par les divers modes de collecte de données. Nous traitons d'abord des principaux résultats du sondage téléphonique. Ensuite, nous présentons les faits saillants des groupes cibles. Enfin, nous traçons un portrait des services de santé offerts à Whitehorse, que ce soit par des établissements de santé ou des organismes communautaires; ce portrait est le fruit de nos entrevues avec les divers partenaires des services de santé en français.

3.1 Les résultats du sondage

Nous présentons ici toutes les données obtenues à l'aide du sondage téléphonique. La majorité des données sont exposées sous forme de tableaux et suivies de notre interprétation. Dans certains cas, nous donnons les commentaires que les répondants ont ajoutés à la suite des questions.

Le sondage nous a permis d'obtenir 80 questionnaires complets, d'individus et de familles. Ceci représente, si l'on compte les familles, à peu près 9 % de la population franco-yukonnaise (1 115 personnes selon le recensement de 2001).

Lieux de résidence des répondants

La première question touchait le lieu de résidence des répondants.

Tableau 17 : Lieux de résidence

Endroit	Nombre	%
Whitehorse	71	88,7
Haines Junction	0	0,0
Mayo	2	2,5
Dawson City	6	7,5
Watson Lake	0	0,0
Teslin	1	1,3
Total	80	100

Nous voyons que la grande majorité de nos répondants (près de 90 %) habitent la ville de Whitehorse. Ce pourcentage est équivalent à la provenance réelle des francophones du Yukon. On remarque quand même un petit nombre de répondants de Dawson City, la deuxième ville en importance.

Selon le recensement de 1996, neuf francophones du Yukon sur dix sont nés hors du territoire; la majorité est originaire des autres provinces canadiennes. Dans un de ses rapports, la FCFA mentionne que : « La communauté francophone puise ainsi à même une diversité de racines, ce qui n'est pas sans effet sur l'appartenance et l'identité⁷. »

3.1.1 La perception de l'état de santé

La première partie du questionnaire traitait de la perception de l'état de santé des répondants. Pour ce tableau, il convient de noter que nous avons arrondi à l'état le plus élevé les réponses situées entre deux états.

Tableau 18 : Perception de l'état de santé

État	Nombre	%
Mauvaise santé	0	0,0
Passable	3	3,8
Bonne	20	25,0
Très bonne	33	41,2
Excellente	24	30,0
Total	80	100

Le tableau montre que plus de 70 % des répondants déclarent que leur santé est très bonne sinon excellente. Le quart la considère bonne. Nous attribuons ces réponses à l'âge de notre échantillon : la moitié étant dans la catégorie des 35 à 44 ans et près du quart dans celle des 45 à 54 ans. C'est donc une population jeune, à l'inverse d'autres communautés francophones minoritaires.

En guise de comparaison, notons qu'« au Canada, soixante-trois pour cent des adultes canadiens se déclarent en excellente ou en très bonne santé, et seulement 9 p. 100 décrivent leur état de santé comme moyen ou mauvais⁸. » Proportionnellement, plus de Franco-Yukonnais se disent en très bonne et en excellente santé comparativement à la population canadienne.

Deux autres déterminants de la santé influencent aussi les réponses obtenues : la moitié de notre échantillon (38 personnes) a terminé des études universitaires et 45 répondants déclarent des revenus familiaux de 50 000 \$ et plus. Le niveau d'instruction des francophones du Yukon est certes beaucoup plus élevé qu'ailleurs au pays; le niveau de revenu par famille est aussi élevé comparativement au reste du pays (la moyenne nationale est de 56 629 \$). Ces deux déterminants de la santé ont un lien direct avec les déclarations positives à propos de l'état de santé.

En effet, les chercheurs observent que les gens plus instruits trouvent leur santé meilleure que ceux qui le sont moins; en outre, les gens plus instruits ont de meilleurs emplois et reçoivent de meilleurs salaires. Mis ensemble, ces facteurs leur permettent souvent d'avoir une meilleure qualité de vie. Les liens entre la santé et ces deux déterminants (le niveau d'instruction et les revenus) sont de plus en plus évidents.

Nous avons voulu connaître les raisons des réponses obtenues. Tous n'ont pas répondu à cette question, mais nous avons quand même regroupé les principales réponses.

Passable : Les personnes qui disent avoir une santé passable indiquent la présence de maladies chroniques (diabète et arthrite) et une mauvaise alimentation due, entre autres, au coût élevé de la nourriture.

Bonne : Les personnes qui disent être en bonne santé indiquent qu'elles ne sont pas malades et n'ont pas besoin de soins de santé. Elles se sentent bien en général, mais pourraient en faire plus pour être en meilleure santé. Elles se sentent stressées. Certaines disent vieillir, avoir des problèmes de poids et souffrir de petits problèmes de santé.

Très bonne : Les personnes qui disent être en très bonne santé indiquent qu'elles se sentent bien et qu'elles n'ont pas de problèmes. Elles ne sont pas malades et n'ont pas besoin d'utiliser des services en santé. Elles font de l'activité physique et elles ont une bonne alimentation. Certaines disent voir un médecin pour surveiller leur état de santé.

Excellente : Les personnes qui disent être en excellente santé font référence à l'activité physique, à une bonne alimentation, au fait qu'elles ne fument pas et qu'elles n'ont pas besoin des services en santé. Certaines disent voir un médecin.

Dans le passé, une bonne santé signifiait l'absence de maladies. Ces réponses nous ramènent à ce paradigme. Les personnes qui se disent en bonne santé ne sont pas malades. Les réponses montrent aussi qu'il y a peu de différences entre les gens disant être en très bonne santé et en excellente santé. Ceux qui ont indiqué être en très bonne ou en excellente santé font allusion au contrôle de leur état de santé par un médecin.

3.1.2 L'utilisation des soins de santé

La deuxième partie des données concernait le recours aux soins de santé au cours des deux dernières années et la langue dans laquelle ils avaient été obtenus. Le lecteur doit ici noter que nous posions la question à nos interlocuteurs. Ils pouvaient répondre pour eux-mêmes, mais s'ils n'avaient pas consulté de professionnels de la santé, nous leur demandions de répondre pour leur conjoint.

Tableau 19 : Nombre de répondants ayant utilisé des soins de santé, au cours des deux dernières années

Réponses	Nombre	%
Oui, pour moi-même	61	76,2
Oui, pour mon conjoint mais pas pour moi-même	9	11,3
Non	10	12,5
Total	80	100

Comme l'indique le tableau, 70 répondants ont eu recours à des soins de santé, surtout pour eux-mêmes, durant les deux dernières années. C'est donc une minorité qui n'utilise pas régulièrement de soins de santé. Les réponses aux questions suivantes permettent de préciser en quoi consistaient les soins obtenus.

Nous avons voulu identifier les professionnels de la santé consultés pour connaître les types de soins recherchés. Dans la même question, nous avons demandé aux répondants de nous indiquer la fréquence des services, l'endroit où ils avaient été reçus et la langue dans laquelle ils avaient été reçus. Le tableau suivant présente les réponses des 70 répondants qui ont eu besoin de soins de santé pour eux-même ou pour leurs conjoints durant les deux dernières années.

Tableau 20 : Utilisation des soins de santé, au cours des deux dernières années, selon la catégorie de professionnels, la fréquence, l'endroit et la langue de service⁹

Catégorie	Nombre de répondants	Nombre de fois	Endroit	Langue
Médecin de famille	68	1 à 2 : 20 3 à 5 : 25 6 à 10 : 16 Plus de 10 : 6 Pas de réponse : 1	Hôpital : 11 Bureau de médecin : 44 Clinique de santé : 25	Français : 6 Anglais : 71 Les 2 langues : 2
Médecin spécialiste	27	1 à 2 : 19 3 à 5 : 8	Hôpital : 22 Bureau de médecin : 6 Clinique de santé : 1 Dont 1 fois à Calgary, 3 fois à Vancouver et 1 fois en dehors du territoire.	Anglais : 29 Les 2 langues : 1
Infirmière	27	1 à 2 : 16 3 à 5 : 8 6 à 10 : 2 Pas de réponse : 1	Hôpital : 18 Bureau de médecin : 4 Clinique de santé : 2 CSC : 2 Station d'infirmière : 2 À la maison : 1	Français : 4 Anglais : 26
Dentiste	53	1 à 2 : 31 3 à 5 : 19 6 à 10 : 3	Bureau de médecin : 31 Clinique de santé : 22	Français : 9 Anglais : 41 Les 2 langues : 3
Nutritionniste ou diététicien	1	1 à 2 : 1	Hôpital : 1	Anglais : 1
Travailleur social	1	3 à 5 : 1	CSC : 1	Français : 1
Orthophoniste	1	3 à 5 : 1	Bureau gouvernemental : 1	Anglais : 1
Psychologue	4	1 à 2 : 1 6 à 10 : 1 Plus de 10 : 1 Pas de réponse : 1	Clinique de santé : 1 CSC : 2 SOFA : 1	Français : 1 Anglais : 2 Les 2 langues : 1
Pharmacien	39	1 à 2 : 11 3 à 5 : 11 6 à 10 : 5 Plus de 10 : 8 Pas de réponse : 4	Pharmacie : 36 Magasin : 3	Anglais : 38 Les 2 langues : 1
Naturopathe	8	1 à 2 : 2 3 à 5 : 2 6 à 10 : 2 Pas de réponse : 2	Bureau de médecin : 4 Clinique de santé : 2 CSC : 1	Anglais : 7
Chiropraticien	7	1 à 2 : 2 3 à 5 : 2	Bureau de médecin : 4 Clinique de santé : 2	Anglais : 7

Catégorie	Nombre de répondants	Nombre de fois	Endroit	Langue
		6 à 10 : 3		
Optométriste / Ophtalmologiste	7	1 à 2 : 6 6 à 10 : 1	Hôpital : 2 Bureau de médecin : 2 Clinique de santé : 3	Anglais : 7
Physiothérapeute / Ergothérapeute	12	1 à 2 : 1 3 à 5 : 4 6 à 10 : 4 Plus de 10 : 1 Pas de réponse : 2	Hôpital : 4 Bureau de médecin : 4 Clinique de santé : 3 Centre de physique : 1	Français : 2 Anglais : 10
Médecines douces et alternatives	10	1 à 2 : 3 3 à 5 : 2 6 à 10 : 3 Plus de 10 : 2	Bureau de médecin : 3 Clinique de santé : 4 Maison privée : 2 Boutique : 1	Français : 1 Anglais : 8 Les 2 langues : 1

Ce sont les médecins de famille qui ont été consultés le plus souvent. Parmi les 68 répondants, 25 ont vu un médecin de 3 à 5 fois, 16 l'ont vu de 6 à 10 fois et 6, plus de 6 fois. Même si nos répondants se disaient en bonne santé, beaucoup consultent un médecin de famille et certains, un grand nombre de fois. Ces visites ont surtout eu lieu au bureau du médecin plutôt qu'à l'hôpital ou même à la clinique de santé; il s'agit donc principalement de visites de routine, de suivi ou pour faire différents tests. En très grande majorité, les répondants ont reçu leurs services en anglais; quelques-uns seulement disent les avoir reçus en français.

Au deuxième rang des services utilisés viennent les visites chez le dentiste. D'après le tableau, 53 personnes sur un total de 70 (75 %) ont consulté un dentiste au cours des deux dernières années. Ceci est considéré « normal » dans la mesure où la clientèle adulte voit généralement son dentiste au moins une fois par année. Le tableau indique des visites fréquentes pour une vingtaine de personnes, qui ont eu lieu à la clinique de santé ou au bureau. Neuf répondants sur un total de 70 ont reçu des services en français, ce qui révèle la présence de dentistes francophones au Yukon.

Le tableau montre aussi que 39 personnes ont utilisé les services d'un pharmacien. Ce professionnel de la santé est fréquemment visité, soit à la pharmacie, soit dans les grands magasins. Les services sont disponibles en anglais seulement, bien qu'un répondant ait été servi dans les deux langues. À notre connaissance, il n'y a pas de pharmacien francophone dans le territoire du Yukon. Notons que les pharmaciens sont des professionnels très importants dans le continuum de la santé : ils démystifient souvent les médicaments pour la

population, expliquent la posologie et vérifient les interactions entre les médicaments. Les aînés, entre autres, consultent régulièrement ce professionnel de la santé.

Suivant ces trois catégories de professionnels de la santé, les répondants ont indiqué avoir utilisé les services suivants :

- ceux d'une infirmière, particulièrement à l'hôpital (18); les soins ont été donnés en anglais, pour la majorité des répondants. Très peu ont été offerts en français, même si plusieurs infirmières parlent français à l'hôpital de Whitehorse.
- ceux d'un médecin spécialiste, particulièrement à l'hôpital. Pour cette catégorie de professionnels, nous savons que les soins sont dispensés en milieu hospitalier. Ils soins ont été donnés en anglais.
- ceux d'un physiothérapeute ou d'un ergothérapeute, à raison de plusieurs visites, dans différents endroits. Ces soins ont été offerts en anglais, quoique deux personnes disent en avoir obtenu en français.
- ceux de naturopathes, de massothérapeutes, etc., à raison de plusieurs visites, à différents endroits. Ces soins ont été offerts en anglais, quoiqu'une personne ait dit les avoir reçus en français et une autre, dans les deux langues.

En résumé, les professionnels de la santé consultés par les répondants offrent avant tout des soins de première ligne (ou soins de santé primaire). Pour familiariser les lecteurs avec ce type de soins, on en donne une définition à l'annexe B. En général, on cherche d'abord les services d'un médecin, qui est souvent la porte d'entrée du système de santé. Les gens en très bonne et en excellente santé disent visiter leur médecin régulièrement. Ensuite, ce sont les services du dentiste qui prédominent. Après, les répondants consultent les divers professionnels de la santé, mais surtout le pharmacien, le médecin spécialiste, l'infirmière, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute. Ceci nous renseigne beaucoup sur les catégories de services professionnels utilisés et recherchés par les répondants.

Le tableau indique qu'il y a peu de services disponibles en français. Dans la communauté de Whitehorse, on trouve quelques professionnels de langue française; dans le cas des médecins, leur pratique est complète et ne leur permet pas de prendre de nouveaux clients. Les nouveaux venus ne peuvent donc pas obtenir leurs services. L'hôpital de Whitehorse compte des infirmières de langue française, mais celles-ci donnent des services aux clients, en général. Cependant, lorsque des francophones arrivent à l'hôpital, on demande au coordonnateur des services en français ou à une infirmière francophone de faire de l'interprétation. Il y a aussi d'autres professionnels francophones tels des dentistes, une

physiothérapeute et un psychologue. En somme, dans un tel système, les personnes qui s'expriment peu ou mal en anglais sont vulnérables; elles doivent avoir recours à des services d'interprétation.

La question suivante concernait l'utilisation des services de santé pour les enfants des répondants.

Tableau 21 : Nombre de répondants ayant utilisé des soins de santé pour leurs enfants, au cours des deux dernières années

Réponses	Nombre	%
Oui	43	53,8
Non	12	15
Je n'ai pas d'enfant à la maison	25	31,2
Total	80	100

Quarante-trois répondants ont dit avoir eu recours à des soins de santé pour leurs enfants à la maison durant les deux dernières années. Nous leur avons posé les mêmes questions que précédemment.

Tableau 22 : Utilisation des soins de santé par les répondants pour leurs enfants, au cours des deux dernières années, selon la catégorie de professionnels, la fréquence, l'endroit et la langue de service¹⁰

Catégorie	Nombre de répondants	Nombre de fois	Endroit	Langue
Médecin de famille	42	1 à 2 : 11 3 à 5 : 18 6 à 10 : 9 Plus de 10 : 3 Pas de réponse : 1	Hôpital : 12 Bureau de médecin : 27 Clinique de santé : 13 CSC : 1	Français : 8 Anglais : 41 Les 2 langues : 4
Médecin spécialiste	10	1 à 2 : 8 3 à 5 : 1 Pas de réponse : 1	Hôpital : 5 Bureau de médecin : 4 Clinique de santé : 1 Dont 1 fois à Vancouver	Anglais : 6 Les 2 langues : 4
Infirmière	17	1 à 2 : 8 3 à 5 : 6 6 à 10 : 2 Pas de réponse : 1	Hôpital : 10 Clinique de santé : 2 École : 1 CSC : 6 Station d'infirmière : 1	Français : 4 Anglais : 15 Les 2 langues : 1
Dentiste	31	1 à 2 : 15 3 à 5 : 12 6 à 10 : 3 Plus de 10 : 1	Bureau de médecin : 14 Clinique de santé : 12 École : 6	Français : 7 Anglais : 25 Les 2 langues : 3
Nutritionniste ou diététicien	1	1 à 2 : 1	CSC : 1	Anglais : 1
Travailleur social	2	1 à 2 : 1 3 à 5 : 1	Bureau de médecin : 1 CSC : 1	Français : 1 Anglais : 1
Orthophoniste	1	3 à 5 : 1	Bureau du médecin, à Vancouver : 1	Anglais : 1
Psychologue	2	1 à 2 : 1 Plus de 10 : 1	CSC : 5	Français : 1 Anglais : 1
Pharmacien	18	1 à 2 : 8 3 à 5 : 4 6 à 10 : 3 Plus de 10 : 3	Pharmacie : 17	Anglais : 18
Naturopathe	1	1 à 2 : 1	Bureau de médecin : 1	Anglais : 1
Chiropraticien	1	1 à 2 : 1	Clinique de santé : 1	Anglais : 1
Optométriste / Ophthalmologiste	1	1 à 2 : 1	Clinique de santé : 1	Anglais : 1
Orthodontiste	6	1 à 2 : 1 3 à 5 : 1 6 à 10 : 1 Plus de 10 : 3	Bureau de médecin : 3 Clinique de santé : 3	Anglais : 6

Catégorie	Nombre de répondants	Nombre de fois	Endroit	Langue
Médecines douces et alternatives	1	1 à 2 : 1	Clinique de santé : 1	Anglais : 1

Ce tableau permet de constater la similarité des réponses obtenues avec le tableau précédent. Les consultations ont été faites dans l'ordre suivant : médecin, dentiste, infirmière et pharmacien.

Sur une possibilité de 43 répondants qui ont eu besoin de services pour leurs enfants, 42 ont consulté un médecin de famille; ces consultations ont été fréquentes pour plusieurs enfants. D'autres répondants (12) n'ont pas eu besoin de soins pour leurs enfants. La majorité des consultations ont eu lieu au bureau du médecin, mais très peu ont eu lieu en français.

Au deuxième rang des services utilisés pour les enfants vient le dentiste. Il a été consulté, à plusieurs reprises, pour de nombreux enfants, presque aussi fréquemment que le médecin. Très souvent, ces consultations ont eu lieu au bureau du dentiste et, quelquefois, en français.

Au troisième rang figure le pharmacien. Les répondants l'ont vu pour obtenir des médicaments nécessaires; ils ont reçu les services en anglais. Au quatrième rang se trouvent les infirmières, que les enfants ont souvent rencontrées à l'hôpital. Les services ont été donnés surtout en anglais.

Le deuxième tableau sur les services utilisés livre des informations similaires au premier. Des conclusions semblables à celles du tableau précédent en ressortent. En ce qui concerne la langue, il y a peu de services en français. Comme nous l'avons mentionné auparavant, il y a quelques professionnels de langue française dans la communauté de Whitehorse, mais ceux-ci offrent des soins de santé à la population en général sans égard au bagage linguistique de la clientèle.

3.1.3 L'utilisation et l'importance des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé

Dans la catégorie des soins de santé primaire, la littérature inclut des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé. Pour clarifier ces deux concepts largement utilisés en santé, nous en présentons une définition à l'annexe B. Nous avons posé des questions aux répondants sur leurs habitudes à cet égard. Pour ne pas alourdir le texte, nous ne présentons que les conclusions qui ressortent du premier tableau traitant de cette question. Seulement un petit nombre de répondants ont participé à des activités de prévention des maladies. Pourtant, elles sont assez présentes et variées au Yukon; elles sont toutefois surtout offertes en anglais, quoique plusieurs le soient en français.

Pour compléter notre connaissance sur la prévention, nous avons demandé à nos répondants d'indiquer le degré d'importance de ces activités dans leur vie. Le tableau suivant expose les réponses obtenues.

Tableau 23 : Degré d'importance accordé à des activités de prévention des maladies

Importance	Nombre	%
Pas important	6	7,5
Peu important	5	6,2
Moyennement important	15	18,8
Important	25	31,2
Très important	26	32,5
Pas de réponse	3	3,8
Total	80	100

Ce tableau révèle l'importance élevée qu'accordent les répondants aux activités de prévention des maladies. En règle générale, les Canadiens comprennent peu et mal la place de la prévention dans les soins de santé. Nos répondants font foi d'une autre réalité, puisque 64 % y accordent une importance élevée (important et très important). Nous attribuons ces réponses aux caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon : une population relativement jeune, très scolarisée et ayant de bons revenus.

La prochaine question avait pour but de vérifier les habitudes de vie en matière de promotion de la santé. Nous avons demandé aux répondants s'ils participaient à des activités du genre et, si oui, dans quelle langue. Pour ne pas alourdir le texte, nous ne

présentons les conclusions ressortant de la première série de données. Les réponses indiquent que les répondants ont participé à diverses activités de promotion de la santé, mais il ne s'agit que d'une petite partie de l'échantillon. Les activités telles que les groupes d'entraide, les ateliers d'affirmation ou de croissance personnelle, les comités pour améliorer l'environnement et les campagnes de sensibilisation ont suscité le plus de participation. Les informations obtenues nous permettent de constater que bon nombre se tient en français. Des organismes francophones font partie des endroits fréquentés pour obtenir ces services (SOFA, AFY, EssentiElles). Comme en matière de prévention, il existe certains programmes ou activités de promotion de la santé en français.

Nous avons aussi voulu connaître le degré d'importance accordé par les répondants à ce type d'activités dans leur communauté.

Tableau 24 : Degré d'importance accordé à des activités de promotion de la santé

Échelle	Nombre	%
Pas important	4	5,0
Peu important	5	6,2
Moyennement important	16	20,0
Important	29	36,3
Très important	24	30,0
Pas de réponse	2	2,5
Total	80	100

Le tableau montre, encore une fois, les caractéristiques de notre échantillon; 66 % déclarent que des activités de promotion de la santé sont importantes ou très importantes. Ce pourcentage est significatif et révèle le haut niveau d'intérêt des répondants pour ce type d'activités. Comme pour la question précédente, nous attribuons ces réponses aux caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon.

En résumé, nous constatons que des répondants participent déjà à des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé. Plusieurs de ces activités sont offertes en français par divers organismes dont certains sont francophones et bien connus dans la communauté. La grande importance accordée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé reflète un échantillon relativement jeune, bien instruit, qui gagne de bons revenus. Selon ces réponses, il faudra prévoir, dans tout type d'organisation de soins de

santé en français pour la communauté franco-yukonnaise, l'importance d'activités et de programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé.

3.1.4 Perspectives d'avenir : les services de santé en français

Cette partie du questionnaire concernait les perspectives d'avenir des répondants en matière de santé. La première question vérifiait leur connaissance des professionnels de la santé présents dans la communauté.

Tableau 25 : Connaissance des professionnels de la santé présents dans la communauté pouvant offrir des services de santé en français

Réponses	Nombre	%
Oui	59	73,8
Non	10	12,5
Je ne sais pas	11	13,7
Total	80	100

Un fort pourcentage de l'échantillon indique qu'il y a des professionnels de la santé francophones au Yukon. Les répondants nous ont laissé plusieurs commentaires à ce sujet : « l'infirmière parle français; services en français disponibles dans les hôpitaux à cause du gouvernement, mais le secteur privé n'est pas bilingue; ceux qui peuvent offrir des services en français n'acceptent pas de nouveaux clients; il y a deux médecins qui parlent français; il y a un médecin qui parle français; il y a deux médecins qui parlent français, mais ils n'acceptent plus de nouveaux clients. » À peu près 25 % des répondants disent ne pas être au courant ou croire qu'il n'y en a pas. Ces réponses suggèrent qu'il y ait de la sensibilisation à faire dans la communauté.

En réalité, il y a plusieurs professionnels de la santé de langue française au Yukon; les membres de la communauté les plus engagés les connaissent et les consultent, lorsqu'ils le peuvent. Ceux qui sont moins engagés dans la francophonie les connaissent moins. Lors de la tenue d'un groupe cible en novembre dernier, nous avons aussi remarqué que les professionnels de la santé francophones se connaissaient peu.

Après cette première question, nous avons voulu approfondir les besoins en santé des répondants. Nous leur avons demandé de préciser le degré d'importance qu'ils accordent à

un service d'accueil et de références sur les services de santé disponibles en français. Le tableau suivant expose les données obtenues.

Tableau 26 : Degré d'importance d'un service d'accueil et de références

Échelle	Nombre	%
Pas important	5	6,2
Peu important	4	5,0
Moyennement important	9	11,3
Important	32	40,0
Très important	30	38,5
Total	80	100

Pour 78,5 % de l'échantillon, l'obtention d'un tel service est importante, voire très importante. Parmi toutes les questions où l'on demandait le degré d'importance, celle-ci a reçu le plus fort pourcentage. Ces réponses révèlent un grand besoin. Comme pour la question précédente, un bon pourcentage des gens croit qu'il y a des professionnels de la santé francophones mais semble ne pas savoir comment les rejoindre. D'autres ne sont pas au courant ou n'en connaissent pas. Ces réponses suggèrent que l'information relative aux professionnels de la santé soit peu disponible ou peu diffusée. Toutefois, soulignons qu'un service d'accueil et de références représente plus que l'obtention d'informations. Dans une communauté, offrir de l'accueil signifie la capacité de donner un premier service de base, mais aussi de prendre le temps de connaître les clients et de vérifier leurs besoins. De là, on peut procéder à des références.

Nous avons ensuite posé une question directe sur les soins de santé en français. Nous avons demandé aux répondants d'indiquer, sur une échelle de 1 à 5, le degré d'importance accordé à la possibilité d'obtenir de tels soins dans leur communauté. Le tableau suivant révèle les réponses.

Tableau 27 : Degré d'importance de l'obtention de soins de santé en français

Échelle	Nombre	%
Pas important	10	12,5
Peu important	3	3,8
Moyennement important	12	15,0
Important	26	32,5
Très important	29	36,2
Total	80	100

Près de 69 % des répondants disent qu'il est important sinon très important de recevoir des soins de santé en français dans leur communauté. Un petit nombre (13) déclare que ce n'est pas ou peu important. Ceci signale clairement la volonté des répondants à cet égard. À cette question, certains ont indiqué que la qualité des services était un critère important.

La prochaine question visait à savoir si les répondants ont eu des difficultés à obtenir des soins de santé en français durant les deux dernières années et, si oui, lesquelles. Le tableau suivant présente les données obtenues.

Tableau 28 : Difficultés à obtenir des services de santé en français

Réponses	Nombre	%
Oui	20	25,0
Je n'ai jamais demandé des soins de santé en français	51	63,8
Non	8	10,0
Pas de réponse	1	1,2
Total	80	100

D'après le tableau, 25 % de notre échantillon a éprouvé des difficultés diverses par rapport à leur demande ou à l'obtention de services de santé en français. Nous avons demandé aux répondants de préciser ces difficultés. Voici les réponses obtenues :

- les professionnels de la santé francophones connus ne sont pas disponibles (liste d'attente ou ne prennent plus de clients);

- l'absence du choix et de l'affichage de la langue de service; on ne demande donc pas le service en français;
- l'ignorance de la présence des professionnels de la santé francophones dans la communauté;
- le service d'interprète de l'hôpital n'est pas très demandé, car il suscite un problème de confidentialité;
- les autres services en français demandés : pharmacie, aide à la famille, pédiatrie et diététique; quelques répondants ont signalé la présence d'infirmières francophones à l'hôpital.

Ces réponses illustrent bien les obstacles actuels pour tout francophone qui veut des services de santé en français. C'est sans doute, en bonne partie, la raison pour laquelle un grand pourcentage de notre échantillon (63,8 %) dit n'en avoir jamais demandé! Ce tableau nous incite à croire que les francophones du Yukon n'utilisent pas les services disponibles parce que ces derniers ne les satisfont pas. Comme d'autres personnes, ils veulent des services de qualité, ne veulent pas attendre parce qu'ils sont francophones et veulent éviter des problèmes de confidentialité. Ces arguments doivent certainement être pris en considération dans le développement d'un modèle d'organisation des soins de santé.

La prochaine question tentait de cerner les facteurs d'importance lorsque les répondants doivent faire des choix en santé. Nous avons voulu voir si la langue était un de ces facteurs.

Tableau 29 : Facteurs importants lors du choix d'un service de santé

Facteurs	Nombre	%
Distance du service	17	10,8
Rapidité du service	39	24,7
Qualité du service	62	39,2
Langue du service	17	10,8
Confidentialité	23	14,5

Le tableau illustre les facteurs les plus importants : la qualité et la rapidité. Autrement dit, lorsqu'on est malade, on cherche avant tout un service de qualité et rapide. La confidentialité vient au troisième rang des priorités suivie de la langue et de la distance. La langue est donc moins importante. Ce tableau confirme, en quelque sorte, nos hypothèses à propos du tableau précédent. On comprend que les Franco-Yukonnais ont peu de choix, surtout en ce qui touche la langue des services; ils ne sont pas habitués à se faire servir en

français. Plusieurs doutent même de la qualité des services de santé en français. Ces données indiquent que, dans toute organisation des soins de santé en français pour la communauté franco-yukonnaise, il faudra s'assurer d'une très bonne qualité de services et de la rapidité.

La prochaine question concernait les professionnels de la santé les plus importants pour doter une communauté de services en français. Il convient de noter que nous avons dû établir un système de pointage afin de refléter adéquatement la priorité accordée par les répondants : 3 points pour la priorité 1, 2 points pour la priorité 2 et 1 point pour la priorité 3.

Tableau 30 : Catégories de professionnels jugés essentiels pour avoir des services de santé en français, par ordre prioritaire

Professionnels de la santé	1	2	3	Total	Pointage	%
Médecin de famille	53	14	4	71	191	41,8
Infirmière	12	22	10	44	90	19,7
Dentiste	0	15	13	28	43	9,4
Travailleur social	1	8	12	21	31	6,8
Psychologue	4	5	8	17	30	6,6
Médecin spécialiste	4	5	7	16	29	6,3
Pharmacien	0	6	10	16	22	4,8
Orthophoniste	2	0	2	4	8	1,8
Nutritionniste ou diététicien	1	0	4	5	7	1,5
Naturopathe, homéopathe	1	1	1	3	6	1,3
Total	78	76	71	225	457	100

Le tableau montre clairement les priorités des répondants. Premièrement, le médecin de famille est jugé essentiel et il obtient 41,8 % du pointage total. Ces données correspondent très bien aux tableaux sur l'utilisation des soins de santé. L'infirmière arrive en deuxième place avec 19,6 % des choix pondérés. Fait intéressant, dans les petites communautés souvent rurales, l'infirmière est souvent au centre de l'accès aux soins de santé.

Les infirmières praticiennes sont, entre autres, un modèle d'intervention en santé qui répond très bien aux besoins de ces communautés. Le dentiste est identifié en troisième place avec 9,4 % des choix pondérés; une fois encore, cela correspond fort bien aux données sur l'utilisation des services. Les deux autres priorités sont intéressantes, car elles concernent la santé mentale : le travailleur social et le psychologue. Voilà les cinq professionnels de la santé qui sont jugés essentiels pour faciliter l'accès aux soins de santé en français.

Enfin, nous avons voulu connaître les meilleurs endroits pour accueillir des soins de santé en français. Nous avons établi un système de pointage pour cette question afin de refléter la priorité accordée; 2 points pour la priorité 1 et 1 point pour la priorité 2.

Tableau 31 : Endroits pouvant accueillir des services de santé en français, par ordre prioritaire

Types d'endroit	1	2	Total	Pointage	%
Hôpital	30	24	54	84	36,5
Centre de santé communautaire	16	17	33	49	21,3
Bureau de médecin	16	14	30	46	20,0
Clinique de santé	9	13	22	31	13,5
Organisme communautaire autre qu'un CSC	6	8	14	20	8,7
Total	77	76	153	230	100

La lecture du tableau révèle que l'hôpital ressort comme l'endroit prioritaire. Le centre de santé communautaire prend la deuxième place suivi par le bureau du médecin. Ces réponses variées montrent surtout qu'il y a différentes possibilités. Pour la communauté yukonnaise, l'hôpital est un choix facile, puisque c'est ce qu'elle connaît le plus.

3.1.5 Conclusion sur les données du sondage

En résumé, le sondage permet d'établir plusieurs constats. Les répondants vivent généralement à Whitehorse; neuf vivent à l'extérieur de la capitale du Yukon. La majorité d'entre eux (70 %) se dit en très bonne santé sinon en excellente santé; nous attribuons ceci aux caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Les répondants utilisent principalement, pour eux-mêmes ou les membres de leurs familles, les services des médecins de famille, des dentistes, des infirmières et des pharmaciens. Un grand nombre voient ces professionnels régulièrement, sinon souvent. En règle générale, les services ont été obtenus en anglais à la clinique, à l'hôpital et au centre de santé communautaire. Peu de répondants ont été capables d'obtenir des services en français.

Les répondants jugent que des activités et des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé sont importants. Plusieurs participent déjà à ce genre d'activités qui sont parfois offertes en français par des organismes francophones.

Les répondants connaissent peu et mal les professionnels de la santé francophones dans leur région. Ceux qui désirent des services en français éprouvent beaucoup de difficultés. Dans les faits, bon nombre n'en demandent pas pour toutes sortes de bonnes raisons. Cependant, les répondants trouvent que des services de santé en français sont importants, mais doivent être de bonne qualité et disponibles rapidement.

Les professionnels de la santé jugés essentiels pour la prestation de soins en français comprennent les médecins de famille, les dentistes, les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues. Un service d'accueil et d'aiguillage est aussi considéré très important. Enfin, les meilleurs lieux pour obtenir des services en français sont l'hôpital et le centre de santé communautaire. Ceci complète l'analyse des données recueillies par le sondage téléphonique. La partie suivante traite des informations obtenues dans les groupes cibles.

3.2 Les résultats des groupes cibles

Pour approfondir les données tirées du sondage, nous avons organisé sept groupes cibles. Ils ont tous été menés de la même façon. Nous avons d'abord demandé aux participants d'identifier les besoins en santé de leur segment de la population et nous en dressions ensuite une liste; après, nous faisons une synthèse pour nous assurer que le groupe était en accord avec les besoins identifiés. Enfin, nous demandions aux participants les meilleures façons d'offrir des services en français.

Nous avons organisé sept groupes cibles avec différents segments de la population. Nous avons ainsi rencontré des représentants des segments suivants :

- les familles (2 groupes);
- les femmes;
- les jeunes;
- les hommes;
- les aînés;
- les professionnels de la santé.

Les groupes variaient de 2 à 30 personnes. En tout, nous avons discuté avec une cinquantaine de personnes. Toutes les rencontres ont eu lieu durant la semaine du 18 novembre 2002. Dans cette partie du rapport, nous reproduisons les faits saillants de chaque groupe cible; les données « brutes » sont présentées à l'annexe C. Cette partie du rapport a été enrichie de données provenant de recherches.

Il convient de noter que la participation à certaines rencontres était faible. Par conséquent, les résultats donnent des pistes intéressantes mais ne peuvent être interprétés comme représentatifs de l'ensemble d'un segment de la population.

A) LES FAMILLES

Les adultes vivant dans des familles représentent le groupe d'âge le plus important dans la communauté franco-yukonnaise. Dans une large mesure, ces adultes sont au cœur de l'économie du territoire et participent pleinement à son essor. Les familles franco-yukonnaises ont une particularité : la majorité d'entre elles ont laissé leur famille d'origine lorsqu'elles sont venues s'établir au Yukon. Elles ne jouissent donc pas de l'appui de leur famille pour les aider à vivre divers problèmes. Dans une certaine mesure, elles souffrent d'isolement.

La situation actuelle rend la vie des parents difficile. D'abord, il faut pouvoir communiquer en anglais, ce qui n'est pas toujours le cas des parents franco-yukonnais. En plus, le manque de services de santé en français crée d'importantes difficultés : les enfants vivant en français à la maison et allant à l'école de langue française s'expriment souvent peu en anglais. Il s'ensuit des problèmes de compréhension entre le professionnel de la santé et l'enfant. Présentement, l'interprétation semble le moyen utilisé pour faciliter la communication. Pourtant, selon Santé Canada, « se fier aux membres de la famille ou à des interprètes non professionnels recrutés selon les besoins (le moyen le plus employé au Canada à l'heure actuelle pour surmonter les barrières linguistiques) est une solution qui présente de trop nombreux risques pour être acceptable¹¹. » L'interprétation n'est pas idéale et peut même

mener à des problèmes de diagnostic. En somme, la pénurie de services en français représente un obstacle important qui limite l'accès aux services de santé pour les familles.

Les principaux besoins identifiés par les familles comprennent :

- des services de santé génériques;
- des services de soutien à la famille;
- des services pour les jeunes enfants (petite enfance et garderie), les enfants d'âge scolaire et les adolescents.

B) LES FEMMES

En 1997, le groupe les EssentiElles a effectué un sondage auprès des femmes francophones du Yukon¹². Il examinait leurs besoins dans plusieurs domaines de leur vie. En ce qui a trait à la santé, voici les préoccupations majeures signalées :

- la non-disponibilité des médecins;
- le besoin de spécialistes (pédiatres, gynécologues);
- le soutien psychologique;
- le développement des médecines alternatives et leur intégration au système médical.

Au cours des dernières années, quelques autres études ont été réalisées pour mieux connaître les besoins des femmes francophones. L'une d'elles, menée par le Yukon Women's Directorate, rapporte quelques faits qui appuient certains besoins mentionnés précédemment :

Women in the territory make up the majority of Mental Health Services Clientele, although the reasons for this tendency are not entirely clear. Contributing factors might include differences in help-seeking behaviour, differences in diagnosis, as well as the impact of environmental and social factors¹³.

Mentionnons aussi les résultats préliminaires d'une étude de besoins, menée en 2001-2002, qui fait part de besoins des jeunes mères et de leurs enfants :

Les femmes francophones vivant au Yukon qui ont déjà eu des enfants auraient visiblement pu utiliser plus de services dans leur langue durant la

grossesse et la maternité. Cela nous indique que les futures mamans francophones auront probablement les mêmes besoins. Comme la plupart d'entre elles n'ont pas d'aide de leur famille car cette dernière n'habite pas sur le territoire, il y a un besoin de support émotionnel et d'aide à la maison durant la grossesse et la période postpartum qui doit être comblé par un programme communautaire. De plus, l'accès à l'information en français semble être une priorité¹⁴.

Les préoccupations identifiées par les EssentiElles sont encore valables aujourd'hui, car la situation n'a guère changé depuis. En matière de besoins, les faits saillants du groupe cible des femmes concordent avec les rapports examinés qui traitent de la condition des femmes.

Les principaux besoins identifiés par le groupe des femmes comprennent :

- des services génériques de santé;
- des services spécialisés (pédiatres, gynécologues);
- du soutien émotionnel (appui et soutien psychologique);
- des services avant, durant et après la naissance.

C) LES JEUNES

Le groupe cible pour les jeunes s'est déroulé différemment des autres. Puisque les jeunes présentaient une pièce de théâtre la même journée, nous avons pu rencontrer le groupe. Nous avons posé des questions directes afin d'accélérer le processus.

Pour bon nombre de jeunes francophones vivant dans les communautés minoritaires, l'accès à des services de santé en français est perçu comme plus ou moins important. En règle générale, ils peuvent communiquer facilement dans les deux langues officielles. Pourtant, le groupe de jeunes rencontré au Yukon disait tenir beaucoup à obtenir des services de santé en français. Ils ajoutaient que si les services étaient disponibles, ils les utiliseraient.

Les principaux besoins identifiés par le groupe de jeunes comprennent :

- des services de santé génériques (médecins, dentistes);
- des services en santé mentale;
- divers professionnels de santé.

D) LES HOMMES

En général, les participants de ce groupe se sont dits insatisfaits des services de santé reçus. Pour eux, la situation actuelle se traduit ainsi :

- il y a peu de services de santé en français, voir aucun mais ceux-ci sont très importants;
- les « hommes » sont aussi « fragiles » que d'autres clientèles parfois plus verbales en matière de santé;
- les besoins sont vastes; ils touchent la santé physique, mentale et communautaire (programmes de promotion et de prévention);
- l'on manque de professionnels de la santé et plusieurs catégories sont nécessaires pour donner des services de qualité en français;
- l'information et les références sont importantes.

Les principaux besoins identifiés par le groupe des hommes comprennent :

- des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé pour les hommes;
- des soins de santé en français à tous les niveaux;
- de l'information et des références en français.

Un participant rapporte un cas où le manque de services de santé en français a incité un francophone à quitter le Yukon : « Le manque de soins de santé en français ne favorise pas le maintien de la population francophone. »

E) LES AÎNÉS

Nous avons rencontré un petit groupe d'aînés. Parmi les Franco-Yukonnais, la population des 55 ans et plus n'est pas très grande. En règle générale, les participants ont dit que ceux parlant anglais couramment n'ont pas de difficulté avec le système de santé actuel. Ils font

affaire avec les professionnels d'ici et sont très satisfaits. Les données obtenues pour ce segment de la clientèle francophone sont jugées plus ou moins représentatives, puisque les personnes présentes étaient peu nombreuses et de même origine. Nous présentons néanmoins les résultats obtenus à l'annexe C.

F) LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Nous pensions qu'il était essentiel de rencontrer les personnes au centre des activités de santé. Pour organiser le groupe cible, des professionnels de la santé ont été identifiés par le bureau des EssentiElles.

Le groupe a d'abord reconnu qu'il faut identifier les professionnels de la santé vivant au Yukon et pouvant parler le français. Présentement, le répertoire des personnes pouvant offrir des services en français est incomplet. Les professionnels du groupe cible se connaissent peu entre eux. Il faut les identifier pour pouvoir référer et aider ceux qui ont besoin de services. Ce groupe a aussi fait part d'un autre problème en santé : la confidentialité dans une petite communauté francophone.

Les principaux besoins identifiés par le groupe des professionnels de la santé comprennent :

- la nécessité d'avoir des services en français;
- les besoins en santé des parents et des familles;
- les besoins en santé mentale.

3.2.1 Les constats des groupes cibles

Les informations obtenues des groupes cibles ont apporté des précisions en ce qui a trait aux besoins par segment de la population. Elles confirment aussi le grand besoin de services de santé en français. Un peu comme le sondage le révèle, on ne peut pas compter sur de tels services au Yukon. Les professionnels de la santé francophones sont peu connus et travaillent au sein d'un système de santé; ils ne sont pas là pour offrir des services en français. En plus, bon nombre d'entre eux ne sont ni identifiés, ni connus.

Il en résulte des clientèles vulnérables :

- les jeunes enfants qui vont à la garderie et sont éduqués en français, et les jeunes en général;
- les familles, y compris les femmes;
- toutes les personnes s'exprimant avec difficulté en anglais;
- toutes les personnes ayant fait le choix de vivre en français;
- toutes les personnes francophones déjà fragiles et qui ont des besoins spéciaux (enfants et aînés);
- les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale (dans ces cas, s'exprimer dans sa langue seconde devient un handicap).

Les personnes rencontrées ont toutes réitéré, premièrement, la très grande importance des services de santé en français. Toutes en conviennent : il faut des professionnels bilingues pouvant donner des services en français. En plus de la langue, il importe de donner des services qui sont « culturellement » proches des francophones.

Idéalement, ces services doivent être variés. Nous tentons ici de dresser une liste qui ressort des informations obtenues :

- des professionnels de la santé francophones, surtout des médecins de famille ou des infirmières, pour voir aux besoins généraux de santé physique des différents segments de la clientèle francophone;
- des soins en santé mentale;
- des services d'appui et de soutien pour les familles (femmes, hommes et enfants);
- des services pour les personnes et les enfants ayant des besoins spéciaux (spécialistes du comportement, orthophonistes, etc.); idéalement, des services de certains spécialistes (pédiatres, gynécologues, etc.).

La plus grande partie des services requis concerne les soins primaires de santé¹⁵, c'est-à-dire les soins donnés par les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues.

En ce qui a trait aux meilleures façons d'offrir ces services, plusieurs participants parlent d'un lieu qui servirait de guichet unique. On devrait nécessairement y trouver les services suivants :

- l'accueil, les références et, selon le besoin, l'accompagnement;
- des ressources et de la documentation;
- des services d'appui;
- des soins de santé primaire comprenant des activités ou des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Dans un milieu comme celui du Yukon, avoir des spécialistes de la santé en français est certes un idéal à atteindre mais difficile à obtenir. Tous conviendront que la population francophone doit avoir accès, d'abord et avant tout, à des soins primaires de santé. De tels soins vont permettre aux enfants, aux jeunes, aux familles et aux aînés d'avoir accès à des services de santé en français.

3.3 Les services offerts dans la communauté

Pour compléter notre étude de besoins, il fallait tracer un portrait des services de santé offerts dans la communauté. À cet effet, nous avons rencontré des intervenants offrant ou participant à l'offre des services de santé en français. En tout, nous avons discuté avec neuf personnes qui avaient été identifiées au préalable par notre collaboratrice du Yukon. Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire d'entrevue. La majorité des entrevues ont eu lieu en novembre 2002.

Cette partie du chapitre fait état des services existants en français. Nos entrevues ont permis de relever les suivants : le service de coordination des services en français et d'interprétation à l'hôpital, les services des professionnels de la santé de l'hôpital, les autres services offerts par le territoire du Yukon en santé et les services offerts par la communauté. Nous présentons chacun d'eux et terminons par une brève analyse de la situation.

a) Le service de coordination des services en français et d'interprétation à l'hôpital

Le service de coordination des services en français offert par l'hôpital général de Whitehorse n'est pas récent. Il a été mis en place au milieu des années 1990 à la suite de la dévolution du dossier de la santé du gouvernement fédéral au territoire. Le service de coordination comprend présentement un employé à mi-temps dont les tâches sont : de s'assurer que les francophones arrivant à l'urgence de l'hôpital sont bien reçus et aient, selon le besoin, des services d'interprétation; d'aider les clients francophones à s'informer de leur état de santé; de préparer des statistiques pour l'hôpital; et de traduire des documents en français. Au moment de sa mise en œuvre, le service regroupait trois personnes pour deux postes; son

mandat était plus large et les intervenants pouvaient effectuer du travail de promotion et de prévention auprès des francophones. Le financement vient du territoire du Yukon dans le cadre de l'enveloppe sur les services en français que gère le Bureau des services en français.

Le coordonnateur des services en français de l'hôpital général de Whitehorse note que la participation semble décliner ces dernières années. Il attribue ce problème en partie au manque de présence sur les lieux. Lorsque nous l'avons interrogé sur la clientèle du service, il a remarqué que ce sont les nouveaux francophones et les francophones de passage qui l'utilisent. Ceux vivant dans la communauté ont peu recours aux services en français, car ceci ralentit la demande de service. En règle générale, les Franco-Yukonnais ne demandent pas de service d'interprétation. La communauté étant petite, les francophones se connaissent bien. Le problème de la confidentialité restreint donc l'utilisation des services en français.

b) *Les services informels offerts par les infirmières ou les autres professionnels de la santé de l'hôpital*

Comme dans bien d'autres communautés minoritaires où la présence francophone date de quelques générations, le système de santé du Yukon compte des professionnels parlant toujours le français. Il en est ainsi à l'hôpital général de Whitehorse qui regroupe, entre autres, plusieurs infirmières et un médecin spécialiste de langue française. Ces dernières années, l'hôpital a même fait des efforts particuliers pour recruter des infirmières bilingues. En règle générale, ces professionnelles offrent leurs services dans leur langue maternelle lorsqu'elles rencontrent des clients francophones. Certains clients demandent même des infirmières de langue française lorsqu'ils se rendent à l'hôpital. Parfois, celui-ci réclame le temps d'une infirmière francophone lorsque le coordonnateur des services en français n'est pas disponible pour répondre à des demandes spécifiques. Dans les faits, à l'exception du coordonnateur, l'hôpital ne possède pas de postes désignés. Y recevoir des services de santé en français tient donc souvent du hasard.

Quant aux infirmières répondant aux francophones durant leur temps de travail, elles sont très appréciées. Lors de nos rencontres, nous avons remarqué leur compréhension des besoins des francophones et leur ouverture par rapport à ces derniers.

On trouve aussi dans la communauté de Whitehorse un médecin de langue française; celui-ci a certainement des privilèges à l'hôpital général. Il est cependant difficile de le consulter,

puisque sa liste de clients est complète. Un autre médecin de langue française a une pratique à Mayo.

Compte tenu de la pénurie de médecins au Yukon, il est déjà difficile pour les nouveaux arrivants de trouver un médecin de famille; en demander un qui parle français constitue, à bien des égards, une perte de temps. Plusieurs doivent faire affaire avec les médecins des cliniques; d'autres vont directement à l'hôpital pour trouver une solution à leurs problèmes.

c) *Les soins de santé mentale*

L'hôpital général de Whitehorse comprend un département de santé mentale, le *Child Development Centre*. Au moment de notre passage, ce département ne comptait aucune ressource professionnelle francophone. Cette situation est particulièrement déplorable parce que la garderie et l'école francophones ont fréquemment besoin d'aide et de services spécialisés en santé (orthophoniste, travailleuse sociale, etc.). Depuis septembre 2002, l'école a obtenu les services d'une orthopédagogue, ce qui améliore sa capacité d'intervention pour des enfants éprouvant des problèmes. Aux dires de plusieurs, l'école a aussi besoin de quelqu'un pour intervenir en santé mentale; d'ailleurs, les jeunes nous en ont parlé. La garderie, quant à elle, déplore toujours l'absence de professionnels spécialisés pour venir appuyer l'équipe des services de garde. Lors de notre visite, le département de l'hôpital manquait de financement et ne pouvait pas faire venir des spécialistes de l'extérieur pour répondre aux besoins de la communauté francophone.

d) *Les autres services offerts par le territoire du Yukon*

En règle générale, le gouvernement territorial est conscient des besoins de sa communauté francophone. À cet effet, il tente, depuis quelques années, d'embaucher des intervenants « bilingues » dans des postes-clés où il y a du travail avec les francophones. Il en est ainsi pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui accorde du financement pour des programmes communautaires. Nous avons rencontré des fonctionnaires de ce ministère qui offrent des services en français.

Une des professionnelles rencontrées possède un mandat spécifique de soutien et d'appui auprès des familles dans le besoin. Sa clientèle est surtout composée des familles de jeunes enfants identifiées après une évaluation de l'infirmière de santé publique. Le gouvernement territorial offre ce programme pour aider les familles à vaincre des difficultés de divers ordres. Le programme comprend des interventions visant l'amélioration du fonctionnement

familial, le développement de l'enfant et les relations parents-familles. L'intervenante a été embauchée pour répondre aux besoins des francophones et elle y consacre la majorité de son temps. Pour faciliter son travail dans la communauté, les critères d'identification des familles francophones dans le besoin ont été élargis afin de faciliter l'accès. Selon l'intervenante, qui est en poste depuis seulement quelques mois, le recrutement est présentement un défi; les familles francophones demandent des informations et des ressources, mais hésitent à être vues régulièrement. Cependant, la réaction de celles qui reçoivent le service est très positive.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (Yukon) retient aussi les services d'un professionnel de langue française à titre de conseiller en psychologie. Il ne travaille qu'une journée par semaine pour répondre aux demandes de la communauté francophone. Il reconnaît lui-même que son temps est très limité et qu'il ne peut satisfaire que celles jugées prioritaires.

e) Le Centre de santé de Whitehorse

Dans la gamme des soins de santé offerts par le territoire du Yukon, nous ne pouvons omettre le Centre de santé de Whitehorse. Pour s'acquitter de son mandat, qui en est un de santé publique, il offre les services suivants : immunisation, soins prénataux, évaluations postnatales, santé publique dans les écoles (sur demande), suivis auprès des gens à risque, « drop-in » pour les enfants, foire annuelle sur la santé, programme « d'outreach ». Le personnel du Centre de santé se compose uniquement d'infirmières; trois d'entre elles peuvent parler français. De plus, son directeur, qui est un infirmier praticien de profession, le parle. Les services sont utilisés par la majorité des membres de la communauté du Yukon.

f) Les services offerts par la communauté

Ces dernières années, la communauté franco-yukonnaise a accentué son travail sur le terrain et, dans le domaine de la santé, elle a commencé à offrir des programmes. Mentionnons, entre autres, le programme de nutrition prénatale des EssentiElles, qui semble très apprécié. Il s'adresse principalement aux femmes ayant de très jeunes enfants, mais les pères s'impliquent aussi beaucoup. Dans le cadre du programme, les intervenantes travaillent aussi avec la garderie francophone.

Au moment d'offrir ce service, le groupe les EssentiElles avait déjà de l'expérience dans le domaine. En 2000-2001, elles ont d'abord établi une ligne d'écoute pour les femmes

victimes de violence; ce programme d'aide fonctionne toujours, mais à partir de Réseau-Femmes de la Colombie-Britannique.

En 2001, le groupe a reçu du financement pour offrir le Programme de nutrition prénatale dans le cadre de *Mamans et bébés en santé*. Il comprend : un soutien après les relevailles; des rencontres avec des personnes-ressources; des repas-discussions; des activités thérapeutiques comme le massage du bébé; la nutrition, l'allaitement et les vitamines. Le programme requiert les services d'une personne à raison de 12 heures par semaine; la coordonnatrice du groupe y consacre 2 autres heures. Le financement vient de Santé Canada.

Autre fruit du travail de la communauté, le programme *Vieillir en santé* vient tout juste de débiter (novembre 2002). Comme on l'a vu dans le profil statistique, un grand pourcentage de la communauté francophone vivant au Yukon est « jeune »; elle l'est beaucoup plus que celle d'autres communautés minoritaires. Même si les personnes âgées sont moins nombreuses qu'ailleurs, les intervenants veulent les connaître ainsi que leurs besoins. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon finance le projet *Vieillir en santé*. Une personne a été embauchée à temps partiel pour identifier les personnes âgées et leurs besoins en santé. On espère ainsi mieux les connaître et les faire participer davantage aux activités de la francophonie.

Conclusion

Ces quelques services méritent considération. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon est conscient des besoins de la communauté francophone. Il emploie du personnel bilingue pour répondre aux demandes et donner des services. Les services en français donnés à l'hôpital général de Whitehorse sont plutôt restreints; il n'y a presque pas de soins de santé mentale en français. Notons cependant que le Bureau des services en français du Yukon est très vigilant par rapport aux besoins de la communauté franco-yukonnaise. À ce jour, il n'a pas hésité à utiliser ses fonds pour contribuer à l'offre de services en français. De son côté, la communauté tente de mettre en place quelques services, en partenariat avec le gouvernement yukonnais.

Évidemment, lorsqu'elle est considérée dans son ensemble, cette offre de services est disparate et insuffisante pour satisfaire les besoins. Les résultats de ces collectes de données ne font que réitérer le portrait tracé dans l'État de la situation des services de santé en français au Yukon : « Au Yukon, l'accessibilité des services en français varie principalement entre rarement disponible (55 % des cas) et partiellement disponible (35 % des cas). Dans les autres cas (10 %), le service est disponible seulement en anglais ou inexistant. La situation est d'autant plus fragile que les postes ne sont pas officiellement bilingues¹⁶. » Cependant, la demande est belle et bien présente; elle provient de divers segments de la communauté. À cet égard, nous offrons la recommandation suivante :

Recommandation 1 :

Compte tenu des besoins de santé exprimés par la population francophone du Yukon, que les partenaires en santé de la communauté franco-yukonnaise, en collaboration avec le gouvernement territorial, lance une initiative en santé devant améliorer l'accès aux services de santé en français.

Dans le chapitre suivant, nous proposons de regarder l'ensemble de la situation et de mettre l'accent sur un modèle de santé qui pourra répondre à des besoins en santé primaire.

4. Modèle pertinent

Ce chapitre propose un modèle de santé pour les francophones du Yukon et en décrit les principales composantes. Pour en faciliter l'élaboration, nous examinons d'abord le modèle du Service d'Orientation et de Formation aux adultes (SOFA) afin d'en retirer des composantes ou des caractéristiques pouvant s'avérer intéressantes pour le domaine de la santé. À cette fin, nous avons construit une grille d'analyse pour rencontrer trois intervenantes du SOFA; nous avons aussi pris connaissance des rapports préparatoires à la mise en œuvre du SOFA. La première partie du chapitre fait ressortir les points saillants de notre analyse. Nous la terminons en identifiant les éléments pertinents pour la prestation de services de santé.

Pour enrichir cette discussion, nous avons aussi utilisé les résultats de l'analyse de quatre modèles au sein des communautés francophones et acadiennes que nous avons réalisée pour la FCFA en 1999-2000¹⁷. Entre autres, nous faisons allusion au Centre de santé communautaire de l'Île-du-Prince-Édouard qui semble approprié pour le Yukon. Nous terminons le chapitre en présentant un modèle idéal pour combler les besoins de santé des Franco-Yukonnais.

4.1 Le modèle du SOFA (Yukon)

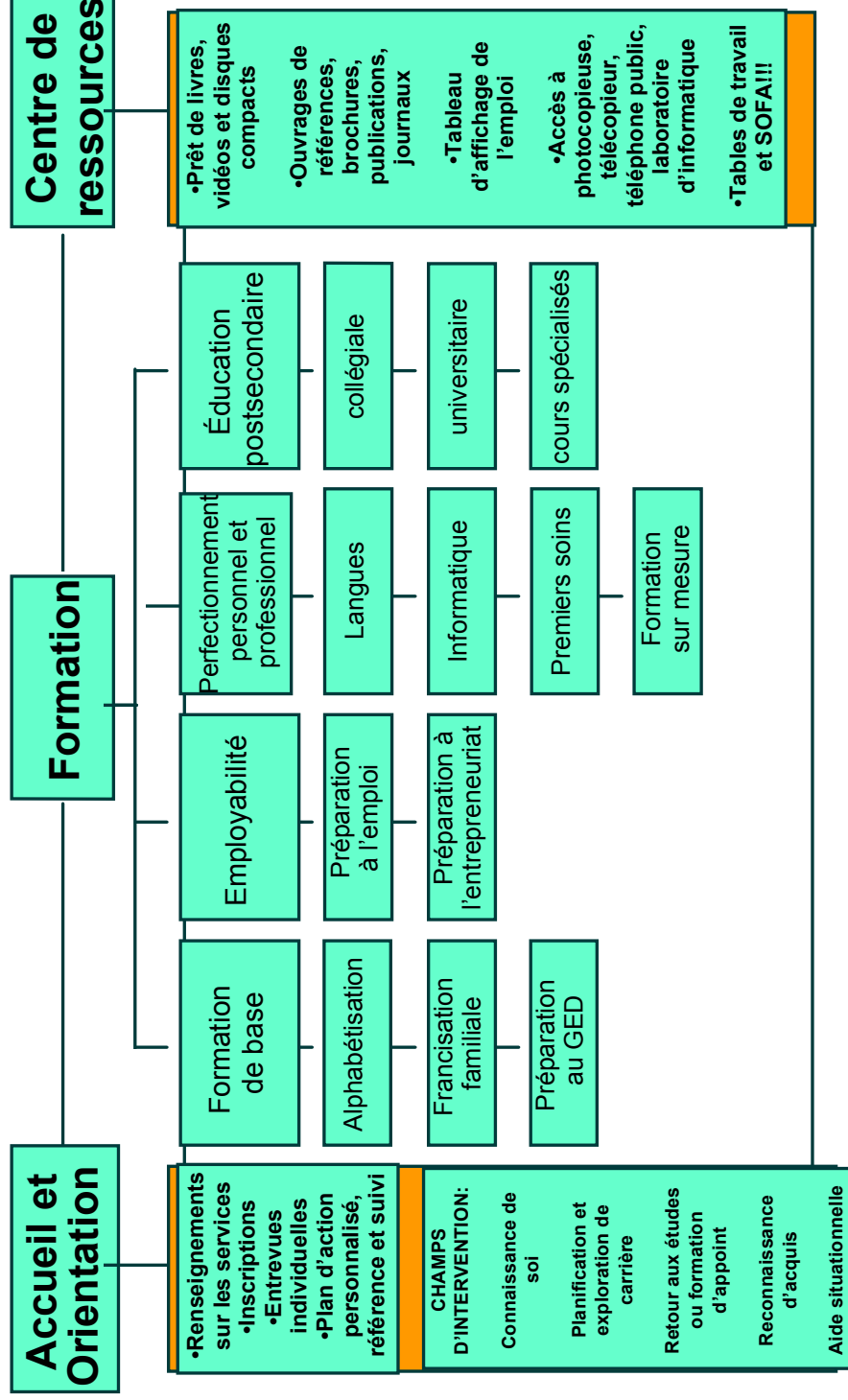
Pour discuter de ce modèle, nous nous sommes arrêtés aux points suivants : sa mission, son mode de fonctionnement, son mode de gestion, sa structure organisationnelle, sa clientèle et son impact dans la communauté. Le SOFA a été mis en œuvre en 2000; auparavant, le modèle avait fait l'objet d'une planification détaillée. L'étude de besoins a été rendue disponible en 1998. À ce jour, le SOFA existe depuis un peu plus de deux ans.

La mission

La mission du SOFA se lit ainsi : « Le SOFA s'engage à offrir, en collaboration avec ses partenaires, des services en français de qualité adaptés aux besoins des adultes francophones du Yukon. » Cette mission n'a pas été modifiée et elle est toujours jugée pertinente.

Figure 5 : Organigramme des services du SOFA

Services



La figure 5 explique assez bien le mode de fonctionnement et le type de services offerts. Elle se divise en trois grandes sections : l'accueil et l'orientation, la formation et le Centre de ressources. Nous les examinons à tour de rôle.

A) L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION

Le premier service est celui de l'accueil : une secrétaire-réceptionniste reçoit les nouveaux venus et les réfère à d'autres services, selon la demande. Les clients du SOFA peuvent provenir de *Central Employment*, de Développement des ressources humaines Canada (DRHC) ou d'ailleurs dans la communauté. Pour participer au programme gratuitement, les personnes intéressées doivent être à la recherche d'un emploi.

En général, les nouvelles demandes font l'objet d'une orientation; parfois, elles peuvent se rendre directement à l'aide à l'emploi. En règle générale, les conseillères insistent pour effectuer d'abord une analyse complète des besoins (en matière d'employabilité). Cette analyse tient compte du niveau d'instruction et de l'historique d'emploi de la personne. Elle permet d'orienter la clientèle vers le bon service. S'ensuit, selon les besoins, un plan d'action personnalisé. Essentiellement, le service s'apparente au guichet unique; c'est à partir de ce point d'entrée que les autres services deviennent disponibles.

b) La formation (de base, employabilité, perfectionnement personnel et professionnel et éducation postsecondaire)

C'est l'orientation qui détermine les besoins réels des requérants et leurs aspirations en matière d'emploi. Les programmes de formation sont très variés et peuvent répondre à une multitude de besoins : alphabétisation, employabilité, perfectionnement personnel et professionnel. Ils sont offerts grâce à des conseillères compétentes. Selon les besoins, des activités conseil ont aussi lieu. En somme, la formation et les conseils sont très variés, et peuvent répondre à tous les besoins. Même les gens qui veulent un changement de carrière peuvent y faire appel.

C) LE CENTRE DE RESSOURCES

Ce centre facilite les démarches et incite les gens inscrits à se prendre en charge dans leur processus d'apprentissage. Il inclut un centre d'accès communautaire qui

comprend : des ordinateurs, l'accès à Internet, des livres, des ouvrages de référence, des publications et des journaux, un tableau d'affichage des emplois et divers équipements (photocopieur, télécopieur, etc.).

Lorsque nous les avons interrogées sur la pertinence de ces trois grands services (l'accueil et l'orientation; la formation; le centre de ressources), les intervenantes ont indiqué que le modèle demeure adéquat. Il répond bien aux besoins, compte tenu de son guichet unique et de la variété de ses services. On entrevoit cependant quelques changements. Mentionnons les points qui ont fait l'objet de remarques des intervenantes :

- le développement d'un système de vidéoconférence pour rejoindre les francophones vivant à l'extérieur de Whitehorse pourrait être envisagé; on étudie présentement les coûts d'un tel système;
- des services d'accompagnement pourraient être utiles pour ceux qui ont de la difficulté à garder un emploi; parmi la clientèle du SOFA, certaines personnes reviennent constamment;
- le programme de perfectionnement personnel nécessite un réexamen.

La clientèle

La clientèle se compose de gens venant de tous les milieux et possédant divers niveaux d'éducation. Souvent, les gens qui fréquentent le SOFA manquent d'informations sur le marché du travail. Ils peuvent aussi être de nouveaux arrivants au Yukon; ils ne connaissent pas le territoire et, encore moins, son fonctionnement. D'autres ont été référés par *Central Employment* et cherchent un emploi.

En général, la clientèle a grandement besoin d'aide et de références; elle nécessite souvent des cours d'anglais langue seconde. Entre autres, les intervenantes notent qu'une personne sur quatre éprouve des problèmes de santé mentale, ce qui nuit à son intégration au marché du travail.

Le partenariat et le financement

Comme nous l'avons mentionné, le SOFA a été actualisé grâce à de nombreux partenariats. Sa mise en œuvre est le fruit d'une collaboration entre des ministères nationaux et territoriaux ainsi que des organismes locaux. Mentionnons, entre

autres, Développement des ressources humaines Canada, le Secrétariat à l'alphabétisation et l'organisme Éducation Yukon. Ces organismes et ces institutions ont permis d'offrir un service complet débutant par l'accueil et pouvant se terminer de maintes façons.

Le SOFA a aussi d'autres partenaires qui sont davantage associés à la démarche éducative. Mentionnons notamment l'ÉducaCentre (Colombie-Britannique), le Yukon College, l'école Émilie-Tremblay, la Commission scolaire francophone du Yukon et les divers groupes communautaires. Le modèle du SOFA, tel qu'il a été conçu, comprend des partenaires pour chaque programme offert.

Nous avons demandé aux intervenantes rencontrées si ces partenariats étaient toujours aussi solides. Elles nous ont répondu par l'affirmative, mais ont remarqué qu'il importe de les alimenter continuellement. Puisque le modèle est unilingue francophone, même les meilleurs collaborateurs peuvent facilement l'oublier... Les intervenantes disent qu'il faut constamment promouvoir le programme, rencontrer les divers intervenants et faire valoir les réussites du SOFA.

Le mode de gestion

L'étude de besoins préconisait la mise en œuvre d'une corporation pour chapeauter le SOFA. La deuxième étude, qui portait sur le modèle (Yukon II), mettait plutôt l'accent sur un modèle dépendant de l'AFY pour sa phase d'implantation. À ce jour, le SOFA demeure une branche de l'AFY. Son image corporative est cependant indépendante et son fonctionnement, quasi autonome. Les employés du SOFA possèdent beaucoup de latitude; ses professionnels décident des orientations et effectuent le travail administratif requis par les divers partenaires. L'AFY joue un rôle de lien, accueille le SOFA dans son Centre communautaire et peut, au besoin, réagir à certains problèmes d'ordre politique. En outre, le financement accordé au SOFA semble avoir été facilité par la présence de l'AFY dans le dossier.

En somme, le SOFA pourrait facilement se déplacer à l'extérieur des murs de l'AFY; il est presque autonome et pleinement en mesure d'assumer ses responsabilités. Par rapport à la pertinence du modèle de gestion utilisé, les opinions varient. Pour certaines personnes, le modèle actuel semble bien répondre aux besoins; il comporte évidemment quelques avantages : sa présence dans le Centre communautaire; l'absence de conseil d'administration propre, ce qui diminue le travail de la

coordonnatrice; des liens avec les autres programmes de l'AFY. Pour d'autres personnes, il serait préférable d'avoir une corporation autonome. Cette dernière opinion est largement motivée par le fait que certains francophones de la communauté ne veulent pas fréquenter l'AFY et utiliser ses services, compte tenu de son côté revendicateur. Aussi, la présence du SOFA dans le Centre communautaire cause parfois des problèmes de confidentialité. Un SOFA autonome pourrait peut-être répondre à un plus grand nombre de personnes et se développer comme une entreprise privée.

La structure organisationnelle

Le modèle initial prévoyait les postes suivants :

- un coordonnateur à plein temps;
- un conseiller en orientation et en formation (18,75 heures par semaine);
- une secrétaire-réceptionniste (25 heures par semaine);
- un responsable des services de préparation à l'emploi (18,75 heures par semaine) et un responsable des services à l'entrepreneuriat (7,5 heures par semaine);
- un conseiller en nouvelles technologies (18,75 heures par semaine).

Après plus de deux ans de fonctionnement, la structure demeure essentiellement la même; les heures de travail des deux conseillers ont été augmentées (l'un à 28 heures par semaine et l'autre à 34 heures par semaine). La secrétaire-réceptionniste donne maintenant 30 heures hebdomadaires au SOFA. Enfin, le conseiller en nouvelles technologies consacre 7,5 heures par semaine au programme. Les postes demeurent les mêmes et les ajustements apportés sont minimes. Les personnes rencontrées sont à l'aise dans cette structure et les membres de l'équipe sont complémentaires. De plus, on a su s'adapter à la demande en octroyant plus d'heures de travail à des intervenantes-clés.

Les points forts du modèle

Le modèle du SOFA est considéré comme un petit bijou. Il s'est fort bien intégré aux autres programmes et services offerts dans le Centre communautaire de l'AFY. Il tient une place considérable par rapport à l'offre de services aux francophones vivant au Yukon et, particulièrement, à Whitehorse.

Ses points forts se traduisent ainsi :

- le guichet unique en formation et en orientation; un seul endroit permet d'avoir accès à de multiples programmes;
- l'aide aux nouveaux arrivants dans leur propre langue (il y a constamment de nouveaux arrivants de langue française au Yukon); le SOFA est très apprécié par ces personnes qui cherchent un logement, un emploi, etc.;
- la variété des services offerts.

Les points faibles du modèle

Le modèle ne présente pas de points faibles en fait de programmes et d'activités. Mentionnons cependant qu'il n'est pas encore assez connu dans la communauté et ailleurs. Le travail de promotion devrait être continu.

Conclusion

Jugé audacieux lors de sa mise en oeuvre, le modèle du SOFA a maintenant connu un succès dont la francophonie est fière. En 2002, il a servi 147 clients. Son taux de réussite (de la formation vers l'emploi) est de plus de 90 %. Ceci signifie que les gens sont bien orientés et accompagnés tout au long de leur démarche d'employabilité ou de perfectionnement personnel et professionnel.

L'impact du modèle dans la communauté est important. Le SOFA participe à l'intégration et à la réintégration de la communauté d'expression française sur le marché du travail. En plus, les nouveaux arrivants y trouvent une source d'informations et des cours d'anglais langue seconde.

Sa pertinence par rapport au modèle en santé

Pour élaborer le modèle en santé, nous prenons en compte le modèle comme tel, mais plus particulièrement les éléments suivants :

- l'importance d'un guichet unique;
- la variété de services offerts sur place;
- la qualité des interventions (le professionnalisme).

4.2 D'autres modèles pertinents

Comme nous l'avons mentionné dans la mise en contexte, l'AFY s'intéresse au dossier de la santé depuis déjà une dizaine d'années. À cet effet, elle a proposé à ses partenaires fédéraux et territoriaux un modèle, le Carrefour. Essentiellement, l'AFY propose une structure qui facilitera l'accès des francophones aux services de santé disponibles. Cette structure centrale d'accueil, de références, d'aiguillage et de réseautage s'appelle le Carrefour Santé¹⁸.

Cette structure devait donc, aux yeux de l'AFY, permettre un premier niveau de services de santé en français. Les partenaires territoriaux et nationaux n'ont toutefois pas accepté de financer le projet.

De ce modèle, nous retenons l'importance de l'accueil. D'ailleurs, les résultats des collectes de données (le sondage et les groupes cibles) ont bien signalé l'importance de cette fonction qui doit comprendre l'aiguillage et les références. Une professionnelle de la santé rencontrée lors d'un groupe cible indique même que l'accueil devrait aussi comprendre une tâche d'accompagnement.

Le modèle présenté par l'AFY représente un premier pas dans la bonne direction, mais il n'améliore pas l'accès aux services de santé et ne peut combler les besoins des Franco-Yukonnais.

La santé communautaire

Il est largement reconnu que les modèles de santé communautaire répondent bien aux besoins d'une population ciblée qui éprouve des problèmes d'accès. Dans le rapport *La santé communautaire en français*, qui analyse quatre modèles de santé dans les communautés minoritaires francophones, nous avons identifié des répercussions à la présence de modèles de santé communautaire : « chaque modèle étudié a créé un meilleur accès aux services de première ligne, médicaux d'abord, mais aussi pour d'autres domaines de la santé ; on ne peut nier, non plus, les répercussions des modèles sur le développement de leur communauté. De façon générale, les services de santé offerts par les modèles étudiés constituent une présence positive dans leur communauté¹⁹. »

En général, ces modèles reposent sur des prémisses dont les suivantes²⁰ :

- ils offrent une gamme élargie de services (médicaux, sociaux, communautaires, etc.);
- ils sont multidisciplinaires non seulement parce que des professionnels de différentes disciplines se côtoient mais aussi parce que ces derniers veulent mettre en commun les connaissances et le travail de cas;
- ils mettent l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé : ils ont donc une ou des personnes-ressources en santé, un ou des agents de développement communautaire et des programmes spéciaux ciblant certaines catégories de la population;
- ils constituent souvent un point de ralliement pour la communauté, en particulier par leurs activités de développement communautaire.

Compte tenu des besoins de la communauté franco-yukonnaise et de l'importance d'intégrer la santé dans le large cadre du développement communautaire, un modèle de santé communautaire nous semble, à prime abord, le plus adapté aux besoins.

Le Centre de santé communautaire Évangéline

Pour compléter notre analyse, nous pouvons faire allusion au modèle de Centre de santé communautaire Évangéline, situé à Wellington (Île-du-Prince-Édouard), qui nous semble très approprié.

Les Acadiens et les francophones vivant à l'Île-du-Prince-Édouard sont fort différents des Franco-Yukonnais en fait de caractéristiques, mais le type de services de santé requis est similaire. Le CSC Évangéline dessert une population francophone d'un peu plus de 1 000 francophones dans un bassin de plus de 3 000 personnes. Il s'agit donc d'une petite communauté.

Nous en soulignons ici quelques aspects importants :

- Le CSC Évangéline fait partie intégrante de la communauté acadienne et francophone de sa région. Ses professionnels participent aux rencontres de la communauté, font affaire avec les divers organismes et institutions de la région. Le développement communautaire est au centre de leur action.
- Le CSC Évangéline agit comme un guichet unique en santé.

- Son personnel regroupe quatre professionnelles : une infirmière communautaire, une conseillère en psychologie, une orthophoniste et une coordonnatrice (travailleuse sociale). Une adjointe administrative les appuie dans leur travail et s'occupe du Centre de ressources.
- Les professionnelles du CSC Évangéline sont des Acadiennes de la région; elles sont culturellement proches de leur communauté et la connaissent très bien.
- Les programmes offerts sont surtout des soins primaires de santé, y compris le service d'orthophonie disponible pour l'ensemble de la province.
- Le CSC sert la population de langue française et de langue anglaise, bien que ses principales stratégies d'amélioration de la santé de la population touchent les Acadiens et les francophones de la région Évangéline.

Lors de l'analyse que nous avons faite de ce modèle, nous avons voulu en connaître les principales répercussions. En voici quelques-unes²¹ :

- les clients du CSC et les membres de la communauté ont fait des changements dans leurs habitudes de vie;
- les jeunes couples qui attendent un nouveau-né vont visiter l'infirmière en santé publique;
- les jeunes à l'école sont plus conscients de leur santé et mangent mieux;
- les gens sont plus sensibilisés à l'importance de leur santé;
- le Centre d'information et de ressources permet de faire de l'éducation publique.

En plus, le modèle du CSC Évangéline s'intègre complètement dans la structure de santé de la province. Entre autres, retenons les points suivants :

- Le CSC Évangéline n'exige pas d'argent supplémentaire de la province; il a été établi avec des postes existants dans la structure actuelle de santé à l'Île. Les postes francophones ont été regroupés dans un centre de santé communautaire.
- Le CSC Évangéline est un programme permanent d'une Autorité régionale; il ne possède pas sa propre structure de gouvernance. Il ne fait pas de demande de financement chaque année. Ses professionnels de la santé n'ont pas à consacrer de temps à la recherche de fonds.

- Puisqu'il est intégré dans la structure de santé régionale, les membres de son personnel participent aux réunions les touchant; ceci est grandement apprécié des professionnels qui restent en contact avec les autres professionnels et se tiennent au courant des dossiers.

Évidemment, le CSC Évangéline est un exemple. Tout modèle de santé communautaire doit reposer sur les besoins de la communauté qu'il cherche à desservir.

Éléments à retirer des modèles présentés

Nous retirons des modèles présentés quelques éléments qui nous paraissent primordiaux et peuvent servir de prémisses au modèle souhaitable au Yukon :

- l'importance d'un guichet unique en santé, y compris un service d'accueil, de références et d'accompagnement, selon le besoin;
- l'offre active d'une gamme de soins de santé primaire articulés par un regroupement de professionnels de la santé « culturellement proches » des Franco-Yukonnais;
- la nécessité de s'intégrer dans le reste de la communauté francophone et de participer au développement communautaire;
- des services de santé en français intégrés à la structure générale de santé du territoire, ce qui en facilite la permanence;
- l'utilisation de professionnels de la santé francophones présents sur le territoire;
- des soins de santé visant premièrement la minorité de langue française, mais pouvant aussi répondre aux anglophones ou aux francophiles du territoire.

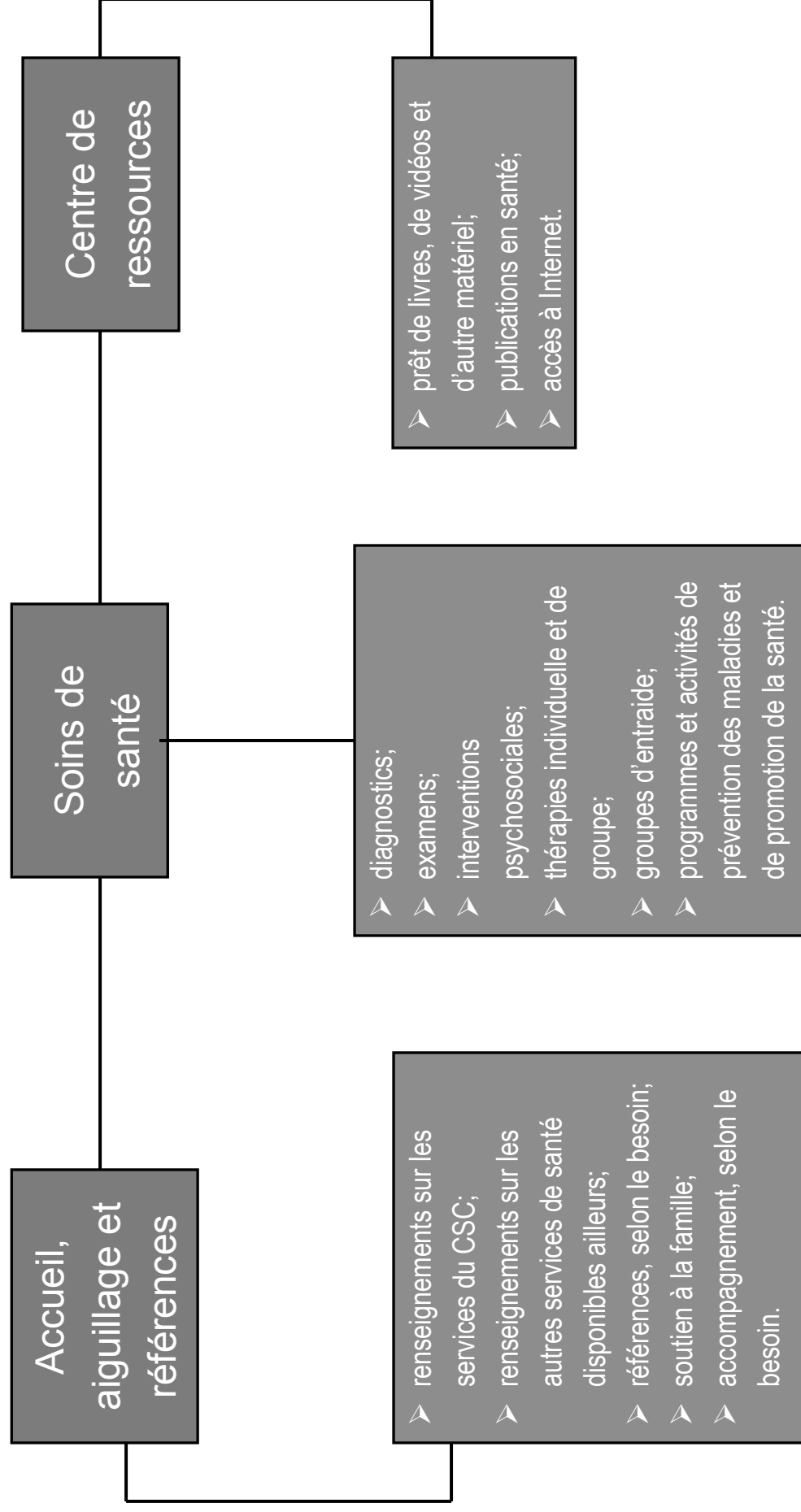
Suivant ces éléments, nous pouvons identifier quelques façons d'aborder les besoins en santé de la communauté franco-yukonnaise. Nous décrivons d'abord le modèle idéal à mettre en œuvre selon les besoins identifiés dans la communauté. Ensuite, nous examinons une autre option.

Le modèle idéal proposé est celui d'un Centre de santé communautaire intégré dans la structure de santé existante. Un tel modèle possède le grand avantage d'assurer la permanence de soins de santé en français.

4.3 Le modèle idéal

Le modèle idéal comprendrait les composantes suivantes. Nous en offrons une illustration ci-dessous

Figure 6 : Modèle de santé communautaire



- **L'accueil, l'aiguillage et les références** : Ce guichet offre un service d'aiguillage, de références et d'accompagnement, selon le besoin. Les clients peuvent être accueillis dans une relation face à face ou peuvent obtenir des informations par téléphone ou par Internet.

Un employé à temps plein effectue ce travail, de préférence un professionnel de la santé (infirmier communautaire, travailleur social). Compte tenu des caractéristiques de la population franco-yukonnaise, ce professionnel est aussi responsable d'organiser un programme de prévention des maladies (ateliers et programmes) et de promotion de la santé; il appuie aussi les familles. Il est constamment en lien avec les autres professionnels de la santé francophones et les autres institutions de santé présentes dans la communauté.

- **L'offre active de soins de santé primaire** : Compte tenu des besoins de santé des francophones vivant au Yukon, le modèle doit permettre l'offre active de soins de santé en français par des professionnels culturellement proches des francophones. Il comprend au minimum deux personnes dont :
 - une infirmière praticienne à plein temps capable de faire des interventions mineures, des diagnostics santé, des prescriptions, des suivis avec les familles et les jeunes enfants, et des références aux services du territoire. En plus, elle peut travailler avec l'école et la garderie au niveau des soins primaires. L'infirmière doit être appuyée par un médecin généraliste pouvant recevoir des clients, selon les besoins, ou répondre à certaines questions. Puisqu'une pénurie de médecins fait rage au Yukon, une infirmière praticienne peut grandement compenser cette situation;
 - un travailleur social à plein temps en mesure d'offrir des soins de santé mentale; il peut offrir des thérapies pour vaincre la dépression, organiser des groupes d'appui, donner des conseils à la clientèle et travailler avec les jeunes de l'école française. Idéalement, le travailleur social devrait avoir accès à un psychologue pour appuyer avec les cas plus difficiles;
 - idéalement, la communauté francophone devrait avoir accès à un médecin généraliste de langue française à raison de 2 ou 3 jours par semaine. Cependant, il est très difficile de recruter des médecins et encore plus des médecins de langue française.

Dans ce modèle, les soins de santé reposent sur deux professionnels. La clientèle nécessitant d'autres types de soins pourrait être référée à d'autres professionnels de la santé pratiquant au Yukon ou pourrait avoir accès à des professionnels de la santé francophones venant des autres provinces canadiennes. Puisque le Yukon semble manquer de certains spécialistes (surtout francophones), le budget du Centre de santé devrait comprendre un montant pour contracter des ressources professionnelles vivant à l'extérieur du territoire.

Les deux professionnels de la santé donnant des soins participent à la planification et à la réalisation des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé. Pour que le tout fonctionne bien, tous les employés du Centre de santé doivent travailler en équipe et s'appuyer mutuellement. Enfin, les deux professionnels de la santé offrent des services dans les deux langues officielles.

Le modèle proposé ne saurait être complet sans une autre composante :

- **Le Centre de ressources** : des manuels, des périodiques, des sites de santé en ligne, des conseils, au besoin, et des ressources seront disponibles pour la clientèle dans le Centre de ressources.

Ajoutons que la Télé-médecine représente le moyen de l'avenir pour répondre aux besoins de santé des personnes vivant en milieux ruraux ou éloignés. Puisque les francophones du Yukon n'habitent pas tous à Whitehorse, les nouvelles technologies devraient être envisagées, ne serait-ce que pour permettre l'accès aux professionnels de la santé.

Le modèle doit être coordonné par une personne embauchée pour gérer les ressources en santé et agir comme leader de son équipe. Voici en quoi consiste ses tâches : effectuer le travail de planification des services; rester en contact avec les autres ressources en santé du territoire et avec la communauté franco-yukonnaise; représenter son modèle de santé auprès de la francophonie canadienne; effectuer du travail de développement communautaire; faire les rapports nécessaires aux divers niveaux de gouvernement visés.

En tout, le modèle comprend cinq ressources : une personne chargée de l'accueil, deux personnes chargées de donner des soins primaires, une personne à la coordination et une adjointe administrative.

Nous proposons, pour des raisons de permanence, que le modèle soit intégré dans la structure des soins de santé du territoire. Il faut cependant prévoir un mécanisme pour que la communauté franco-yukonnaise puisse garder une prérogative au niveau des orientations et des décisions.

La gouvernance

Puisque nous proposons un modèle intégré dans la structure territoriale, des négociations devront avoir lieu pour discuter de la meilleure gouvernance. Le modèle de l'Île-du-Prince-Édouard ne possède pas sa propre gouvernance et cela ne semble pas poser de problèmes. Cependant, compte tenu du contexte territorial, il importe que la communauté puisse se faire entendre et déterminer les orientations du Centre de santé. Idéalement, le modèle serait chapeauté par un conseil d'administration formé de membres de la communauté issus de divers segments de la population (6), de membres de l'hôpital (2) et de représentants du gouvernement yukonnais (2) dont le directeur des services en français. En somme, le modèle serait intégré dans la structure du système de santé du territoire, mais il aurait une certaine autonomie au niveau des orientations, des approches et des soins de santé.

Les avantages de ce modèle de gouvernance :

- le contrôle de la communauté sur le développement du Centre de santé;
- le contrôle de la communauté sur le Centre de santé;
- la participation de divers membres de la communauté pouvant représenter les divers segments de la population;
- la participation des principaux partenaires en santé.

Les inconvénients de ce modèle :

- la lourdeur associée à la création d'un autre conseil d'administration.

Pour compléter notre examen du modèle proposé, nous examinons la structure de financement.

Le financement proposé

Le modèle repose sur un partenariat entre le territoire, la communauté et la Société Santé en français. Le financement peut provenir de deux sources principales :

- a) **La Société Santé en français (SSF)** disposera de plusieurs millions de dollars par année pour faciliter la mise en œuvre de lieux d'accueil dans les communautés minoritaires. Présentement, la SSF se penche sur la définition de critères pour financer divers projets. Le projet du Centre de santé peut certainement bénéficier de ces fonds et en obtenir pour une première année de fonctionnement.

Pour obtenir ces fonds, la participation du territoire est essentielle. La demande de financement ne pourra être considérée que si une entente avec le territoire est dûment signée. Celle-ci doit signifier que le territoire est prêt à prendre en charge les coûts associés au modèle de santé mis en place pour améliorer les services de santé en français. La SSF veut que le territoire prenne la responsabilité qui lui revient.

- b) **Le territoire du Yukon** doit participer aux discussions entourant la mise en œuvre d'un modèle de santé pour les francophones. Nous pouvons aussi prévoir l'utilisation de locaux dans des établissements de santé tels l'hôpital ou le Centre de santé de Whitehorse.

La communauté se trouve au cœur de ce partenariat. Un tel modèle ne sera mis sur pied qu'avec une bonne collaboration entre les partenaires de la santé et la communauté francophone.

Les sites idéaux

Les résultats de notre sondage téléphonique ont fait ressortir les sites suivants : l'hôpital et le Centre de santé. Nos rencontres de janvier dernier nous ont permis de discuter avec des gens favorisant l'intégration du modèle de santé pour les francophones dans ces endroits. Ce qui importe, avant tout, c'est que l'endroit choisi soit dans un site de santé que les gens connaissent et où la confidentialité sera de rigueur. Il est aussi important que cet endroit puisse refléter la culture francophone et permettre une approche communautaire.

4.4 Les recommandations pertinentes

Pour voir à la mise en œuvre d'un tel Centre de santé, d'autres étapes de travail sont requises. Nous offrons donc les recommandations suivantes :

Recommandation 2 :

Que, suivant l'étude de besoins, le groupe actuel formé des partenaires en santé fasse une consultation publique afin d'examiner le modèle proposé dans la présente étude et de déterminer sa pertinence dans le contexte actuel du territoire.

Recommandation 3 :

Selon les résultats de la consultation publique, que ce groupe formé des partenaires en santé mette sur pied un groupe de travail composé de représentants de la communauté et du territoire pour voir aux étapes de mise en œuvre d'un modèle de Centre de santé communautaire dont les suivantes :

- a) Qu'une étude de faisabilité soit effectuée, selon le modèle choisi, comprenant : la finalisation du modèle et une description élaborée, y compris les descriptions de tâches des membres du personnel; l'identification des besoins en locaux; des suggestions quant aux meilleurs endroits pour abriter le Centre de santé et une analyse des coûts de l'initiative (immobilisation et opérations).
- b) Que le groupe de travail, en collaboration avec Société Santé en français, entreprenne une négociation avec le territoire en vue d'obtenir une entente en bonne et due forme pour la mise sur pied d'un Centre de santé communautaire.
- c) Que, selon les besoins financiers envisagés, l'on fasse une demande de financement à Société Santé en français pour qu'elle finance le projet selon l'entente avec le territoire.

Conclusion

La présente étude visait à cerner les besoins en santé de la population francophone du Yukon. Le profil statistique de cette population révèle les changements qui se sont produits au cours des dernières années et leurs caractéristiques sociodémographiques. Deux méthodes ont servi à connaître les besoins : un sondage et des groupes cibles. Les résultats confirment de grands besoins pour des services de santé en français et surtout leur importance pour la communauté. En général, ce sont surtout des soins de santé primaire qui sont requis : les francophones veulent avoir accès à des professionnels de la santé pouvant parler en français; ils expriment aussi un grand besoin de programmes et d'activités de prévention des maladies et de promotion de la santé; finalement, un service d'accueil, de références et d'accompagnement semble de mise pour les aider à trouver les services requis. Pour combler ces besoins, nous préconisons un modèle de santé communautaire.

Pour que les services de santé en français s'intègrent adéquatement dans les communautés minoritaires, il importe de travailler en étroite collaboration avec les partenaires de la francophonie et d'utiliser l'approche du développement communautaire. Idéalement, les services de santé en français mis en œuvre auront un effet « structurant » dans les communautés et pourront devenir partie intégrante de la vie communautaire francophone.

Le contexte est présentement favorable à l'éclosion de services de santé en français partout dans les communautés minoritaires. À court terme, les partenaires en santé du Yukon seront capables de réseauter par l'initiative de réseautage lancée par les EssentiElles. Il s'agit là d'un premier pas devant mener vers diverses initiatives pour améliorer l'accès aux services de santé en français. Le réseautage est basé sur la collaboration des partenaires; c'est sur celle-ci qu'il faudra compter pour créer un Centre de santé communautaire pour les francophones du Yukon.

Bibliographie

ASSOCIATION FRANCO-YUKONNAISE, *Projet Carrefour Santé*, Whitehorse, février 2002.

BATTISTA, Renaldo N. et Jacques TREMBLAY. « Méthodes d'évaluation », *Traité d'anthropologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*.

BRETON, Richard *et al.* « La perception des professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation », *Canadian Journal of Public Health.*, Toronto, mars-avril 1999.

COMITÉ CONSULTATIF DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (Étude coordonnée par la Fédération des communautés francophones et acadienne). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, Ottawa, juin 2001.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Pour un avenir en santé*, deuxième rapport sur la santé de la population canadienne, Ottawa, septembre 1999.

FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE. *Profil de la communauté francophone du Yukon*, Ottawa, avril 2002.

GEOFFROY, Sylvie (pour le compte des EssentiElles). *Sondage réalisé auprès des femmes francophones du Yukon. Leurs besoins et préoccupations*, Whitehorse, avril 1997.

LEVASSEUR, Guylaine et Ysabelle PERREAULT. *Résultats préliminaires de l'étude de besoins 2001-2002*, Whitehorse, 2002.

MARMEN, L. et J.-P. CORBEIL. *Les langues au Canada*, Ottawa, Patrimoine canadien et Statistique Canada, 1999.

MBEAULIEU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET FORMATION INC., *La santé communautaire en français : analyse de quatre modèles au sein des*

communautés francophones et acadiennes, Étude réalisée pour la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA), Ottawa, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. *La promotion de la santé communautaire à l'œuvre*, Toronto.

SANTÉ CANADA. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, novembre 2001.

SANTÉ EN FRANÇAIS. *Rapport sur l'état de la situation au Yukon*, Ottawa, février 2001.

SHAH, C. P. *Médecine préventive et santé publique*, 1995 (1989).

STACHTCHENKO et JENICEK. *Conceptual Differences Between Prevention and Health Promotion: Research Implication for Community Health Programs*, 1990.

STATISTIQUE CANADA. Numéro 95F0007XCB01001 au catalogue (en ligne).
Internet : <<http://www.statcan.ca>>.

STATISTIQUE CANADA. Numéro 97F0007XCB01001 au catalogue (en ligne).
Internet : <<http://www.statcan.ca>>.

STATISTIQUE CANADA. Numéro 97F0007XCB01003 au catalogue (en ligne).
Internet : <<http://www.statcan.ca>>.

STATISTIQUE CANADA. Numéro 97F0007XCB01005 au catalogue (en ligne).
Internet : <<http://www.statcan.ca>>.

STATISTIQUE CANADA. *Portrait des communautés de langue officielle* (CD-ROM), numéro 94F0010XCB0 au catalogue.

YUKON WOMEN'S DIRECTORATE. *Counting us in. A statistical profile of Yukon Women*, Whitehorse, avril 1999.

Annexe A : Questionnaire du sondage

Introduction

Bonjour,

Je m'appelleet j'effectue présentement des entrevues téléphoniques pour la recherche sur les besoins en soins de santé de la population francophone du Yukon. Votre nom nous a été donné par l'Association franco-yukonnaise.

Accepteriez-vous de répondre à nos questions? Le tout prendra environ 15 minutes. Vos réponses seront confidentielles et anonymes. Aucun nom de répondante ou répondant n'apparaîtra sur le questionnaire ou dans le rapport. Si vous n'avez pas le temps présentement, nous pouvons prendre un rendez-vous pour effectuer cette entrevue téléphonique dans les jours qui suivent.

Date ultérieure : date _____, heure _____

Si, durant l'entrevue, vous ne vous sentez pas à l'aise de répondre à l'une ou l'autre des questions, dites-le moi et nous passerons à l'autre question. Vous pouvez aussi arrêter de répondre au questionnaire en tout temps.

Nom de l'intervieweuse : _____

Date et heure de l'entrevue : _____

Durée de l'entrevue : _____

PROVENANCE DES RÉPONDANTES ET RÉPONDANTS – RÉGIONS

Question 1 : Dans quelle région du Yukon habitez-vous ?

- Whitehorse
- Haines Junction
- Mayo
- Dawson City
- Watson Lake
- Autres, précisez : _____

PARTIE 1 : PERCEPTION SUR SON ÉTAT DE SANTÉ

Question 2 : Sur une échelle variant de 1 à 5 (1 étant mauvaise santé, 2 étant passable, 3 étant bonne santé, 4 étant très bonne santé et 5 excellente santé), comment considérez-vous votre état de santé?

- 1 : mauvaise santé
- 2 : passable
- 3 : bonne
- 4 : très bonne
- 5 : excellente santé

Question 3 : Qu'est-ce qui vous fait dire que votre état de santé est _____ (reprendre ici l'état de santé mentionné par la personne interviewée)

(Il s'agit d'une question ouverte. Veuillez noter toutes les réponses lorsqu'il y en a plus d'une.)

Réponse(s) :

PARTIE 2 : SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

Question 4 : Durant les deux dernières années, est-ce que vous avez eu besoin de soins de santé pour vous ou votre conjoint.e? (priorité à la personne interviewée, sinon à son conjoint.e)

- oui, pour moi-même
- oui, pour mon conjoint mais pas pour moi-même
- non; passez à la question 6

Question 5 : Si oui, je vais nommer des professionnels de la santé présents dans votre communauté. Veuillez m'indiquer quels sont ceux que vous avez consultés, pour vous ou votre conjoint.e, au cours des deux dernières années. (Notez la langue de service, d'une manière générale, à côté de l'endroit)

Consultation	Combien de fois l'avez-vous consulté?	Où avez-vous reçu ces soins ? H = Hôpital B = Bureau de médecin C = Clinique de santé É = École CSC = Centre communautaire / de santé communautaire Autre, précisez	Dans quelle langue vous a-t-on servi, en général ? (F) = français (A) = anglais (D) = dans les 2 langues (S) = autre langue
Un médecin de famille			
Oui Non			
Un médecin spécialiste (par exemple, un gynécologue, un pédiatre, un cardiologue, un oncologue)			
Oui Non			
Une infirmière			
Oui Non			
Un dentiste			
Oui Non			
Un nutritionniste ou diététicien			
Oui Non			
Un travailleur social			
Oui Non			
Un orthophoniste			
Oui Non			
Un psychologue			
Oui Non			
Un pharmacien			
Oui Non			
Un naturopathe ou un homéopathe :			
Oui Non			
Autre, précisez :			
Autre, précisez :			

Question 6 : Durant les deux dernières années, est-ce que votre ou vos enfant.s demeurant à la maison ont eu besoin de soins de santé ?

- Oui
- Non; passez à la question 8
- Je n'ai pas d'enfants à la maison; passez à la question 8.

Question 7 : Je vais nommer des professionnels de la santé présents dans votre communauté. Veuillez m'indiquer quels sont ceux que vous avez consultés au cours des deux dernières années pour votre ou vos enfant.s. (Notez la langue de service, d'une manière générale, à côté de l'endroit)

Consultation	Combien de fois l'avez-vous consulté?	Où avez-vous reçu ces soins? H = Hôpital B = Bureau de médecin C = Clinique de santé É = École CSC = Centre communautaire / de santé communautaire Autre, précisez	Dans quelle langue vous a-t-on servi, en général ? (F) = français (A) = anglais (D) = dans les 2 langues (S) = autre langue
Un médecin de famille			
Oui Non			
Un médecin spécialiste (par exemple, un gynécologue, un pédiatre, un cardiologue, un oncologue)			
Oui Non			
Une infirmière			
Oui Non			
Un dentiste			
Oui Non			
Un nutritionniste ou diététicien			
Oui Non			
Un travailleur social			
Oui Non			
Un orthophoniste			
Oui Non			
Un psychologue			
Oui Non			
Un pharmacien			

Consultation	Combien de fois l'avez-vous consulté?	Où avez-vous reçu ces soins? H = Hôpital B = Bureau de médecin C = Clinique de santé É = École CSC = Centre communautaire / de santé communautaire Autre, précisez	Dans quelle langue vous a-t-on servi, en général ? (F) = français (A) = anglais (D) = dans les 2 langues (S) = autre langue
Oui Non			
Un naturopathe ou un homéopathe :			
Oui Non			
Autre, précisez :			
Autre, précisez :			

PARTIE 3 : ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DE LA MALADIE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Question 8 : Je vais nommer des activités qui ont peut-être eu lieu dans votre communauté au cours des deux dernières années. Veuillez m'indiquer si vous avez (ou non) participé à des activités sur ces thèmes.

Activités sur les thèmes suivants :	Oui Non	Offerte par quel organisme ? (Indiquer la ville)	Dans quelle langue?
Le tabagisme (anti)	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Les dépendances (drogues, alcool)	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
La sexualité	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
La gestion du stress	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
La nutrition	Oui Non		Français Anglais

Activités sur les thèmes suivants :	Oui Non	Offerte par quel organisme ? (Indiquer la ville)	Dans quelle langue?
			Les 2 langues Autre, précisez
Les activités physiques	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
La dépression	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
La santé mentale	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
L'art d'être parent	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Les maladies transmises sexuellement	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
La ménopause	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Le diabète	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Autre, précisez :	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez

Question 9 : Sur une échelle variant de 1 à 5 (1 n'étant pas important, 2 étant peu important, 3 étant moyennement important, 4 étant important et 5 étant très important), indiquez l'importance que vous accordez à des activités de prévention de la maladie en français (ateliers ou cours sur des thèmes tels que ceux qui ont été mentionnés précédemment) dans votre communauté ?

- 1 = pas important
- 2 = peu important
- 3 = moyennement important
- 4 = important
- 5 = très important

Question 10 : Je vais énumérer une autre série d'activités auxquelles vous avez peut-être participé dans votre communauté au cours des deux dernières années. Veuillez m'indiquer si vous avez (ou non) participé à de telles activités.

Activités	Oui Non	Offerte par quel organisme ? (Indiquer la ville)	Dans quelle langue?
Un groupe de soutien, d'entraide. Voulez-vous préciser :	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Un atelier ou programme pour les personnes âgées. Voulez-vous préciser :	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Un programme prénatal	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Un programme postnatal	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Un atelier d'affirmation de soi ou de croissance personnelle	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Participation à un comité pour améliorer l'environnement	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez
Participation à des campagnes de sensibilisation sur divers thèmes reliés à	Oui Non		Français Anglais

Activités	Oui Non	Offerte par quel organisme ? (Indiquer la ville)	Dans quelle langue?
l'environnement ou la santé			Les 2 langues Autre, précisez
Autre, précisez :	Oui Non		Français Anglais Les 2 langues Autre, précisez

Question 11 : Sur une échelle variant de 1 à 5 (1 n'étant pas important, 2 étant peu important, 3 étant moyennement important, 4 étant important et 5 étant très important), indiquez l'importance que vous accordez à la présence d'activités telles que celles qui ont été mentionnées précédemment dans votre communauté ?

- 1 = pas important
- 2 = peu important
- 3 = moyennement important
- 4 = important
- 5 = très important

PARTIE 4 : PERSPECTIVES D'AVENIR : SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

Question 12 : Selon vous, est-ce qu'il y a des professionnels de la santé qui sont présents dans votre communauté et qui peuvent offrir des services de santé en français ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 13 : Sur une échelle de 1 à 5 (1 n'étant pas important, 2 étant peu important, 3 étant moyennement important, 4 étant important et 5 étant très important), veuillez indiquer l'importance que vous accordez à la possibilité d'avoir un service d'accueil et de références sur les services de santé disponibles en français dans votre communauté?

- 1 = pas important
- 2 = peu important
- 3 = moyennement important
- 4 = important
- 5 = très important

Question 14 : Sur une échelle variant de 1 à 5 (1 n'étant pas important, 2 étant peu important, 3 étant moyennement important, 4 étant important et 5 étant très important), veuillez indiquer l'importance que vous accordez à la possibilité d'obtenir des soins de santé en français dans votre communauté ?

- 1 = pas important
- 2 = peu important
- 3 = moyennement important
- 4 = important
- 5 = très important

Commentaires : _____

Question 15 : Au cours des deux dernières années, avez-vous eu des difficultés à obtenir des soins de santé en français dans votre communauté?

- Oui
- Je n'ai jamais demandé des soins de santé en français
- Non

Si oui, quelles ont été ces difficultés ?

1. _____
2. _____
3. _____

Question 16 : Je vais énumérer quelques facteurs qui peuvent avoir une certaine importance lorsque vous devez utiliser un service de santé. Pouvez-vous identifier deux facteurs qui vous apparaissent prioritaires et qui influencent vos choix ?

Facteurs

- Distance du service
- Rapidité du service
- Qualité du service
- Langue du service
- Confidentialité

Commentaires : _____

Question 17 : Parmi les catégories de professionnels que je vais vous suggérer, quels sont les trois que vous jugez essentielles pour que les membres de votre communauté puissent avoir accès à des services de santé en français? Pouvez-les mettre en ordre prioritaire, 1 étant le + important?

Professionnels de la santé		1	2	3
Médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritionniste ou diététicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturopathe, homéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires : _____

Question 18 : Je vais nommer une liste d'endroits qui pourraient accueillir des soins de santé en français dans votre communauté. Si vous aviez le choix entre les cinq endroits suivants, quelles seraient vos deux préférences? Pouvez-les mettre en ordre prioritaire, 1 étant le + important?

Types d'endroit	1	2
Centre de santé communautaire		
Clinique de santé		
Hôpital		
Bureau de médecin.s		
Organisme communautaire, autre qu'un centre de santé communautaire		

Commentaires : _____

PARTIE 5 : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Question 19 : Parmi les groupes suivants, à quel groupe d'âge appartenez-vous?

- 18 à 24 ans
- 25 à 34 ans
- 35 à 44 ans
- 45 à 54 ans
- 55 à 64 ans
- 65 à 74 ans
- 75 ans et plus

Question 20 : Parmi les catégories suivantes, quel est votre niveau d'instruction le plus élevé?

- Études primaires (9^e année et moins)
- Études secondaires non terminées
- Études secondaires terminées
- Études collégiales (ou Cégep) non terminées
- Études collégiales (ou Cégep) terminées
- Études universitaires non terminées
- Études universitaires terminées

Question 21 : Quelle langue parlez-vous le plus couramment à la maison?

- Français
- Anglais
- Français et anglais
- Français et autre, précisez : _____
- Autre, précisez : _____

Question 22 : Avez-vous des enfants âgés entre 0 et 18 ans? Si oui, combien?

- Non
- 1 enfant
- 2 enfants
- 3 enfants
- 4 enfants
- 5 enfants ou plus

Question 23 : Quelle est votre occupation?

Question 24 : Au cours de la dernière année, quel était votre revenu familial ?

- Moins de 29 999 \$
- Entre 30 000 \$ et 39 000 \$
- Entre 40 000 \$ et 49 000 \$
- Entre 50 000 \$ et 59 000 \$
- Entre 60 000 \$ et 69 000 \$
- 70 000 \$ et plus
- Ne sait pas

Question 25 : Sexe du ou de la répondant.e

- Femme
- Homme

Merci beaucoup de votre collaboration ! Les résultats de cette recherche seront présentés au comité encadreur de l'étude en décembre prochain. Le rapport préliminaire sera disponible au début de janvier 2003.

Annexe B : Définitions

Les définitions qui suivent sont entièrement tirées du même rapport; nous en reproduisons ici quelques pages²².

Les grandes définitions

Il est important de définir quelques-uns des termes utilisés couramment car ce sont eux qui déterminent le contenu du travail effectué dans un organisme. De plus, étant donné la multiplicité des sens accordés aux termes de « prévention » et de « promotion » dans le domaine de la santé, il nous faut définir ce que nous entendons par ces termes.

Les services de soins de première ligne (interventions diagnostiques et thérapeutiques)

Sont considérés comme « soins primaires » les soins dispensés directement par un praticien, lors du premier contact du client avec le système²³. Ces services sont dispensés par un grand nombre de professionnels de la santé, parmi lesquels on trouve des médecins généralistes ou de famille, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des diététistes, etc. Ces services comprennent le diagnostic, le traitement, le suivi et la consultation au besoin²⁴.

Au-delà des services de soins de première ligne, les usagers peuvent s'adresser à des services de soins secondaires ou de seconde ligne (spécialisés), généralement offerts dans les hôpitaux. Les services de soins tertiaires ou de troisième ligne sont les services très spécialisés et offerts dans les hôpitaux universitaires.

Cette question des « niveaux » de prestation des soins est importante dans la mesure où elle pose le problème de la continuité des soins et, par conséquent, l'accès à des soins spécialisés en français dans un continuum de santé.

La prévention primaire et secondaire

Comme nous l'avons vu, l'aspect curatif de l'intervention sanitaire, s'il est encore au centre du système de soins de santé canadien, s'accompagne à présent d'un certain nombre d'autres types de prestations destinées à « prévenir » l'arrivée ou l'aggravation d'une maladie à l'aide de changements comportementaux individuels ou même collectifs. On peut diviser les activités de prévention en deux :

- 1) Une prévention (dite « prévention primaire ») consiste à « soustraire des individus ou des collectivités à des facteurs d'exposition au développement des maladies²⁵. » Ce type d'activités va de l'immunisation contre les maladies infantiles jusqu'à la mise sur pied d'ateliers antitabac, en passant par le counseling individuel en cas de stress au travail ou de difficultés familiales afin de prévenir le surmenage ou la dépression. Plusieurs activités possibles peuvent donc avoir lieu sous cette rubrique : éducation pour la santé, activités d'entraide et campagnes publicitaires. De telles activités ciblent certains groupes que l'on suppose « à risque » d'avoir une maladie plutôt que l'ensemble d'une population vivant dans un milieu donné (une municipalité, par exemple.) Selon Statchenko et Jenicek, ainsi que Shah, de telles activités visent avant tout à modifier le comportement individuel en vue d'acquérir des habitudes de vie saine et les programmes développés dans cette optique reposent souvent sur l'initiative de professionnels de la santé.

- 2) La prévention (dite « prévention secondaire ») consiste à « identifier une affection chez un individu asymptomatique²⁶ ». Ce sera en particulier le dépistage individuel du cancer de la prostate, du cancer du col de l'utérus, (Test de Pap), à partir d'une consultation individuelle auprès d'un praticien. On peut également envisager des activités de prévention secondaire en matière de violence; par exemple le dépistage des problématiques liées aux enfants témoins de violence appartient à cet aspect de la prévention; des protocoles sont alors en général développés pour « dépister » tant les affections physiques, psychologiques que sociales. Il ne faut pas non plus oublier qu'un dépistage peut aussi se faire sur l'ensemble d'une population donnée (par exemple, le programme de mammographie développé en Ontario ces dernières années.) La plupart des établissements de santé primaire ne disposent pas de ce dernier recours et dirigent généralement vers d'autres organismes ou encouragent leurs clients/usagers à tirer partie de ce type de programme de masse.

De façon générale, nous pouvons donc établir une typologie des activités de prévention qui pourrait être basée sur ces deux types de prévention et sur le fait que certaines activités sont menées individuellement, tandis que d'autres le sont en groupe.

Il est certain, cependant, que ces activités de prévention, en particulier de prévention primaire, sont très souvent recoupées par des activités que l'on pourrait proprement appeler de « promotion de la santé. » En effet, il semble qu'il y ait de nombreuses passerelles entre les deux termes de prévention et de promotion.

« Ces passerelles sont sans doute dues à la nature même des activités qui se chevauchent et se complètent²⁷. » Elles sont aussi dues à l'histoire récente de l'élargissement du concept de santé. En effet, alors qu'étaient appelées activités ou programmes de « promotion de la santé » un certain nombre d'activités destinées à changer les comportements individuels quant au style de vie²⁸, les orientations actuelles depuis la Charte d'Ottawa, qui mettent l'accent sur la santé de la population et de la collectivité, comportent une dimension de développement communautaire et social destinée à agir sur la communauté elle-même et sur les politiques publiques (pas seulement de santé.) Cet élargissement du champ de l'intervention en matière de santé s'est précisé lorsque l'on a questionné le décalage qui existait entre la capacité de changer ses habitudes de vie et l'environnement qui pouvait permettre à ces changements de se produire. Pour certains auteurs, en effet, les changements que l'on constatait dans les comportements de santé ne survenaient que lorsque des changements sociaux majeurs avaient lieu. Pour d'autres, il était important de comprendre que tout changement dans les comportements de santé ne pouvait se comprendre que lorsqu'on prenait en considération les différences de statut et de pouvoir au sein de la société. Dans l'ensemble, cependant, il est devenu possible de penser que les comportements de santé (concernant les habitudes de vie, par exemple) ne pouvaient se modifier que lorsqu'un effort global concernant l'ensemble des conditions de vie de la communauté était effectué²⁹ et que si l'on prenait en compte l'expérience et le sens que les personnes donnaient à leur santé.

Nous estimons que ceci nous oblige à différencier ce que nous entendons par les deux termes de prévention et de promotion de la santé. Pour les fins de ce rapport, nous désignerons comme activités de promotion de la santé toutes les activités qui donnent la possibilité aux individus et aux communautés d'accroître leur contrôle sur

les déterminants de la santé et par conséquent d'améliorer leur santé. Une telle définition, contenue dans la *Santé pour tous*, recouvre une multitude de moyens utilisés pour que les individus puissent atteindre leur plein potentiel de santé. Shah³⁰ les énumère de la façon suivante, qui nous semble particulièrement complète :

« [La promotion de la santé...] utilise la médiation des professionnels entre les divers groupes militant en faveur de la santé. Les stratégies spécifiques font appel à l'éducation, à la communication, aux mesures fiscales, à la législation, à la modification de l'organisation communautaire, au développement communautaire et à l'action communautaire locale. Des mesures fiscales et législatives peuvent être prises à la suite de décisions politiques dont auparavant on n'aurait pas imaginé l'influence sur la santé; c'est la méthode dite des politiques favorisant la santé. Les approches de communication et d'éducation, lorsqu'elles sont intégrées à l'action communautaire, composent la stratégie appelée prévention communautaire. »

Il est évident qu'une telle définition de la promotion de la santé recoupe celle de la prévention dans la mesure où toutes deux s'appuient sur l'éducation sanitaire. Il n'en reste pas moins qu'en élargissant le rayon d'action des activités au domaine collectif, c'est-à-dire en adoptant une approche plus « politique » axée sur des réformes législatives et sur des activités de développement communautaire (économique, sociale, de loisir), la promotion de la santé exige un engagement différent des divers acteurs engagés ou un recadrage de leur rôle dans le processus. Par exemple, les professionnels, au lieu d'être la source d'un savoir qui permettra aux individus de se maintenir en santé ou de l'améliorer, deviennent idéalement des médiateurs, des facilitateurs ou des catalyseurs de processus enclenchés et conduits par des groupes dans la communauté³¹.

De la même façon, la communauté a la responsabilité de s'approprier des dossiers « santé » et de susciter la participation du public. En effet, selon Battista et Tremblay, les programmes de promotion relèvent de trois dimensions dont il ne faut négliger aucune : l'éducation, le soutien du milieu et des politiques appropriées. Le développement d'activités de promotion de la santé met en oeuvre une dynamique communautaire importante. En reprenant cette définition de la promotion de la santé, nous devons donc faire une place importante aux différents acteurs, dans la

lecture des modèles étudiés (par qui sont fait les activités : professionnels, bénévoles, etc., et pour qui : usagers, population en général, etc.)

Nous pouvons donc, dès à présent, nous demander s'il est nécessaire, et surtout possible, de poser des priorités au sein des communautés francophones souvent mal desservies. Comment combiner une approche de santé centrée sur l'accès à des soins médicaux de qualité en français et une approche qui fait appel à des activités dont les retombées immédiates en matière de santé ne sont pas immédiatement mesurables? Quels sont les modèles de prestation de services qui permettraient que les services de première ligne, les services de prévention et les activités de promotion de la santé se complémentent? En un mot, comment concilier la demande très réelle de services curatifs en français et la nécessité de promouvoir une communauté en santé, lorsque les budgets consacrés à la santé sont limités?

La réadaptation

Un dernier aspect concerne ce que nous appelons les activités de réadaptation. Cet angle des soins et des activités, qui peuvent être développés par un organisme de santé, est important dans le contexte actuel des soins ambulatoires. Il est certain qu'il existe une myriade de façons d'envisager ce qu'on pourrait appeler la réadaptation. Dans cette étude, nous ne porterons notre attention que sur les activités qui permettent aux personnes de se rétablir. On y trouvera donc des activités offertes par différents thérapeutes (physiothérapie et ergothérapie par exemple) mais aussi des activités développées pour fournir des soins à domicile (infirmières et travailleurs sociaux) ou pour favoriser la réinsertion sociale.

Il est fréquent que des professionnels agissant dans ce domaine de la réadaptation ne soient pas directement rattachés aux organismes de santé, mais qu'ils y soient plutôt détachés par d'autres organismes ou s'y trouvent à titre de consultants. Nous englobons cependant cette dimension de la réadaptation dans le cadre d'analyse dans la mesure où ils ajoutent à la dimension multidisciplinaire des organismes de santé, proposant une sorte de continuum de soins. De plus, ce sont des indicateurs intéressants des différents réseaux dans lesquels certains organismes sont impliqués.

La santé communautaire

Une définition socioécologique de la santé, qui implique une importance donnée aux différents acteurs dans les orientations et les activités d'un organisme de santé, pose inévitablement la question de la communauté. Une telle perspective nous conduit donc à nous demander ce que nous entendons par « communautaire » quand nous parlons de « santé communautaire. » Il n'est pas dans notre intention de faire une revue des nombreux écrits qui portent sur le sens du « communautaire » mais de proposer une définition « ouverte » du terme de communauté.

Martin (1997)³² fait une typologie intéressante du sens que peut prendre le mot « communauté » dans le domaine des services de santé, plus particulièrement des services aux personnes âgées. Pour cet auteur, il existe au moins quatre façons distinctes de concevoir le terme.

En premier lieu, le terme de « communauté », le plus souvent lié à l'expression de « soins », désigne un lieu des plus abstraits; il désigne ce qui existe en dehors de l'institution, par exemple les soins communautaires seront les soins fournis en dehors d'un établissement hospitalier. Dans ce cas, la communauté est « sans visage, réduite au contexte », quand elle est géographiquement délimitée. Cette « communauté » est alors « un lieu, un support à la matérialisation de services à développer ou à étudier. »

Dans une deuxième acception du terme, la communauté se confond avec ce que les épidémiologistes désignent habituellement sous le terme de « population », c'est-à-dire « un ensemble d'individus définis par le sexe et l'appartenance à un groupe d'âge, souffrant d'un ou de plusieurs problèmes de santé, ayant accès à différentes ressources, etc. » Une telle communauté est alors assimilée aux membres qui la composent. L'acception du terme permet de cibler les interventions auprès de sous-groupes, plus vulnérables par exemple, et de mieux connaître les caractéristiques des usagers réels ou potentiels d'un organisme. Par contre, selon Martin, « l'assimilation de la communauté aux caractéristiques de la population ou de sous-catégories de celle-ci ne fait pas des individus des membres à part entière de la communauté, partageant ses valeurs et participant à son développement. »

Une troisième acception du terme, souvent présente dans les documents de politiques de santé misant sur la dévolution des soins à la « communauté », désigne, en fait, le

réseau informel qui entoure un client potentiel : la famille tout d'abord, en particulier les femmes, et quelquefois le voisinage. Cette conception restreinte de la « communauté » renvoie bien-sûr à des enjeux de transformation du tissu familial et à des analyses sur le travail domestique de santé, le plus souvent accompli gratuitement par les femmes.

Enfin, une quatrième acception de la communauté désigne « un espace social utilisé par les familles, les amis, les voisins, les associations, les groupes civiques, les entreprises locales, les associations ethniques, les syndicats, les gouvernements et les médias locaux. La communauté se caractérise alors par l'interdépendance de ses acteurs et l'absence de structure hiérarchique. » Dans ce cas, il y existe une *dynamique locale* « qui définit la place et l'importance relative des enjeux qu'affrontent les différentes catégories d'acteurs, individuels, organisationnels ou collectifs. » Les enjeux portent alors sur l'identification des besoins, la mise en oeuvre des décisions prises à partir d'une volonté commune d'atteindre un objectif de santé et la création de mécanismes adéquats pour y parvenir. Une telle acception donne « une coloration beaucoup plus dynamique » au terme de communauté que Martin désigne sous le terme de « communauté ouverte. »

Lorsque nous parlons de santé communautaire en français, il s'agira par conséquent de comprendre de quel « communautaire » nous parlons³³. Dans une perspective d'étude des modèles, il nous faut en effet savoir quelle est l'acception que nous utiliserons pour décrire l'aspect « communautaire » des modèles. Nous proposons ici une typologie qui permet de retrouver « la communauté comme système ouvert » dont parle Martin.

- sous l'angle des valeurs que l'organisme véhicule, en accord avec les valeurs de son bassin potentiel de clientèle;
- sous l'angle d'une recherche constante de l'évolution des besoins de la clientèle (auquel cas, quels sont les mécanismes en place pour connaître ces besoins?);
- sous l'angle de la gouvernance de l'organisme par la communauté (grâce à un conseil d'administration composé de membres de la communauté, par exemple);
- sous l'angle de l'engagement des professionnels et du leadership de l'organisme dans le développement de leur communauté;

- sous l'angle des partenariats et des échanges avec d'autres organismes de santé, francophones ou non;
- sous l'angle de la participation des usagers à l'élaboration de programmes, d'activités au sein même de l'organisme;
- sous l'angle du bénévolat³⁴;
- sous l'angle de la collaboration avec des associations, des regroupements de la société civile et d'autres organismes afin de créer un environnement sain.

Une telle approche du sens du terme « communautaire » permet de rendre compte, de manière flexible, du travail communautaire d'un organisme. Elle est aussi susceptible d'évoluer et d'être façonnée par le contexte des politiques de santé provinciales ou fédérales. Enfin, une telle approche du sens de « communautaire » recoupe, sans les embrasser entièrement, les dimensions communautaires que l'on trouve dans les Centres de santé communautaires déjà établis. Or, quelles sont les caractéristiques qui définissent ces centres, comme ceux qui sont établis dans plusieurs provinces canadiennes depuis un certain nombre d'années?

- ils offrent une gamme élargie de services (services médicaux, sociaux, infirmiers, etc.);
- ils sont multidisciplinaires, non seulement parce que des professionnels de différentes disciplines se côtoient mais aussi parce qu'il y a volonté de mettre en commun les connaissances et le travail de cas;
- ils mettent l'accent sur la prévention et la promotion de la santé : ils auront donc un diététiste, un ou des agents de développement communautaire et des programmes spéciaux ciblant certaines catégories de la population;
- ils sont gérés par un conseil d'administration composé de membres de la communauté;
- ils sont en grande partie subventionnés par les ministères de la santé des provinces;
- les praticiens sont le plus souvent salariés;
- ils constituent souvent un point de ralliement pour la communauté, en particulier à travers leurs activités de développement communautaire.

Nous constatons qu'un tel « modèle » englobe plusieurs dimensions déjà décrites : gouvernance par la communauté, ciblage de populations spécifiques dans la communauté (communauté populationnelle), partenariats interdisciplinaires (rémunérés par l'organisme ou sous-contractants.) Nous constatons aussi qu'une telle

description de modèle fait appel, avant tout, à la constitution interne de l'organisme et bien moins à sa position « logistique » parmi les autres organismes ou associations du milieu ou ses rapports aux positionnements gouvernementaux en matière de politique de santé.

Annexe C : Résultats des groupes cibles

Les familles

a) Les besoins en santé :

- les besoins en santé sont présents tout au long de la vie : de la conception à la fin de la vie;
- le soutien aux parents : l'aide, l'appui et l'information sur la santé; il y a beaucoup de femmes en difficulté; l'aide est difficile à trouver et les femmes sont dirigées vers des services en anglais; les jeunes mères sont particulièrement vulnérables;
- le dossier de la petite enfance, le pré et le postnatal, et la petite enfance sont importants;
- les programmes pour les familles ne sont pas disponibles en français;
- les services médicaux directs aux enfants : l'interprétation n'est pas idéale et ce service, donné par le coordonnateur des services en français de l'hôpital, n'est pas désiré ni adéquat;
- les services pour les enfants qui ont des besoins spéciaux : orthophonie et enfants avec comportements difficiles;
- les services pour les enfants de la garderie;
- les services en santé mentale pour les adolescents;
- en santé mentale, il n'y a pas de ressources présentement; il y a le Centre de développement des enfants où il n'y a pas de ressources francophones;
- la santé, c'est complémentaire à l'école de langue française; il faut avoir les deux pour appuyer les démarches en français; l'absence de services de santé en français contribue à l'érosion de la langue.

Les particularités :

- les services doivent répondre aux défis particuliers du Yukon : population jeune qui a quitté sa famille; elle se retrouve sans le soutien de sa famille naturelle et ne peut compter sur personne;
- les délais et les problèmes de temps pour obtenir des services en français sont trop longs.

- b) Les meilleures façons de mettre sur pied des services en français :
- un guichet unique de services avec des partenaires (pour des références, des conseils, etc.) comme le SOFA;
 - une meilleure identification (à l'hôpital comme ailleurs) de ceux et celles qui peuvent donner des services en français.

Les femmes

- a) Les besoins en santé :
- le manque de médecins et de spécialistes; l'accès à des spécialistes tels des gynécologues est compliqué et ça l'est encore plus en français; la demande des francophones est grande pour des médecins de famille; les médecins qui viennent ici ne possèdent même pas l'anglais comme langue première; il est encore plus difficile de traduire nos sentiments lorsque le professionnel et le client utilisent une langue seconde;
 - à l'hôpital, on ne nous demande pas si on veut des services en français; nous ne voulons pas utiliser les services du coordonnateur des services en français;
 - les professionnels de la santé francophones qui sont présents n'utilisent même pas leur langue maternelle; souvent, ils ne sont pas identifiés;
 - la situation actuelle fait que nous attendons très longtemps avant d'aller voir quelqu'un : les participantes ont mentionné des cas où cela a failli mal tourner...;
 - l'accompagnement d'amis (pour interprétation) est très difficile;
 - le problème de la confidentialité empêche de demander des services en français; la communauté est petite et tous se connaissent;
 - la santé mentale : il n'y a rien; nous avons besoin d'avoir accès à une intervenante, une thérapeute en cas de besoin;
 - la situation des francophones nous pénalise doublement; cela représente un handicap pour l'accès, en plus des problèmes du système de santé (pénurie, etc.); nous sommes francophones et ne pouvons pas toujours nous exprimer adéquatement en anglais; ceci nous rend vulnérables dans le système actuel;
 - le grand besoin d'appui, de soutien et d'entraide pour les femmes monoparentales;
 - le besoin d'information, de documentation, etc. en français;

- l'obtention de services de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Pour nos enfants :

- le besoin d'un thérapeute pour les enfants;
- le milieu francophone est présentement un milieu aisé où les gens vivent bien; lorsqu'on est monoparentale et que les revenus sont insuffisants, nous nous sentons comme une minorité dans une minorité;
- les professionnels de la santé doivent être conscients aux réalités des femmes monoparentales.

b) Les meilleures façons de mettre sur pied des services en français :

- un lieu (un espace) où divers programmes et services sont regroupés : la prévention est importante; l'information et la documentation en français; l'obtention de références; le lieu doit être ouvert aux divers groupes d'âge de la population;
- des professionnels (médecin, thérapeute) doivent être accessibles;
- des services de soutien et des services sociaux peuvent être disponibles selon le besoin.

Les jeunes

a) Est-ce que la santé en français, c'est important?

- c'est préférable et souhaitable; pour la majorité des jeunes présents, c'est certainement important;
- les jeunes disent que c'est mieux en français, même si on peut rencontrer des professionnels en anglais;
- il y a des gens dans la communauté qui ont besoin de services en français puisqu'ils ne s'expriment pas en anglais.

b) Les services qui sont les plus importants, selon vous :

- les médecins;
- les conseillers (relations d'aide); des professionnels en santé mentale;

- les spécialistes;
- le dentiste;
- des professionnels qui peuvent nous conseiller sur notre santé sexuelle.

c) Les particularités de ce segment de la population :

- il y a très peu de services de santé disponibles à l'école : un conseiller qui a aussi une charge d'enseignant et une infirmière qui vient de temps en temps.

d) L'utilisation des services de santé en français :

S'ils étaient disponibles, les utiliseriez-vous?

- Oui définitivement!

Les hommes

Les besoins exprimés :

- les activités de sensibilisation et de prévention; les activités de prévention des maladies et de promotion de la santé sont d'autant plus importantes pour les hommes, car ils ne sont pas socialement et culturellement sensibilisés à leur santé;
- les hommes francophones sont doublement susceptibles de retarder le moment de consulter un professionnel de la santé à cause de leur mentalité et de la barrière de la langue;
- les services de santé sont axés sur les familles et peu adaptés aux besoins des hommes célibataires; le système n'est pas orienté pour les célibataires, qui sont souvent doublement fragilisés lorsqu'ils n'ont pas de soutien familial;
- l'obtention de soins de santé en français devient plus importante pour les hommes francophones lorsqu'ils ont des enfants;
- les soins de santé en français sont jugés importants même pour un francophone qui parle l'anglais, car son accent crée des problèmes de communication;
- les services d'urgence sont considérés importants même s'ils sont rarement utilisés;

- l'accès à l'information en français est important;
- les services pour les enfants en bas âge qui ne sont pas encore bilingues;
- les professionnels les plus importants : médecin de famille ou généraliste, pédiatre, psychiatre (santé mentale), anesthésiste, pharmacien, travailleur social;
- l'information/l'éducation sur la nutrition telle la préparation des repas (faire l'épicerie, cours de cuisine) et l'éducation domestique;
- plusieurs problèmes de santé ont été identifiés par les hommes comme préoccupants et graves : dépression, suicide, tabagisme, diabète, maladies cardiovasculaires, problème de prostate, cholestérol élevé, cancer du colon et des testicules;
- les problèmes d'alcool et de drogue sont des problèmes qui touchent beaucoup les anglophones; on s'attend à ce que ce soit similaire pour les francophones;
- la possibilité de participer à un accouchement en français est identifiée comme un service important pour les pères;
- la pénurie de médecins au Yukon; les médecins de famille francophones ne prennent plus de client; la qualité des services laisse à désirer.

b) Les meilleures façons de mettre sur pied des services en français :

- le modèle des CLSC du Québec est un modèle intéressant à explorer; il y a des médecins sur place, un service d'urgence et c'est ouvert toute la nuit;
- le format du WHC (Whitehorse Health Center) est identifié comme une bonne façon de répondre aux besoins : « Il y a des infirmières et on peut y aller directement ou on y a accès par téléphone. Présentement, ce n'est qu'en anglais »;
- planifier, organiser et structurer les services en français à l'hôpital.

Les aînés

Les besoins en santé :

- les activités physiques et la nutrition;
- le bris de l'isolement;
- les divers problèmes de santé reliés à l'âge;

- les activités et les soins en français; on sait que, dans la communauté, quelques aînés débrouillent plus ou moins en anglais et recherchent des activités en français;
- la qualité des services;
- les services en français ne doivent pas être superflus, ni coûter trop cher;
- l'interprétation n'est pas utile pour tous.

Les professionnels de la santé

a) Les besoins en santé des francophones vivant au Yukon :

- les parents avec des enfants qui éprouvent des problèmes; les familles, en général;
- les parents avec des enfants qui ont des besoins spéciaux; l'absence de services en français au Children Development Centre; présentement, on ne peut pas faire venir des professionnels (orthopédagogue, orthophoniste) puisqu'il n'y a plus d'argent dans le budget;
- les familles et les gens qui doivent vivre des deuils; la préparation au décès;
- la nécessité d'avoir des gens bilingues pour offrir des services;
- l'offre de programmes de soutien à domicile en français (pour garder les gens et les familles autonomes);
- la santé mentale; il y a peu de programmes disponibles et il y a déjà une liste d'attente pour des services génériques; les gens qui veulent des services en français doivent attendre encore plus longtemps que les autres; présentement, on ne peut pas servir la clientèle;
- les services après les heures de travail ne sont pas disponibles;
- la confidentialité peut être un problème dans une petite communauté.

Les services les plus importants à mettre en place :

- le service d'advocacy (d'accompagnement) : faire de l'outreach, pouvoir aiguiller et référer, pouvoir accompagner et demander des services en français;
- l'établissement d'une liste complète de professionnels pouvant offrir des services en français; diffuser la liste et la garder à jour.

Notes

¹ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (Étude coordonnée par la Fédération des communautés francophones et acadienne), *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*.

² Santé Canada, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, p. 114.

³ Fédération des communautés francophones et acadienne, *Profil de la communauté francophone du Yukon*, p. 13.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*, p. 2.

⁶ Santé en français, *Rapport sur l'état de la situation au Yukon*, p. 6.

⁷ Fédération des communautés francophones et acadienne, *Profil de la communauté francophone du Yukon*, p. 4.

⁸ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé*, deuxième rapport sur la santé de la population canadienne, p. 13.

⁹ Les répondants pouvaient choisir plus d'un endroit pour chaque catégorie de professionnels et une seule langue pour chaque endroit. Par clinique de santé, on entend les cliniques privées, les cliniques dentaires, d'optométrie et de physiothérapie. Les médecines douces et alternatives incluent : massothérapie, acupuncture et herboriste.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Santé Canada, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, p. viii.

¹² Sylvie Geoffroy (pour le compte des EssentiElles), *Sondage réalisé auprès des femmes francophones du Yukon. Leurs besoins et préoccupations*.

¹³ Yukon Women's Directorate, *Counting us in. A statistical profile of Yukon Women*, p. 76.

¹⁴ Guylaine Levasseur et Ysabelle Perreault, *Résultats préliminaires de l'Étude de besoins 2001-2002*, p. .

¹⁵ Voir la définition des soins de santé primaire à l'annexe A.

¹⁶ Santé en français, *Rapport sur l'état de la situation au Yukon*.

¹⁷ MBeaulieu Développement organisationnel et Formation inc., *La santé communautaire en français : analyse de quatre modèles au sein des communautés francophones et acadiennes*.

¹⁸ Association franco-yukonnaise, *Projet Carrefour Santé*, p. 3.

¹⁹ *Op. cit.*, p. 232-233.

²⁰ MBeaulieu Développement organisationnel et Formation inc., *La santé communautaire en français : analyse de quatre modèles au sein des communautés francophones et acadiennes*, p. 16-17.

²¹ *Ibid.*, p. 68.

²² MBEAULIEU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET FORMATION INC. *La santé communautaire : analyse de quatre modèles au sein des communautés francophones et acadiennes*, p. 9 à 14.

²³ C. P. Shah, *Médecine préventive et santé publique*, 1995 (1989), p. 302.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Renaldo N. Battista et Jacques Tremblay, « Méthodes d'évaluation », *Traité d'anthologie médicale, l'institution de la santé et de la maladie*, p. 497.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Stachtchenko et Jenicek, *Conceptual Differences Between Prevention and Health Promotion : Research implication for Community Health Programs*, 1990,

²⁸ *Participaction* en est un bon exemple, qui encourage les Canadiens à faire de l'exercice. Dans un document sur la promotion de la santé du ministère de la Santé de l'Ontario, on définissait ainsi la promotion de la santé : « Processus qui vise à permettre aux gens d'améliorer leur santé en modifiant leurs habitudes de vie ». Ministère de la santé de l'Ontario, *La promotion de la santé communautaire à l'œuvre*.

²⁹ Pour une définition des différentes approches sur lesquelles est basée la définition de la promotion de la santé, voir Robin F. Badgley (1994), « Health promotion and Social Change in the Health of Canadians », dans Robin F. Badgley, *Health Promotion and Social Change in the Health of Canadians*, dans *Health Promotion in Canada. Provincial, National and International Perspectives*, s. la dir. de Ann Pederson, Michel O'Neill et Irving Rootman, p. 27-30.

³⁰ Shah, *Médecine préventive et santé publique au Canada (op. cit.)*, p. 16-17.

³¹ Robin F., Badgley (*loc. cit.*).

³² MARTIN, Jean-Claude, *Les personnes âgées, la famille et les autres, ou la communauté locale comme milieu de vie*, 1997, p. 159-165.

³³ Notons qu'il est possible que le terme soit utilisé de façon polysémique, c'est-à-dire qu'il recouvre à la fois la communauté « populationnelle » et la communauté « ouverte ».

³⁴ La question du bénévolat se pose de façon parfois très aiguë dans nombre d'organisme, non seulement dans son aspect d'implication de la communauté dans les activités mais en raison des coupures budgétaires qui rendent parfois certaines activités tributaires de la présence de bénévoles ou non.