



# L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès : une étude de portée

Alexandra Éthier and Annie Carrier

Number 18, 2022

Varia

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1089185ar>  
DOI: <https://doi.org/10.7202/1089185ar>

[See table of contents](#)

## Publisher(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (digital)

[Explore this journal](#)

## Cite this article

Éthier, A. & Carrier, A. (2022). L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès : une étude de portée. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (18), 197–234. <https://doi.org/10.7202/1089185ar>

## Article abstract

Official language minorities (OLM) face difficulties when accessing health and social services (HSS). To our knowledge, an integrated synthesis of HSS regarding those difficulties and the factors (barriers and facilitators) influencing access to HSS is lacking. The goal of this study was to describe accessibility to HSS and to identify the factors influencing access to HSS for OLM in Canada. Thus, a scoping study was undertaken in nine databases, combined with an extended search strategy. The analysis of 74 documents showed that HSS are generally lacking for OLM. Fifteen factors (8 facilitators, 11 barriers) were identified. Finally, 26 connections were noted (one connection found for facilitators, 25 connections found for barriers), complexifying the access to HSS for OLM. Interventions facilitating access to HSS for OLM could benefit all Canadians, considering common barriers shared by OLM and the Canadian population.

# L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès : une étude de portée

Alexandra Éthier

*Université de Sherbrooke*

Annie Carrier

*Université de Sherbrooke*

## Résumé

Les minorités de langue officielle (MLO) du Canada rencontrent des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé (SSS). Or, il n'existe aucun portrait exhaustif des services concernés par ces difficultés et des facteurs (facilitateurs et barrières) qui modulent leur accès. Ainsi, le but de cette étude était de décrire l'accessibilité des SSS et d'identifier les facteurs influant sur l'accès aux SSS pour les MLO canadiennes. Une étude de portée dans neuf banques de données combinée à une stratégie élargie a permis d'inclure 74 documents. Les SSS sont généralement insuffisants pour les MLO. De plus, 15 facteurs (8 facilitateurs, 11 barrières) ont été identifiés. Enfin, 26 connexions (une parmi les facilitateurs, 25 parmi les barrières) ont été notées, complexifiant l'accès aux SSS pour les MLO. Intervenir pour favoriser l'accès aux SSS des MLO pourrait être bénéfique à l'ensemble des populations canadiennes, étant donné la présence de barrières communes entre ces groupes.

## Abstract

Official language minorities (OLM) face difficulties when accessing health and social services (HSS). To our knowledge, an integrated synthesis of HSS regarding those difficulties and the factors (barriers and facilitators) influencing access to HSS is lacking. The goal of this study was to describe accessibility to HSS and to identify the factors influencing access to HSS for OLM in Canada. Thus, a scoping study was undertaken in nine databases, combined with an extended search strategy. The analysis of 74 documents showed that HSS are generally lacking for OLM. Fifteen factors (8 facilitators, 11 barriers) were identified. Finally, 26 connections were noted (one connection found for facilitators, 25 connections found for barriers), complexifying the access to HSS for OLM. Interventions facilitating access to HSS for OLM could benefit all Canadians, considering common barriers shared by OLM and the Canadian population.

Pour offrir des services accessibles et universels à la population, les systèmes de santé du Canada s'appuient notamment sur la *Loi canadienne sur la santé*<sup>1</sup>. En effet, cette loi, qui détermine le financement du gouvernement fédéral en matière de santé, a comme objectif « [...] de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre » (art. 3). Malgré cette visée, l'accès aux services sociaux et de santé (SSS), c'est-à-dire la possibilité de percevoir un besoin en matière de santé, de trouver l'information sur les SSS, d'atteindre les SSS, de payer les SSS et de s'engager dans des soins afin que ses besoins en matière de santé soient comblés (Levesque *et al.*, 2013), s'avère limité. D'une part, les Canadiens rapportent des besoins en matière de santé non comblés (Sibley et Glazier, 2009). D'autre part, des barrières extrinsèques (hors de l'individu) et intrinsèques (inhérentes à l'individu) nuisent à leur accès aux SSS, comme la présence de listes d'attente (Clarke, 2016) et des problèmes financiers (Soril *et al.*, 2017).

Des difficultés supplémentaires d'accès aux SSS existent pour les immigrants (Lasser *et al.*, 2006; Sanmartin et Ross, 2006), les peuples autochtones (Shah *et al.*, 2003) et les minorités de langue officielle du Canada, à savoir les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec (Bouchard et Desmeules, 2011). En effet, l'accès potentiel à des professionnels des SSS, d'après la déclaration des professionnels du Québec qui se disent en mesure de parler l'anglais et ceux des professionnels hors Québec qui se disent en mesure de parler le français, montre des lacunes substantielles. Par exemple, comparés à la population majoritaire, les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec de 68,3 % des régions sociosanitaires du Canada sont désavantagés en matière d'accès aux SSS. Effectivement, moins de professionnels des SSS se disent en mesure de parler leur langue contrairement à la langue majoritaire (Warnke et Bouchard, 2013).

Au fil des ans, les écrits ont documenté, de façon morcelée et sous trois angles différents, l'accès aux SSS des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec. D'abord, l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle a permis d'établir qu'en général, les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec percevaient des difficultés d'accès (Gagnon-Arpin *et al.*, 2014). De plus, un accès limité aux médecins, aux infirmières et aux lignes Info-Santé dans leur langue (Corbeil *et al.*, 2006) est observé. Ensuite, des études quantitatives et qualitatives ont exploré l'accès à différents types de SSS du point de vue des professionnels des SSS, des usagers et du personnel administratif. Parmi les SSS considérés, on retrouve les services de santé mentale (Audet et Drolet, 2014), les foyers de soins pour aînés (Forgues, Doucet *et al.*, 2011) et les services destinés à la proche aide (Bélanger, 2015). Parce qu'ils ne sont que très peu offerts, tous ces SSS sont difficilement accessibles dans la langue des francophones canadiens hors Québec. En effet, pour

---

1. LRC (1985), c C-6.

être accessibles, les SSS doivent notamment être abordables, acceptables, disponibles, abordables et appropriés (Levesque *et al.*, 2013); bref, ils doivent offrir des opportunités d'accès.

Enfin, des facteurs extrinsèques ou intrinsèques à l'individu peuvent influencer sur son accès aux SSS. Par exemple, les facteurs extrinsèques comprennent la présence minoritaire (Bouchard et Desmeules, 2011), facteur présent au sein des communautés, et l'encadrement gouvernemental (Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada [FCFA], 2001), facteur présent au sein des institutions. La connaissance des SSS et des ressources (Bélanger, 2015; Drolet *et al.*, 2015) est un facteur intrinsèque, présent chez les individus. Ces facteurs peuvent agir en tant que facilitateurs ou barrières, selon la façon dont ils se manifestent dans un environnement (p. ex. fortement ou faiblement, suffisamment ou insuffisamment).

Pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, le manque d'accès aux SSS pourrait avoir de graves conséquences compte tenu des trois éléments suivants. Premièrement, les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec sont désavantagés en matière d'accès aux SSS, de revenu et d'éducation (Bouchard et Desmeules, 2011). Or, ces désavantages laissent entrevoir un moins bon état de santé et de bien-être, puisqu'ils sont reconnus comme des déterminants de la santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012; Gouvernement du Canada, 2020). Deuxièmement, l'accès dans sa langue aux SSS favorise un consentement véritablement libre et éclairé aux services (Parsons *et al.*, 2014), augmente la qualité de ceux-ci (Bowen, 2001) et favorise une bonne relation entre le professionnel et l'utilisateur (Mazor *et al.*, 2002). Comme les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec n'ont pas toujours accès dans leur langue aux professionnels des SSS, leurs droits risquent d'être bafoués et leur recours aux SSS peut s'avérer une expérience négative.

Troisièmement, les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec n'ont pas nécessairement les mêmes besoins en matière de SSS que les populations majoritaires (Corbeil *et al.*, 2010; de Moissac *et al.*, 2012; Pocock et Hartwell, 2011). Ces besoins en matière de SSS différenciés des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec sont notamment d'obtenir des SSS dans leur langue (de Moissac *et al.*, 2012; Pocock et Hartwell, 2011); pour les anglophones québécois, d'obtenir des SSS spécifiques qui accompagnent le vieillissement accentué de leur population (Pocock et Hartwell, 2011); et, pour les francophones canadiens hors Québec, d'être mieux informés en matière de soins palliatifs ou de fin de vie (Contant, 2014). Or, peu de mesures semblent être adoptées pour répondre à ces besoins différenciés en matière de SSS, comparativement aux populations majoritaires. Ce manque de mesures est peut-être ce qui explique que les SSS sont mal adaptés aux besoins différenciés des anglophones québécois et des francophones

canadiens hors Québec (CIUSSS de l'Estrie–CHUS, 2016 ; de Moissac *et al.*, 2012) et, ainsi, que leur accessibilité présente des lacunes (Kirouac et Perreault, 2018). De ce fait, pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, les désavantages qu'ils rencontrent en matière de déterminants de la santé, les bienfaits associés à l'obtention de SSS dans leur langue et leurs besoins différenciés en matière de SSS tendent à démontrer qu'il est primordial d'approfondir les connaissances sur leur accès aux SSS.

Les écrits antérieurs renseignent sur l'accessibilité des SSS au Canada et les facteurs influant sur l'accès des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec à ces services. En revanche, il n'existe aucun portrait exhaustif de l'accès aux SSS des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec. Compte tenu des répercussions potentielles de l'absence d'un tel portrait sur la santé et le bien-être de ces communautés, la présente étude vise à brosser un portrait exhaustif (objectif 1) de l'accessibilité des SSS pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, et (objectif 2) des facteurs extrinsèques et intrinsèques perçus comme influant sur l'accès aux SSS pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec. Ainsi, elle permettra de répondre à la question suivante : Comment sont l'accessibilité des SSS et l'accès aux SSS pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec ?

## Méthodologie

Comme une étude de portée permet de résumer et de synthétiser les publications scientifiques et la littérature grise sur un thème précis pour renseigner les pratiques, les programmes et les politiques (Arksey et O'Malley, 2005), la présente étude a respecté les cinq étapes préconisées par Arksey et O'Malley et s'est appuyée sur deux cadres conceptuels. Le premier est celui du Community Health and Social Services Network (CHSSN, 2015). Conçu spécialement pour les anglophones québécois, ce cadre a notamment pour but de veiller à ce que les SSS soient linguistiquement adaptés, ce qui en fait un choix pertinent pour la présente recherche. De plus, le cadre s'inspire d'une approche communautaire, c'est-à-dire qu'il promeut la participation des individus (Ridde, 2007) et qu'il est centré sur des actions locales (Jourdan *et al.*, 2012). Un tel cadre correspond aux revendications des organismes représentant les intérêts des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec (Quebec Community Group Network, s.d. ; FCFA, 2001). Ces deux groupes évoluent aussi dans de nombreuses communautés au Canada (FCFA, s.d.), ce qui justifie une approche locale. Le cadre cible cinq catégories de SSS (Domicile et conditions de résidence, Isolement social, Première ligne, Prévention et promotion, Proche aide) qui, à leur tour, comprennent des SSS du même type (p. ex. Isolement social comprend les opportunités de bénévolat). De plus, ce cadre propose des mesures à mettre en œuvre dans différents milieux (p. ex. institutions, communautés et domicile). Les milieux et les cinq

catégories de SSS sont les éléments qui doivent faire l'objet de mesures destinées à favoriser l'accessibilité. Le deuxième cadre conceptuel, soit le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO), aborde les barrières et les facilitateurs présents dans l'environnement d'une personne (Law *et al.*, 1996). L'intérêt de ce modèle est qu'il prend en considération les connexions entre la personne (ici, les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec), l'environnement (ici, les communautés et les institutions) et les rôles, les tâches et les occupations (ici, l'accès aux SSS). Ainsi, le modèle PEO a été mobilisé afin de répondre spécifiquement à l'objectif 2.

### **Étape 1 – Définir la question de recherche**

La question principale était : Comment sont l'accessibilité des SSS et l'accès aux SSS pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec? De cette question principale sont nées deux sous-questions qui permettent de cerner plus précisément les éléments d'intérêt de la présente recherche. Ces questions étaient : 1) Comment est l'accessibilité des différents SSS pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec? 2) Quels sont les facteurs (facilitateurs et barrières) extrinsèques et intrinsèques perçus comme influant sur l'accès aux SSS par les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec?

### **Étape 2 – Identifier les documents pertinents**

Afin de maximiser l'obtention de documentation pertinente sur l'accessibilité des SSS et l'accès aux SSS chez les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, neuf banques de données ont d'abord été consultées à l'aide d'une combinaison de mots clés (tableau 1). Ensuite, une recherche manuelle effectuée dans la bibliographie des articles sélectionnés et ceux de deux revues (*Reflets, Minorités linguistiques et société*) ainsi que de cinq sites Web spécialisés (CHSSN, Townshippers' Association, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, Bibliographie sur le Québec anglophone et Savoir-santé en français) a permis de repérer des documents supplémentaires. Guidé par la question de recherche, un expert en bibliothéconomie a validé la stratégie de la recherche, qui s'est poursuivie jusqu'en juillet 2019.

**Tableau 1**  
**Stratégie de recherche documentaire**

	Médecine	Sciences sociales
Banques de données	CINAHL Health Star Medline PubMed	Érudit PsychINFO Psychology Database Social Sciences Database Sociology Database
Mots clés utilisés	Official language minority OU language minority OU linguistic barriers	Minorités de langue officielle OU minorité de langue OU barrières linguistiques

### **Étape 3 – Sélectionner les documents pertinents**

Pour être inclus, les documents devaient avoir été publiés à partir de 2001 (année de publication du rapport de Sarah Bowen sur les barrières linguistiques), être écrits en français ou en anglais, porter sur les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec et concerner l'accessibilité des SSS ou l'accès aux SSS de première, de deuxième et de troisième ligne. Ainsi, tant les SSS primaires (p. ex. les médecins de famille), secondaires et tertiaires (p. ex. les soins spécialisés) et supplémentaires (p. ex. les soins dentaires) (Gouvernement du Canada, 2018) étaient compris dans la présente étude de portée. Les documents étaient exclus s'ils portaient strictement sur les immigrants, sur la culture des sourds et des malentendants des francophones canadiens hors Québec, sur les facteurs de l'accès aux SSS d'un autre point de vue que celui d'un usager et, puisqu'il s'agit de la façon dont le service est offert, sur l'offre active de SSS, à savoir « une invitation, verbale ou écrite, à s'exprimer dans la langue officielle de son choix [...] [qui doit] précéder la demande de services » (Bouchard *et al.*, 2012, p. 46). Afin d'assurer la fiabilité du processus de sélection des documents, un par un, les 55 premiers documents ont fait l'objet d'une validation des deux auteures afin d'obtenir un consensus sur la décision d'inclure ou d'exclure les documents. Une fois un accord de 80 % obtenu, la première auteure (AE) a continué seule le processus de sélection des documents.

### **Étape 4 – Cartographier les données**

Deux documents différents ont permis d'extraire les données contextuelles et qualitatives. D'abord, une grille d'extraction dans un fichier Excel a permis d'extraire les données contextuelles afin de les convertir en données quantitatives. Cette grille regroupait les informations suivantes : type de document (p. ex. article scientifique, thèse), type de devis (p. ex. quantitatif, qualitatif), usagers concernés (p. ex. adolescents, adultes), population concernée (p. ex. anglophone québécoise, francophone canadienne hors Québec, ou les

deux), province ou territoire où la recherche a été effectuée, objectif de l'étude de portée pour lequel le document a été utilisé (objectif 1, objectif 2, ou les deux), SSS visé par l'article. Ensuite, une fiche synthèse des documents a permis l'extraction des données qualitatives. Chaque article avait sa propre fiche synthèse précisant à quel objectif le document permettait de répondre, c'est-à-dire de dresser un portrait exhaustif soit de l'accessibilité des SSS (obj. 1), soit des facteurs extrinsèques ou intrinsèques influant sur l'accès aux SSS (obj. 2), ou aux deux simultanément.

Spécifiquement, pour l'objectif 1, la fiche synthèse a permis de copier tout passage d'un document concernant l'accessibilité des SSS, c'est-à-dire s'ils étaient abordables, acceptables, disponibles, abordables ou appropriés (Levesque *et al.*, 2013). Pour les études quantitatives, les données extraites étaient les valeurs (p. ex. pourcentage ou rapport de cote) ainsi que les seuils de signification, lorsqu'il y avait lieu. Par exemple, une étude rapportait le pourcentage d'anglophones québécois recevant des services de leur médecin de famille dans leur langue (Corbeil *et al.*, 2006). Ainsi, les données extraites étaient « 72 % des adultes de langue anglaise ont déclaré utiliser uniquement leur langue lors des visites chez leur médecin de famille ». Pour les études qualitatives, les caractéristiques propres à l'accessibilité des SSS (p. ex. manque d'infrastructures de soins, complexité du système et difficulté à s'y retrouver, service conçu spécifiquement pour les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec) ont été extraites.

Pour l'objectif 2, soit les données relatives aux facteurs, le modèle PEO a guidé la classification des mots et des expressions. Par exemple, les termes « barrières », « difficultés », « défis », « désavantages », « contraintes », « problèmes » et « moindre accès » ont été classés comme des barrières, alors que « stratégies favorisant », « favoriser », « favorable », « facilitateurs », « facilitant », « facile », « assurer », « facteurs permettant » et « amélioration » ont été classés comme des facilitateurs. Ces mots guidaient le choix des informations à ajouter dans la fiche synthèse. La deuxième auteure (AC), experte en méthodologie, a validé le processus d'extraction.

### **Étape 5 – Synthétiser, résumer et présenter les résultats**

Le fichier Excel a permis de traiter les données contextuelles à l'aide de statistiques descriptives (fréquences, modes, moyennes). L'analyse de données qualitatives différait selon l'objectif poursuivi. Quatre phases (tableau 2) ont servi à l'analyse des données relatives à l'accessibilité (objectif 1). La première phase consistait à placer le SSS selon le cadre conceptuel du CHSSN (2015), tout en permettant l'émergence de nouvelles catégories de SSS. La deuxième phase servait à déterminer le type de SSS au sein de chaque catégorie conceptuelle. La troisième phase a servi à décrire chaque type de SSS. Enfin, afin de dégager un portrait le plus complet possible, la quatrième phase consistait à synthétiser les informations obtenues pour chaque type de SSS (tableau 2).



**Tableau 2**  
**Description des phases pour l'analyse des données**

Phase	Description des phases	
<b>Objectif 1</b>		<b>Exemple</b>
1	<b>Placer les SSS au sein de leur catégorie</b> du cadre conceptuel.	Dépistage, diagnostic et traitement, Domicile et conditions de résidence, Isolement social, Première ligne, Prévention et promotion, Proche aidance, Santé dentaire.
2	<b>Déterminer les types de SSS</b> au sein de chaque catégorie du cadre conceptuel.	Dans la catégorie Prévention et promotion : évaluation psychoéducatrice. Dans la catégorie Proche aidance : groupe de soutien.
3	<b>Décrire chaque type de SSS</b> à l'aide d'éléments clés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faits relatifs à l'accessibilité</li> <li>• Population visée : anglophones québécois ou francophones canadiens hors Québec</li> </ul>	Les services d'évaluation psychoéducatrice (type de SSS ; catégorie Prévention et promotion) pour les enfants francophones de la Colombie-Britannique sont disponibles et, au Nunavut, un besoin d'offrir des ressources pédagogiques est soulevé.
4	<b>Synthétiser les informations sur l'accessibilité</b> des types de SSS similaires en les comparant.	Puisque l'évaluation psychoéducatrice dépend de la province où vit le francophone canadien hors Québec, elle a été qualifiée de « variable », c.-à-d. qu'elle est à la fois disponible et insuffisante.
<b>Objectif 2</b>		<b>Exemple</b>
1	<b>Découper les extraits en unités de sens</b> (mot, groupe de mots ou phrase qui décrit le phénomène étudié), <b>puis apposer un code</b> (courte description qui définit le phénomène de l'unité de sens).	L'unité de sens suivante : « Une communauté de petite taille crée une crainte de perte d'anonymat et amène certains individus à ne pas consulter » a été codée « petite communauté », définie comme une communauté de petite taille.
2	<b>Grouper les codes en thèmes potentiels, puis évaluer la cohérence des thèmes.</b> Cohérence adéquate : les thèmes potentiels sont devenus finaux, donc les facteurs. Cohérence inadéquate : les regroupements de codes parmi les thèmes potentiels ont été modifiés, puis évalués de nouveau.	Homogénéité interne (Braun <i>et al.</i> , 2017) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce réellement un thème ou seulement un code ?</li> <li>• Qu'est-ce que ce thème me dit à propos de ma question de recherche ?</li> <li>• Quelles sont les limites de ce thème (ce que ce thème inclut et exclut) ?</li> <li>• Est-ce que les données sont riches, sont trop diversifiées ou englobent trop d'informations dans ce thème ?</li> </ul> Hétérogénéité externe (Patton, 1990) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que les thèmes sont suffisamment différents ?</li> </ul>
3	<b>Présenter les facteurs dans une synthèse :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les <b>nommer</b> définitivement.</li> <li>• Les <b>placer</b> dans leurs milieux.</li> <li>• Les <b>décrire</b>.</li> <li>• <b>Rapporter</b> les documents où ils sont identifiés.</li> </ul>	Facteur : Présence minoritaire Milieu : Extrinsèque, communauté Description : Le nombre relatif d'anglophones québécois et de francophones canadiens hors Québec et leur concentration sur un territoire. Il s'agit d'une barrière lorsqu'ils sont en faible concentration ou bien lorsqu'ils évoluent dans une petite communauté, et d'un facilitateur lorsqu'ils sont en forte concentration. De plus, une faible présence minoritaire amène certains individus à ne pas consulter par manque de confidentialité. Documents : Bouchard et Desmeules, 2011, et autres.

Tableau 2 (suite)

Objectif 2 (suite)	Exemple
4 <b>Mettre en lumière les connexions entre les facteurs.</b> Chaque conséquence (impact d'un facteur) qui était un autre facteur permettait de créer une connexion entre ces deux facteurs.	Une faible présence minoritaire (facteur) amène certains individus à ne pas consulter par manque de confidentialité (conséquence). Cette conséquence correspond au facteur réticence. Ceci était donc une connexion.

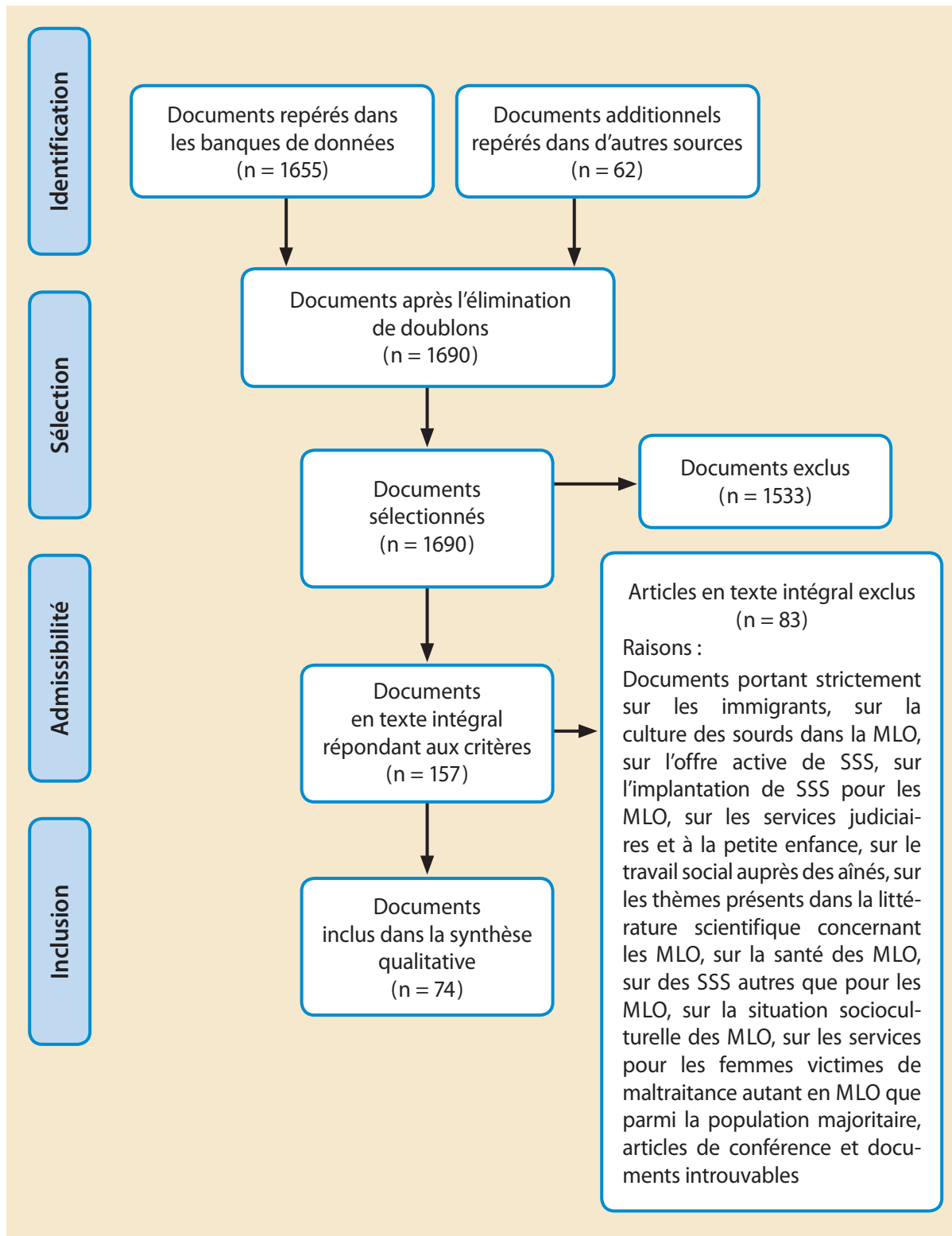
Pour leur part, les données relatives aux facteurs (objectif 2) ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu (Braun et Clarke, 2006) en quatre phases (tableau 2). D'abord, les données extraites ont été découpées en unités de sens, puis ces unités ont été codées systématiquement. Lors de la deuxième phase, le regroupement des codes similaires a permis de dégager des thèmes potentiels et d'évaluer la cohérence de ces thèmes potentiels (tableau 2). En effet, la description de chaque thème devait comporter des éléments suffisamment similaires entre eux (homogénéité interne) tout en étant significativement différente de la description des autres thèmes (hétérogénéité externe) (Braun et Clarke, 2006). Lors de la troisième phase (synthèse), les thèmes ont été nommés définitivement en facteurs, ces facteurs ont été associés au milieu auquel ils appartiennent (individus, communautés, institutions), puis décrits. Lors de la quatrième phase, la description de ces facteurs a permis de mettre en évidence des connexions à l'aide du modèle PEO (tableau 2). Pour chaque facteur identifié, la connexion est présentée dans les résultats.

## Résultats

Des 1 690 documents sélectionnés, 1 533 ont été exclus après lecture des résumés et 83 après lecture complète. Ainsi, l'analyse a été effectuée sur 74 documents, permettant de brosser un portrait exhaustif de l'accessibilité des SSS et de l'accès aux SSS des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec (figure 1). De ces documents, la majorité était des articles scientifiques ( $n = 32$ ; 43,2 %), portait strictement sur les francophones canadiens hors Québec ( $n = 59$ ; 79,7 %) et concernait les usagers issus de la population générale ( $n = 38$ ; 51,3 %) (tableau 3). La plupart de ces documents ont été publiés dans les cinq dernières années ( $n = 27$ ; 36,5 %) ou il y a entre six et 10 ans ( $n = 33$ ; 44,6 %).

En ce qui concerne l'accessibilité des SSS dans leur langue pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec (obj. 1), elle a été jugée insuffisante dans sept catégories de services, à savoir : Services d'inclusion sociale, Dépistage, diagnostic et traitement, Domicile et conditions de résidence, Première ligne, Prévention et promotion de la santé, Proche aide et Santé dentaire. Quinze facteurs (huit facilitateurs et 11 barrières) influant sur l'accès aux SSS ont également été identifiés (obj. 2). Sept de ces facteurs sont extrinsèques et huit sont intrinsèques.

Figure 1  
PRISMA 2009 Flow Diagram



**Tableau 3**  
**Caractéristiques des documents**

		Nombre de documents	Pourcentage %
Type de document	Article scientifique	32	43,2
	Mémoire ou thèse	15	20,3
	Rapport de recherche	23	31,1
	Livre ou chapitre de livre	4	5,4
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>
Population concernée	Francophone canadienne hors Québec	59	79,7
	Anglophone québécoise	9	12,2
	Les 2 populations	6	8,1
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>
Usagers concernés	Enfants	2	2,7
	Adolescents	1	1,4
	Adultes	14	18,9
	Aînés	19	25,7
	Population générale	38	51,3
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,00</b>
Objectif concerné	Objectif 1	29	39,2
	Objectif 2	2	2,7
	Objectifs 1 et 2	43	58,1
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

### ***Description de l'accessibilité des SSS dans leur langue pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec***

L'accessibilité des SSS dans leur langue pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec a été documentée pour 49 types de SSS, surtout chez les francophones canadiens hors Québec (63 documents) comparativement aux anglophones québécois (15 documents). Le tableau 4 présente un résumé de l'accessibilité de ces SSS. Également, l'accessibilité des SSS est décrite ci-dessous, selon l'âge des usagers.

**Tableau 4**  
**Description de l'accessibilité aux SSS dans leur langue pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec**

Types de services	Description de l'accessibilité	Provinces
<b>Dépistage (dp), diagnostic (dx) et traitement (tx)</b>		
<b>Enfants et leurs aidants</b>		
Enfants à besoins particuliers (Déficience intellectuelle [DI], handicap et trouble du spectre de l'autisme [TSA])	* DI : Thérapie du langage, ergothérapie et dx et tx difficilement accessibles; listes d'attente <sup>14</sup> † TSA : Insuffisants (ressources humaines et services); manque de coordination; disparités géographiques <sup>62</sup> † DI : Listes d'attente; insuffisants; information insuffisante sur disponibilité des services; ressources traduites mais aucun organisme diffuseur <sup>52</sup>	MB, NB, QC
<b>Adultes</b>		
Dp cancer de la prostate	Taux † ≈ à la majorité <sup>57</sup>	ON
Dp cancer du sein	* Taux < vs majorité <sup>21</sup> Résultats Δ pour taux † vs majorité <sup>49, 57</sup>	MB, ON, QC
Dp cancer utérin	† Taux > vs majorité <sup>49</sup> ‡ Taux ≈ à la population majoritaire <sup>57, 68</sup>	MB, ON, QC
Dx et tx fibrose kystique	† ≠ offerts; 2 établissements offrent le service à la majorité <sup>17</sup>	NB, NS, PE
Trouble du stress post-traumatique	† Services difficilement accessibles (admissibilité restreinte, nombre de services limité); insuffisants; psychologues et psychiatres insuffisants; manque de coordination et d'efficacité entre les différents services (p. ex. judiciaires et policiers); disparités géographiques <sup>66</sup>	ON
Tx du cancer, diabète, maladies cardiovasculaires et psychiatriques	† Accessibilité semble liée à la ruralité > vs langue <sup>46</sup>	NS
<b>Aînés et leurs aidants</b>		
Dp nutritionnel	† Services moins offerts dans les foyers de soins <sup>71</sup>	NB
Dx et tx démence	† Craintes concernant la disponibilité des services <sup>56</sup>	NB
<b>Domicile et conditions de résidence</b>		
<b>Adultes</b>		
Services pour femmes sans-abri	† Insuffisants <sup>7</sup>	ON
Réadaptation à domicile	Insatisfaction concernant les services offerts pour † <sup>60</sup>	ON
<b>Aînés</b>		
Activités de loisir dans les résidences	† Peu offertes : n'affecte pas les résidents grâce à leur bilinguisme <sup>51</sup>	NB, NS, ON
Hébergement	† Difficilement accessibles <sup>34</sup> ‡ Services insuffisants <sup>21, 36</sup> † Disparités géographiques <sup>36</sup> † Taux d'admission ≈ à la population majoritaire; accès facilité en hébergement bilingue; listes d'attentes plus longues <sup>49</sup>	MB, NB, QC

Tableau 4 (suite)

Types de services	Description de l'accessibilité	Provinces
<b>Domicile et conditions de résidence (suite)</b>		
<b>Aînés</b>		
Maintien à domicile	‡ Difficilement accessibles et insuffisants <sup>3, 14, 33, 34, 44, 67</sup> † Ressources humaines insuffisantes <sup>3, 33</sup> Formulaires et documentation ≠ offerts pour † <sup>3</sup> † Plus utilisés en forte présence minoritaire <sup>61</sup> † De faible qualité <sup>34</sup> † Demande un répertoire de services bilingues <sup>3, 44</sup> † Disparités géographiques <sup>35</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, NL, NT, YT
Soins palliatifs et de longue durée	† Services insuffisants; coordination et intégration des soins insuffisantes; instructions et renseignements ≠ offerts dans sa langue; accès Δ aux intervenants en gestion de crise; ne répondent pas aux besoins et sont de qualité inférieure; transport déstructuré et coûteux; critères restrictifs <sup>23</sup> † Utilisation moindre lorsqu'à domicile et utilisation plus élevée des soins de longue durée, des soins complexes continus, de prescriptions et d'appareils de soins <sup>41</sup>	ON
<b>Inclusion sociale</b>		
<b>Adultes</b>		
Bénévolat	‡ Disparités géographiques <sup>20, 64</sup> et selon la population <sup>64</sup> Participation supérieure * > majorité <sup>20</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, SK, NL, NT, YT
Participation à des groupes sociaux et à des organismes promouvant les droits des francophones canadiens hors Québec ou des anglophones québécois	Disparités géographiques et selon la population <sup>64</sup> * Majorité des membres parlent la même langue <sup>64</sup> † Activités dans la langue minoritaire peu nécessaires pour ceux participant à des groupes dans la langue majoritaire <sup>64</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, SK, NL, NT, YT
<b>Aînés</b>		
Participation à des activités sociales	† Accessibilité géographique déficiente <sup>33</sup>	NB
<b>Première ligne</b>		
<b>Adultes</b>		
Découpage des régions sociosanitaires	Offre de services † selon la région sociosanitaire ignorée <sup>29</sup> ‡ Inapproprié <sup>21, 29</sup> * Habitudes culturelles ignorées <sup>21</sup>	ON, QC
Documentation de santé	‡ Inesthétique et insuffisante <sup>12, 14, 21, 23, 29, 31, 45</sup> ‡ Disparités géographiques dans disponibilité de la documentation <sup>12, 14</sup> * Documentation interne (formulaires, etc.) ≠ disponible, associée à des délais de traitement des demandes; sites Web obsolètes, non vulgarisés et non traduits <sup>14</sup>	AB, MB, NB, ON, QC

Tableau 4 (suite)

Types de services	Description de l'accessibilité	Provinces
<b>Première ligne (suite)</b>		
<b>Adultes</b>		
Médecine alternative	† Accessibilité Δ densité démographique <sup>37</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, ON, NL
Médecine familiale	‡ Disparités géographiques <sup>10, 16, 21, 24, 25, 27, 30, 40, 72</sup> † Offre ruralité < urbanité <sup>29</sup> Accessibilité * > † <sup>39, 40</sup> † Accessibilité Δ densité démographique <sup>37</sup> * Le service le plus accessible dans sa langue <sup>14</sup> † Grandes distances à parcourir <sup>27</sup> † Proportion professionnels > comparativement à la proportion † en AB, CB, NB, ON <sup>50</sup> * Accessibilité moindre lorsque unilingue <sup>55</sup> † Meilleure accessibilité lorsque unilingue <sup>55</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, SK, NL, NT, YT
Médecin spécialistes	† Services très insuffisants <sup>8, 19, 27, 29, 30</sup>	AB, MB, NL, ON, SK
Pharmaciens	† Services peu reçus dans sa langue <sup>30</sup>	MB
Réadaptation	† Services peu reçus dans sa langue <sup>30</sup> † Offre ruralité < urbanité <sup>29</sup>	MB
Services généraux	† Insatisfaction <sup>54</sup> ‡ Disparités géographiques <sup>24, 25, 40, 72</sup> † Offre ruralité < urbanité <sup>50</sup> Accessibilité * > † <sup>39, 40</sup> ‡ Peu accessibles dans sa langue <sup>15, 26</sup> Proportion * < Proportion de professionnels <sup>25</sup> * Grandes distances à parcourir <sup>14</sup> † Meilleure accessibilité bilinguisme > unilinguisme <sup>48</sup> † Rapidité du service préférée à la langue de service <sup>28</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, SK, NL, NT, YT
Services d'urgence (urgences, cliniques sans rendez-vous)	‡ Disparités géographiques <sup>6, 14, 21, 35</sup> † Grandes distances à parcourir <sup>37</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, NL, NT, YT
Soins infirmiers	† Disparités géographiques <sup>10, 16, 24, 25, 30, 40, 50</sup> Accessibilité * > † <sup>39</sup> † Proportion de professionnels > proportion de francophones au NB et ON <sup>50</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, NL, NT, YT
Suivi natal	† Documents de moindre qualité et moins offerts <sup>31, 45</sup> † Services moins offerts <sup>45, 58</sup> † Moins bonne qualité, suivi par gynécologue parlant sa langue ≠ sa présence lors de l'accouchement <sup>58</sup>	AB, NB
Travailleurs sociaux	* Difficilement accessibles, listes d'attente <sup>14</sup> ; utilisation * > majorité <sup>14, 20</sup>	QC

Tableau 4 (suite)

Types de services	Description de l'accessibilité	Provinces
<b>Première ligne (suite)</b>		
<b>Aînés</b>		
Médecins de famille	† Démarches nécessaires, sans garantie <sup>8</sup> † Services peu reçus dans sa langue <sup>11,69</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, ON, NL
Services généraux	† Demande explicite dans sa langue nécessaire <sup>9</sup> * Accessibilité géographique déficiente lorsque unilingue <sup>63</sup>	ON, QC
Urgence	† Le service le plus difficile à obtenir dans sa langue <sup>9</sup>	ON
<b>Prévention et promotion</b>		
<b>Enfants et leurs aidants</b>		
Éducation sexuelle des enfants	† Cours non offerts par manque de ressources humaines <sup>43</sup>	BC
Évaluation psychoéducatrice	Δ: à la fois disponibles et insuffisantes † <sup>16,43</sup>	BC, NU
Santé mentale	† Services jeunesse difficilement accessibles <sup>43,53</sup>	BC, MB
Vaccination	† Taux ≈ à la majorité pour le calendrier des enfants <sup>49</sup>	MB
<b>Adultes</b>		
Accompagnement pour jeunes femmes enceintes	* Insuffisants ; généralement situés dans les grands centres urbains <sup>14</sup>	QC
Centre de santé communautaire (ou CLSC)	‡ Disparités géographiques <sup>14, 15, 21, 35</sup> † Accessibilité Δ densité démographique <sup>37</sup> † Δ selon la densité et le nombre d'individus <sup>35</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, NL, NT, YT
Pour les hommes homosexuels	† Services restreints, disparités géographiques, ressources disponibles (p. ex. Internet ou ligne d'urgence) <sup>4</sup> † Services dans sa langue considérés comme non prioritaires ; instabilité des ressources humaines bilingues ; craintes d'utiliser sa langue lors du premier contact <sup>59</sup>	ON
Ligne téléphonique d'intervention	† Services insuffisants <sup>16,43</sup> † Besoin important d'information (p. ex. contraception, avortement et violence conjugale) <sup>43</sup> Connaissance du service † > * <sup>39</sup> ‡ Disparités géographiques <sup>21,25,40</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, NU, ON, QC, NL, NT, YT
Maltraitance des femmes	‡ Services insuffisants (p. ex. services d'hébergement) <sup>14, 18, 47, 66</sup> † Services inadaptés aux aînés (p. ex. besoins de rencontre de groupe et à domicile, d'information et d'accessibilité géographique) <sup>18</sup> † Tx inexistant pour hommes violents <sup>66</sup>	NB, ON, QC
Prévention et promotion (services généraux)	‡ Services insuffisants <sup>15, 16, 21</sup> † Ressources humaines insuffisantes ; services revendiqués : communautaires, prévention du suicide, interventions en cas de crise et programmes communautaires <sup>16</sup> † Services perçus comme = offerts aux populations majoritaires <sup>37</sup> ‡ Inadaptés <sup>16,21</sup> * Rejoignent moins les populations âgées entre 18 et 44 ans <sup>14</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, ON, QC, NL



Tableau 4 (suite)

Types de services	Description de l'accessibilité	Provinces
<b>Prévention et promotion (suite)</b>		
<b>Adultes</b>		
Santé mentale	‡ Services pour jeunes adultes difficilement accessibles <sup>14, 43, 53</sup> ‡ Listes d'attente <sup>14, 38, 48, 70</sup> ‡ Ressources humaines insuffisantes <sup>2, 14, 19, 38, 66, 70</sup> ‡ Services insuffisants <sup>14, 15, 16, 19, 38, 42, 53, 65, 70</sup> ‡ Disparités géographiques <sup>2, 19, 38, 42, 65</sup> ‡ Accès Δ selon la taille de la communauté anglophone québécoise ou francophone canadienne hors Québec <sup>19, 66</sup> ‡ Insatisfaction <sup>15, 70</sup> * Ensemble de SSS offerts limité < majorité <sup>65</sup>	BC MB, NB, ON, QC, NL
Thérapie familiale	* Difficilement accessibles <sup>14</sup>	QC
Toxicomanie	‡ Services insuffisants <sup>14, 15, 43, 70</sup> ‡ Groupes de soutien pour les dépendances (p. ex. alcooliques anonymes) insuffisants <sup>15, 43, 70</sup> † ≠ organismes francophones voués à la prévention de la toxicomanie; un organisme anglophone majoritaire offre des services méconnus des intervenants, donc peu de références <sup>43</sup>	BC, QC, NL
Vaccination	† Résultats Δ pour la grippe <sup>49, 57</sup>	MB, ON
<b>Proche aidance</b>		
<b>Aînés et leurs proches aidants</b>		
Services communautaires, groupes de soutien et répit	† Listes d'attente <sup>5, 32, 34, 67</sup> ‡ Insuffisants <sup>5, 13, 14, 22, 23, 32, 62, 67</sup> † Manque de flexibilité dans l'offre <sup>67</sup> * Insatisfaction des proches aidants <sup>14</sup> † Partage de responsabilités entre gouvernements : complexifie l'accessibilité <sup>67</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, ON, NL
Information pour proches aidants	† Information désorganisée, inadaptée, contradictoire <sup>5, 34, 67</sup> † Ressources disponibles méconnues des professionnels <sup>5</sup>	AB, BC, PE, MB, NB, NS, ON, NL
<b>Santé dentaire</b>		
<b>Adultes</b>		
Services de santé dentaire	† Consultations < majorité <sup>57</sup> † Coûteux, important d'avoir des professionnels parlant sa langue <sup>1</sup> † Peu reçus dans sa langue <sup>30</sup> † Offre ruralité < urbanité <sup>29</sup>	MB, ON

**Note:** \* : anglophones québécois, † : francophones canadiens hors Québec, ‡ : anglophones québécois et francophones canadiens hors Québec, Δ : variable, ≈ : similaire, ≠ : pas, = : égal, **AB** : Alberta, **BC** : Colombie-Britannique, **PE** : Île-du-Prince-Édouard, **MB** : Manitoba, **NB** : Nouveau-Brunswick, **NS** : Nouvelle-Écosse, **NU** : Nunavut, **ON** : Ontario, **QC** : Québec, **SK** : Saskatchewan, **NL** : Terre-Neuve-et-Labrador, **NT** : Territoires du Nord-Ouest, **YT** : Yukon

1. Annous, 2014; 2. Arsenault et Martel, 2018; 3. Atlantic Evaluation Group Inc., 2013; 4. Aubin, 2010; 5. Bélanger, 2015; 6. Bahi et Forgues, 2015; 7. Benoit et al., 2013; 8. Bernier, 2009; 9. Bouchard et al., 2010; 10. Bouchard et Desmeules, 2011; 11. Bourbonnais, 2007; 12. Bowker, 2009; 13. Carbonneau et Drolet, 2014; 14. Carter et Pocock, 2017; 15. CASA, 2010; 16. Chalut et Morin, 2016; 17. Chappe et al., 2009; 18. Charron et al., 2009; 19. Chèvrefils, 2017;

20. CHSSN et Pocock, 2015 ; 21. CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2016 ; 22. Cloutier, 2010 ; 23. Contant, 2014 ; 24. Corbeil *et al.*, 2006 ; 25. Corbeil *et al.*, 2010 ; 26. de Moissac, 2016 ; 27. de Moissac et Bowen, 2017 ; 28. de Moissac *et al.*, 2011 ; 29. de Moissac *et al.*, 2012 ; 30. de Moissac *et al.*, 2015 ; 31. de Pierrepont *et al.*, 2017 ; 32. Drolet *et al.*, 2015 ; 33. Dupuis-Blanchard *et al.*, 2013 ; 34. Éthier *et al.*, 2012 ; 35. FCFA, 2001 ; 36. Forgues, Doucet *et al.*, 2011 ; 37. Forgues et Landry, 2014 ; 38. Gaboreau *et al.*, 2018 ; 39. Gagnon-Arpin, 2011 ; 40. Gagnon-Arpin *et al.*, 2014 ; 41. Guérin *et al.*, 2019 ; 42. Kirouac et Perreault, 2018 ; 43. Kruchten, 2004 ; 44. Kubina *et al.*, 2018 ; 45. Lacaze-Masmonteil *et al.*, 2013 ; 46. Langille *et al.*, 2012 ; 47. Lapierre *et al.*, 2014 ; 48. Mafanda-Mahuma, 2018 ; 49. Manitoba Center for Health Policy, 2012 ; 50. Marmen et Delisle, 2003 ; 51. Michaud *et al.*, 2015 ; 52. Ndiaye et Sombié, 2018a ; 53. Ndiaye et Sombié, 2018b ; 54. Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, Quan *et al.*, 2012 ; 55. Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, King-Shier *et al.*, 2012 ; 56. Pakzad *et al.*, 2013 ; 57. Picard et Allaire, 2005 ; 58. Robichaud, 2013 ; 59. Samson et Spector, 2012 ; 60. Tardif, 2009 ; 61. Thériault, 2009 ; 62. Thériault, 2018 ; 63. Thomas, 2008 ; 64. Traisnel et Forgues, 2009 ; 65. Tràn, 2004 ; 66. Trottier, 2011 ; 67. Trubey, 2007 ; 68. Tu *et al.*, 2018 ; 69. van Kemenade *et al.*, 2015 ; 70. van Kemenade et Forest, 2019 ; 71. Villalon *et al.*, 2013 ; 72. Warnke et Bouchard, 2013.

### *SSS pour les enfants et leurs aidants*

Peu de documents décrivent l'accessibilité des SSS pour les enfants anglophones québécois et les enfants francophones canadiens hors Québec (tableau 4). Or, l'étude de portée a permis d'identifier des lacunes en lien avec ces SSS. D'abord, chez les enfants anglophones québécois, les services pour ceux ayant une déficience intellectuelle sont difficilement accessibles. Chez les francophones canadiens hors Québec, un manque de ressources humaines est observé dans les services visant à accompagner les enfants ayant une déficience intellectuelle et dans les services d'éducation sexuelle des enfants (Thériault, 2018 ; Kruchten, 2004). Enfin, il est impossible d'obtenir un service d'évaluation en santé mentale pédiatrique dans sa langue à Vancouver pour les francophones (Kruchten, 2004).

### *SSS pour les adultes*

Les SSS semblent également peu accessibles dans leur langue pour les adultes anglophones québécois et francophones canadiens hors Québec. En effet, pour ces deux groupes, plusieurs disparités géographiques ont été observées, c'est-à-dire que la possibilité de recevoir des SSS dans leur langue varie selon les régions ou les provinces. Ces disparités concernent principalement les catégories de services suivantes : Inclusion sociale, Première ligne, Prévention et promotion (tableau 4). Enfin, ce sont surtout les services de prévention et de promotion de la santé qui sont insuffisants chez les adultes anglophones québécois et francophones canadiens hors Québec (p. ex. maltraitance des femmes, santé mentale, toxicomanie).

### *SSS pour les aînés et leurs aidants*

Chez les aînés anglophones québécois et francophones canadiens hors Québec, les services de maintien à domicile (p. ex. Carter et Pocock, 2017 ; Dupuis-Blanchard *et al.*, 2013) et les groupes de soutien et de répit (p. ex. Bélanger, 2015 ; Carter et Pocock, 2017) sont insuffisants en nombre ou dans leur langue. De plus, outre la disponibilité réelle des services, l'accès aux SSS pour les aînés peut également être lié à leurs perceptions (tableau 4). Par exemple, les craintes des francophones canadiens hors Québec concernant l'accessibilité

du dépistage et du traitement de la démence semblent s'expliquer par le lieu de résidence (en région rurale), plutôt que par l'appartenance linguistique (Pakzad *et al.*, 2013). Ainsi, des facteurs autres que la langue semblent influencer sur l'accès aux SSS. Ces facteurs (facilitateurs et barrières) sont présentés dans la prochaine section.

### Description des facteurs influant sur l'accès

Au total, 15 facteurs ont été identifiés (tableau 5), dont huit facilitateurs et 11 barrières. Quatre de ces facteurs sont simultanément des barrières et des facilitateurs. Ces facteurs sont présents dans les trois milieux adaptés du cadre conceptuel du CHSSN (2015), qui sont les communautés, les institutions et les individus. Au niveau extrinsèque (externe à l'individu), sept facteurs sont présents alors que huit facteurs coexistent au niveau intrinsèque (inhérent à l'individu). Des connexions entre les facteurs ont été mises en évidence et sont présentées plus bas.

**Tableau 5**  
**Facteurs influant sur l'accès aux SSS des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec**

Facteurs	Niveaux	Milieux	Thèmes
Facilitateurs	Extrinsèque	Communautés	Autonomisation <sup>29</sup> <sup>A</sup> Forte présence minoritaire <sup>8, 31</sup>
		Institutions	<sup>B</sup> Encadrement gouvernemental suffisant <sup>25, 29, 33, 46</sup> Sensibilité des organismes <sup>3, 18, 19, 24, 25, 27, 33, 41, 42, 45</sup>
	Intrinsèque	Individus	<sup>C</sup> Connaissance des SSS et des ressources <sup>19, 24, 25, 45</sup> Ingéniosité <sup>24</sup> <sup>D</sup> Proactivité <sup>18, 19, 24, 25, 27, 31, 41</sup> Urbanité <sup>21</sup>
Barrières	Extrinsèque	Communautés	<sup>A</sup> Faible présence minoritaire <sup>2, 11, 18, 20, 29, 30, 34, 42, 45</sup>
		Institutions	Approche bureaucratique de la santé <sup>3, 4, 10, 11, 18, 20, 22, 24, 31, 32, 36, 41, 43</sup> Concentration territoriale de l'offre <sup>6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 21, 22, 27, 29, 33, 34, 36, 38, 41, 42, 43, 45</sup> <sup>B</sup> Encadrement gouvernemental insuffisant <sup>4, 6, 11, 16, 26, 27, 29, 37</sup> Pénurie de professionnels <sup>2, 4, 15, 17, 18-22, 27, 29, 31, 32, 37, 41, 45</sup>
	Intrinsèque	Individus	Handicaps personnels <sup>1, 5, 7, 8, 16, 19, 28, 34, 36, 39, 40-42, 44, 46</sup> Inadéquation entre l'offre et les besoins <sup>4, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 23, 27, 41-43</sup> <sup>C</sup> Méconnaissance des SSS et des ressources <sup>1, 4, 14, 18-21, 41, 42</sup> Moyens financiers limités <sup>1, 4, 11, 13, 26, 31, 34, 36, 41, 43</sup> Préjugés des professionnels <sup>7, 18, 19, 22</sup> <sup>D</sup> Réticence <sup>6, 19, 20, 27, 29, 34, 37, 45</sup>

**Note:** Les quatre lettres en exposant (A, B, C, D) identifient les quatre paires de facilitateurs et de barrières constituant un même facteur spécifique.

1. Annous, 2014; 2. Arsenault et Martel, 2018; 3. Audet et Drolet, 2014; 4. Bélanger, 2015; 5. Benoit *et al.*, 2013; 6. Bernier, 2009; 7. Bouchard *et al.*, 2010; 8. Bouchard et Desmeules, 2011; 9. Bourdonnais, 2007; 10. Carbonneau et Drolet, 2014; 11. Carter et Pocock, 2017; 12. CASA, 2010; 13. Chappe *et al.*, 2009; 14. Charron *et al.*, 2009; 15. Chèvrefils, 2017; 16. CIUSSS de l'Estrie–CHUS, 2016; 17. Corbeil *et al.*, 2006; 18. de Moissac, 2016; 19. de Moissac et Bowen, 2017; 20. de Moissac *et al.*, 2011; 21. de Moissac *et al.*, 2012; 22. de Moissac *et al.*, 2015; 23. de Pierrepont *et al.*, 2017; 24. Drolet *et al.*, 2015; 25. Drolet *et al.*, 2017; 26. Dupuis-Blanchard *et al.*, 2013; 27. Éthier *et al.*, 2012; 28. Falconer et Quesnel-Vallée, 2014; 29. FCFA, 2001; 30. Forgues, Bahi *et al.*, 2011; 31. Gaborean *et al.*, 2018; 32. Gagnon-Arpin *et al.*, 2014; 33. Kirouac et Perreault, 2018; 34. Kubina *et al.*, 2018; 35. Lacaze-Masmonteil *et al.*, 2013; 36. Lapierre *et al.*, 2014; 37. Mafanda-Mahuma, 2018; 38. Marmen et Delisle, 2003; 39. Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, Quan *et al.*, 2012; 40. Samson et Spector, 2012; 41. Thériault, 2018; 42. Trân, 2004; 43. Trottier, 2011; 44. van Kemenade *et al.*, 2015; 45. van Kemenade et Forest, 2019; 46. Warnke et Bouchard, 2013.

### *Facilitateurs de l'accès*

*Au sein des communautés*, les facilitateurs sont l'autonomisation et une forte présence minoritaire (tableau 5). L'autonomisation est le processus par lequel les communautés francophones canadiennes hors Québec s'impliquent dans les démarches de revendication, de développement et de promotion des SSS dans leur langue. Une forte présence minoritaire correspond à une concentration importante de francophones canadiens hors Québec sur un territoire donné.

*Au sein des institutions*, les facilitateurs sont un encadrement gouvernemental suffisant et la sensibilité des organismes (tableau 5). Pour assurer un encadrement suffisant, les mesures du gouvernement doivent viser spécifiquement les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec. Parmi ces mesures, on retrouve des programmes d'accès aux SSS dans leur langue, la désignation ou la reconnaissance d'établissements publics de SSS destinés aux anglophones québécois (Kirouac et Perreault, 2018) ou aux francophones canadiens hors Québec (Drolet *et al.*, 2017), des lois, des politiques sur les langues officielles ou des règlements spécifiques sur l'accès aux SSS des francophones canadiens hors Québec (FCFA, 2001). Pour sa part, la sensibilité des organismes s'applique aux organismes et à leurs travailleurs qui ont une approche centrée sur la personne et qui ont des ressources spécifiques, qui sont situés à un endroit géographique adéquat, qui offrent un service centralisé et qui font preuve de flexibilité pour combler les besoins des anglophones québécois ou des francophones canadiens hors Québec.

*Pour les individus*, les facilitateurs sont la connaissance des services et des ressources, la proactivité, l'ingéniosité et le fait de vivre en milieu urbain (tableau 5). Connaître les services et les ressources signifie que les francophones canadiens hors Québec se créent un réseau formel et informel au cours de leurs contacts avec le système de SSS, ce qui permet d'obtenir des ressources ou de l'information. Être proactif signifie être engagé dans la recherche de SSS, être tenace, vaincre sa timidité, demander des SSS dans sa langue et accéder aux SSS dans la langue de la majorité en attendant de recevoir les SSS dans sa langue (Éthier *et al.*, 2012). Pour sa part, l'ingéniosité est un facilitateur qui se manifeste lorsque les francophones

canadiens hors Québec contournent certaines règles, ce qui leur permet d'éviter de perdre l'accès aux SSS et d'en assurer la continuité. Par exemple, l'ingéniosité consiste, entre autres, à utiliser à la fois les ressources d'organismes publics et celles d'organismes privés lorsque les règlements sont ambigus. Enfin, un domicile situé en région urbaine permet d'avoir accès à une grande gamme de professionnels des SSS. En effet, les divers SSS existants y sont majoritairement offerts dans les deux langues officielles, ce dont bénéficient les francophones canadiens hors Québec qui y habitent.

### *Barrières à l'accès*

*Au sein des communautés*, l'unique barrière est une faible présence minoritaire. Ceci est, dans un territoire, un faible pourcentage, une petite taille ou une dispersion des anglophones québécois ou des francophones canadiens hors Québec. Ainsi, cette faible présence minoritaire nuit à la présence de SSS dans la langue officielle de la minorité (tableau 5).

*Au sein des institutions*, les barrières sont l'approche bureaucratique de la santé, la concentration territoriale de l'offre, l'encadrement gouvernemental insuffisant et la pénurie de professionnels (tableau 5). D'abord, l'approche bureaucratique de la santé se définit par la présence de listes d'attente, l'offre fragmentée de SSS ainsi que la nécessité de faire de nombreux appels et de remplir plusieurs formulaires. Ensuite, la concentration territoriale de l'offre est une offre centralisée ou encore une offre inégalement répartie sur un vaste territoire, qu'il soit rural, urbain ou au niveau provincial. Pour sa part, l'encadrement gouvernemental est insuffisant lorsque les lois n'encadrent pas la pratique des entreprises privées ou lorsque le gouvernement fait preuve d'une faible volonté politique d'investir dans des SSS destinés aux anglophones québécois ou aux francophones canadiens hors Québec. Par exemple, cela comprend le peu de programmes d'accès aux SSS dans leur langue ou le peu de règlements exigeant la présence de personnel bilingue dans des organismes publics. Enfin, la pénurie de professionnels est le manque de professionnels travaillant au sein des SSS, y compris ceux travaillant dans la langue minoritaire.

*Pour les individus*, les barrières sont les handicaps personnels, l'inadéquation entre l'offre et les besoins, la méconnaissance des SSS et des ressources, les moyens financiers limités, les préjugés des professionnels et la réticence (tableau 5). D'abord, les handicaps personnels sont le résultat des interactions entre les caractéristiques personnelles des individus et les particularités de l'environnement de ces individus. Lorsque l'environnement (p. ex. communautés, institutions) ne correspond pas aux capacités personnelles de ces individus, leurs interactions deviennent limitées et génèrent un ou des handicaps (Organisation mondiale de la Santé, 2021). Ces handicaps peuvent inclure les conséquences d'une incapacité mentale ou physique (p. ex. Benoit *et al.*, 2013), le fait de parler la langue officielle minoritaire (p. ex. Tràn, 2004), l'unilinguisme (p. ex. Falconer et Quesnel-Vallée, 2014), un faible niveau de littératie numérique (p. ex. Kubina *et al.*, 2018) et le fait d'être une femme aînée francophone

canadienne hors Québec (p. ex. van Kemenade *et al.*, 2015). Également, l'inadéquation entre l'offre et les besoins correspond à la situation où les SSS offerts ne répondent pas aux besoins des anglophones québécois ou des francophones canadiens hors Québec, comme celui le plus rapporté d'avoir des SSS dans sa langue.

La méconnaissance des SSS et des ressources est le manque d'informations concernant les SSS offerts dans la langue minoritaire. Quant à eux, les moyens financiers limités sont présents dans deux situations pour les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec : lorsque les coûts sont trop élevés pour accéder aux SSS ou lorsque leurs moyens financiers pour ce faire sont limités. Pour leur part, les préjugés sont des attitudes négatives des professionnels envers le besoin des anglophones québécois ou des francophones canadiens hors Québec d'avoir accès aux SSS dans leur langue.

Enfin, la réticence à avoir recours aux SSS dans sa langue se produit lorsqu'un francophone canadien hors Québec est trop timide pour aller vers des SSS dans sa langue, lorsqu'il craint de demander de l'aide pour accéder aux SSS dans sa langue ou lorsqu'il craint de faire valoir ses droits, ou encore lorsqu'il s'abstient volontairement d'utiliser les SSS.

### *Connexions entre les facteurs*

Les facteurs qui influent sur l'accès aux SSS sont connectés et peuvent avoir des répercussions les uns sur les autres (tableau 6). Les facilitateurs présentent une seule connexion alors que les barrières en comptent 25. Parmi les facilitateurs, il y a la présence d'un organisme qui est sensible aux besoins des francophones canadiens hors Québec et qui a des connaissances suffisantes sur les services et les ressources à la disposition de cette minorité. Ainsi, les francophones canadiens hors Québec sont en mesure d'acquérir l'information nécessaire afin d'obtenir les SSS (a<sup>2</sup>; Thériault, 2018).

Parmi les barrières, trois cumulent 21 connexions, soit la majorité. Ces trois barrières hautement reliées sont la réticence, l'inadéquation entre l'offre et les besoins et la bureaucratie de la santé. La réticence s'exprime d'abord par un refus de porter plainte. Ce refus est présent lorsque les francophones canadiens hors Québec hésitent à revendiquer leurs droits qui sont brimés par un manque de professionnels des SSS (b; Chèvrefils, 2017) ou lorsqu'ils rencontrent des échecs répétitifs à la suite de demandes de SSS dans leur langue (c; de Moissac *et al.*, 2011), ce qui correspond à la barrière « inadéquation entre l'offre et les besoins ».

La réticence peut également être une abstention de consulter. Elle peut être liée aux moyens financiers limités compte tenu des coûts élevés des SSS (d; Bélanger, 2015; Kubina *et al.*, 2018), à une méconnaissance des SSS remboursés (e; Annous, 2014), à la difficulté

---

2. Les lettres dans les références identifient la connexion dans le tableau 6.

**Tableau 6**  
**Connexions entre les facteurs modulant l'accès aux SSS des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec**

	Nom du facteur	Nombre	Connexions
<b>Facilitateurs</b>			
Individus	Sensibilité des organismes	1	Connaissance des SSS et des ressources (a)
<b>Barrières</b>			
Institutions	Approche bureaucratique de la santé	3	Méconnaissance des SSS et des ressources (s); Pénurie de professionnels (t); Handicaps personnels (u)
	Concentration territoriale de l'offre	1	Pénurie de professionnel (w)
	Encadrement gouvernemental insuffisant	1	Réticence (y)
Individus	Inadéquation entre l'offre et les besoins	8	Approche bureaucratique de la santé (k, l); Encadrement gouvernemental insuffisant (m); Préjugés des professionnels (n); Pénurie de professionnels (o); Faible présence minoritaire (p); Handicaps personnels (q); Moyens financiers limités (r)
	Méconnaissance des SSS et des ressources	1	Handicaps personnels (v)
	Moyens financiers limités	1	Handicaps personnels (v); Concentration territoriale de l'offre (x)
	Réticence	9	Pénurie de professionnels (b); Inadéquation entre l'offre et les besoins (c, h); Moyens financiers limités (d); Méconnaissance des SSS et des ressources (e); Handicaps personnels (f); Faible présence minoritaire (g); Concentration territoriale de l'offre (i); Approche bureaucratique de la santé (j)

**Note:** Les lettres minuscules entre parenthèses permettent d'identifier la connexion dans la section résultats du texte.

de s'exprimer dans la langue de la majorité (f; Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, Quan *et al.*, 2012) ou au fait d'être en faible présence minoritaire. En effet, la faible présence minoritaire entraîne une crainte de perte de confidentialité et d'anonymat (g; de Moissac *et al.*, 2011; Trân, 2004; van Kemenade et Forest, 2019). De plus, le manque d'offre de SSS dans leur langue peut pousser les francophones canadiens hors Québec à utiliser les SSS dans la langue majoritaire (h; Charron *et al.*, 2009). Par ailleurs, la concentration territoriale de l'offre oblige souvent les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec à se déplacer pour accéder aux SSS. Or, certains francophones canadiens hors Québec limités en matière de mobilité sont réticents à solliciter de l'aide pour se déplacer afin d'obtenir les SSS dans leur langue et, donc, s'abstiennent de consulter (i; Bernier, 2009). Enfin, pour

d'autres, les nombreuses étapes et les longues listes d'attente de l'approche bureaucratique de la santé précipitent l'abandon des démarches visant à obtenir des SSS (j ; Bélanger, 2015).

Ensuite, huit connexions sont identifiées en lien avec la barrière « inadéquation entre l'offre et les besoins ». Cette barrière se rencontre notamment lorsque les SSS sont indisponibles dans la langue des anglophones québécois ou des francophones canadiens hors Québec. D'abord, l'approche bureaucratique de la santé comprend la présence de listes d'attente. Or, lorsque les francophones canadiens hors Québec se trouvent sur une liste d'attente, leurs besoins en matière de santé peuvent évoluer (k ; Lapierre *et al.*, 2014). De plus, la limitation du nombre de consultations en raison de contraintes budgétaires dans le réseau public peut faire en sorte que certains francophones canadiens hors Québec doivent utiliser les services privés (l ; Drolet *et al.*, 2017). Toutefois, les entreprises privées ont tendance à offrir des SSS dans la langue majoritaire. Ainsi, lorsque l'encadrement gouvernemental est insuffisant, l'offre est théoriquement bilingue mais, en pratique, les services sont fournis en sous-traitance par des entreprises privées qui ne répondent pas toujours aux obligations linguistiques (m ; Bélanger, 2015). Bref, les besoins des francophones canadiens hors Québec restent non comblés. Ces mêmes besoins peuvent demeurer non comblés à la suite de consultations avec les professionnels des SSS. En effet, lors de ces consultations, les questions des francophones canadiens hors Québec en lien avec leurs besoins en matière de santé restent sans réponse, parce que les professionnels des SSS auraient des préjugés et écarteraient les consultations (n ; Bouchard *et al.*, 2010).

Cette inadéquation entre le besoin d'être servi dans sa langue et les services reçus dans la langue majoritaire est aussi associée à la pénurie de professionnels (o ; Bélanger, 2015 ; Thériault, 2018), tout comme la faible présence minoritaire (p ; Carter et Pocock, 2017 ; FCFA, 2001 ; Tràn, 2004) est associée à une faible offre de SSS dans la langue de la minorité. Ensuite, être une femme francophone canadienne hors Québec victime de violence conjugale serait un handicap personnel (q ; Lapierre *et al.*, 2014) qui mène à des besoins insatisfaits en matière de SSS. Par ailleurs, les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec, qui ont plus souvent des moyens financiers limités que la majorité linguistique (Bouchard et Desmeules, 2011), doivent faire des choix parmi leurs besoins à combler lorsque les SSS sont coûteux. Par exemple, des parents doivent choisir certains SSS parmi l'ensemble des SSS nécessaires pour leur enfant vivant avec un diagnostic d'autisme (r ; Thériault, 2018).

Trois connexions observées entre les barrières à l'accès aux SSS concernent l'approche bureaucratique de la santé. D'abord, la première connexion provient de la barrière « méconnaissance des SSS et des ressources ». En effet, lorsque les francophones canadiens hors Québec méconnaissent les SSS, ils doivent entreprendre plusieurs démarches afin d'accéder aux SSS (s ; Bélanger, 2015). Ensuite, la pénurie de professionnels des SSS, elle, contribue



à accroître le temps passé sur les listes d'attente des francophones canadiens hors Québec (t; de Moissac *et al.*, 2015), tout comme le simple fait d'être un enfant francophone canadien hors Québec ayant un trouble du spectre de l'autisme semble s'accompagner de longs délais sur les listes d'attente (u; Thériault, 2018).

Quatre connexions observées ne sont composées que d'une seule paire de barrières chacune. D'abord, il arrive parfois que les individus ayant un faible niveau de littératie ignorent l'existence même de certains SSS et les ressources disponibles en raison de leur difficulté à trouver sur le Web l'information permettant d'y accéder (v; Kubina *et al.*, 2018). Ensuite, les usagers doivent parfois parcourir de grandes distances pour obtenir des SSS puisqu'il y a pénurie de professionnels (w; de Moissac *et al.*, 2011; de Moissac *et al.*, 2012), conséquence de l'offre de SSS concentrée. De plus, cette même concentration entraîne des déplacements hors région pour les francophones canadiens hors Québec et donc des coûts (x; Thériault, 2018). Enfin, la réticence s'exprime par le refus des francophones canadiens hors Québec de porter plainte pour ne pas avoir reçu des SSS dans leur langue. Or, des plaintes au gouvernement sont nécessaires pour que l'offre de SSS dans la langue minoritaire soit accrue. Conséquemment, les francophones canadiens hors Québec perçoivent que le gouvernement ne reconnaît pas leurs droits (y; Bernier, 2009).

## Discussion

Cette étude de portée a permis de brosser un portrait exhaustif de l'accessibilité de 50 types de SSS et de documenter les facteurs influant sur l'accès aux SSS des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec. Les résultats montrent que l'accessibilité des SSS comporte des lacunes chez ces deux groupes. Ces résultats concordent avec ceux de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle de 2006, dans laquelle les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec rapportaient des difficultés à accéder aux SSS dans leur langue (Gagnon-Arpin *et al.*, 2014). Des études plus récentes indiquent également que les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec ont toujours un accès limité ou inexistant aux SSS dans leur langue (CHSSN et Pocock, 2019; de Moissac, 2016). Ainsi, malgré l'inclusion d'études sur une période de 20 ans, des améliorations en matière d'accès aux SSS semblent toujours nécessaires pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec.

Plusieurs barrières identifiées chez les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, telles que la concentration territoriale de l'offre, les moyens financiers limités et la bureaucratie de la santé, sont communes à d'autres populations : la population majoritaire canadienne (Sibley et Glazier, 2009), les populations immigrantes et réfugiées (Ahmed *et al.*, 2016; Campbell *et al.*, 2014; Magalhaes *et al.*, 2009), les populations autochtones (Nguyen *et al.*, 2020), les populations vivant dans des milieux ruraux (Morgan *et al.*,

2002) et les populations vivant dans des milieux éloignés (Huot *et al.*, 2019). Or, être un anglophone québécois ou un francophone canadien hors Québec semble accentuer ces barrières. Par exemple, il est connu que les SSS sont généralement fournis en milieu urbain. Toutefois, relativement aux populations immigrantes (Citoyenneté et immigration Canada, 2005) et aux populations majoritaires (Bouchard et Desmeules, 2011 ; CIUSSS de l'Estrie–CHUS, 2016 ; Guérin *et al.*, 2019), les anglophones québécois hors Montréal et les francophones canadiens hors Québec ont une tendance accrue à vivre en milieu rural (Bouchard et Desmeules, 2011 ; CIUSSS de l'Estrie–CHUS, 2016 ; Guérin *et al.*, 2019 ; Marmen et Delisle, 2003). Un autre exemple est les critères restrictifs en matière d'accès aux SSS, qui se traduisent en coûts pour l'individu (Drolet *et al.*, 2015 ; Thériault, 2018). Or, tout comme chez les populations immigrantes (Zhu et Batisse, 2016) et les populations autochtones (Pendakur et Pendakur, 2011), le pourcentage de personnes à faible revenu parmi les anglophones québécois hors Montréal et les francophones canadiens hors Québec est supérieur à celui observé dans les populations majoritaires (Bouchard et Desmeules, 2011). Conséquemment, la capacité à déboursier pour des SSS chez les minorités s'avère limitée (Carter et Pocock, 2017 ; Kubina *et al.*, 2018 ; Magalhaes *et al.*, 2009 ; Nguyen *et al.*, 2020 ; Thériault, 2018). Un dernier exemple est la présence de listes d'attente, communes à toutes les populations. Les délais d'attente semblent plus grands pour les anglophones québécois ou les francophones canadiens hors Québec que pour la population majoritaire lorsqu'ils formulent le besoin de recevoir des SSS dans leur langue (Carter et Pocock, 2017 ; Manitoba Centre for Health Policy, 2012). Bien que leurs répercussions négatives puissent être plus grandes pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, la présence de barrières communes à d'autres populations canadiennes offre néanmoins des pistes d'intervention qui amélioreraient l'accès aux SSS pour tous.

Les résultats de la présente étude renseignent sur les cinq dimensions de l'accès aux SSS et de l'accessibilité des SSS de Levesque *et al.* (2013). Le but de rendre les SSS accessibles et d'en assurer l'accès est de répondre aux besoins de santé des individus. Dans la première dimension, les services doivent être abordables et les usagers doivent être en mesure de percevoir un besoin de santé. Cette dimension peut être associée à la barrière « méconnaissance des SSS et des ressources ». Dans la deuxième dimension, les SSS doivent être acceptables (p. ex. sexe du prestataire) afin que les usagers soient en mesure de trouver l'information sur les SSS. Cette dimension est liée à la barrière « faible présence minoritaire », puisque de nombreux anglophones québécois et francophones canadiens hors Québec s'abstiennent de recourir aux SSS par crainte d'une perte de confidentialité. Dans la troisième dimension, les SSS doivent être disponibles géographiquement et accommodants afin que l'utilisateur soit en mesure de les atteindre. La barrière « concentration territoriale de l'offre » correspond à cette dimension. Dans la quatrième dimension, les SSS doivent être abordables afin que l'utilisateur puisse les payer. Cela correspond aux moyens financiers limités des anglophones

québécois et des francophones canadiens hors Québec. Dans la cinquième dimension, les SSS doivent être appropriés afin que les usagers soient en mesure de s'engager dans les soins qu'ils reçoivent. La communication s'avère primordiale à cet égard. Les SSS ainsi que les relations interpersonnelles au sein de ces SSS doivent être de qualité. Or, la présente étude a identifié des SSS de qualité moindre chez les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, une perception de préjugés de la part des professionnels des SSS et une non-concordance entre la langue dans laquelle les SSS sont offerts et la langue d'usage des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec.

Cette non-concordance de la langue peut mener à des difficultés lors des communications entre l'utilisateur et le prestataire de SSS et, ainsi, avoir de graves répercussions sur la santé des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec. Notamment, les écrits rapportent des avortements thérapeutiques (Bowen, 2004) et des décès prématurés (de Moissac, 2016). Conséquemment, il semble que les besoins des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec en matière de santé soient peu comblés lorsque leur langue ne concorde pas avec celle dans laquelle les SSS sont prodigués.

De plus, d'autres éléments que la langue, tels que des délais, des moyens financiers limités ou des SSS limités comparativement à ceux offerts à la population majoritaire, semblent révéler des besoins non comblés et, donc, un système de SSS qui ne satisfait pas adéquatement aux besoins en matière de santé des anglophones québécois ou des francophones canadiens hors Québec. D'ailleurs, les délais et les coûts trop élevés des SSS sont aussi les causes principales de besoins non comblés parmi la population générale (Chen et Hou, 2002). Ainsi, la présence de besoins de santé non comblés chez les populations canadiennes permet de croire que le système de SSS ne répond pas aux besoins de l'ensemble de ses usagers.

Trois raisons pourraient expliquer que le système de SSS est peu centré envers ses usagers. Premièrement, l'offre de SSS inférieure à la demande de SSS pourrait les rendre peu accessibles (Ontario Medical Association, 2010) et, donc, nuire à la santé des individus (Kohrs et Mainous, 1995). Deuxièmement, l'augmentation presque constante des dépenses gouvernementales en santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2019) pourrait avoir poussé le gouvernement canadien à augmenter les contributions que les usagers doivent verser pour accéder aux SSS, afin de contrer ces coûts croissants. En effet, les montants déboursés pour les SSS (compte tenu de l'inflation) par les usagers ont augmenté de façon significative entre 1997 et 2009 (Sanmartin *et al.*, 2014). Cette hausse des contributions de la part des usagers pourrait d'ailleurs expliquer la redondance de la barrière financière dans l'accès aux SSS parmi la population canadienne (Chen et Hou, 2002; Sibley et Glazier, 2009). Troisièmement, les processus de reddition de comptes contribuent à ce que les établissements de SSS soient peu incités à développer une offre plus axée sur les usagers (Ontario Medical

Association, 2010). De plus, ces processus tendent à mesurer la performance des SSS comparativement à l'effet des interventions sur le bien-être des usagers. Ainsi, la valeur ou la qualité des SSS prodigués reste méconnue (Gray *et al.*, 2014). Cette même reddition de comptes peut contraindre certains professionnels à choisir parmi les besoins à combler des individus, à cause de critères d'évaluation restrictifs ou de lignes directrices. Conséquemment, certains besoins des usagers demeurent non comblés (Carrier *et al.*, 2016; Levasseur *et al.*, 2012).

Or, il est reconnu qu'un système de SSS centré sur les usagers est bénéfique. En effet, les usagers tendent alors à être plus adhérents aux traitements, ont des niveaux de satisfaction plus élevés et ont une meilleure santé (Jayadevappa et Chhatre, 2011; Ulin *et al.*, 2015). De ce fait, tout porte à croire qu'un système centré sur ses usagers s'avère nécessaire pour favoriser l'accès aux SSS et, ainsi, veiller à la santé de la population canadienne.

### **Forces et limites**

Cette étude comporte plusieurs forces. D'abord, comme il est préconisé par Arksey et O'Malley (2005), un processus systématique rigoureux a mené à l'inclusion des documents pertinents pour cette recherche, notamment grâce aux stratégies élargies de recherche de documents. Ces stratégies ont permis d'inclure un grand nombre de types de SSS. Ensuite, deux expertes ont validé les différentes étapes de la recherche, ajoutant ainsi à la crédibilité des résultats. Enfin, cette étude semble être la première qui illustre les connexions entre les barrières à l'accès aux SSS. Tous ces éléments en font une étude de portée rigoureuse et novatrice.

Cette étude comporte néanmoins quelques limites. D'abord, les facilitateurs présentaient peu de connexions entre eux. Or, les difficultés à obtenir des SSS sont documentées chez les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec (Bouchard et Desmeules, 2011; Corbeil *et al.*, 2006). De ce fait, il est possible que les recherches se soient intéressées davantage aux barrières à l'accès aux SSS qu'aux facilitateurs. Conséquemment, ce manque de recherches documentant les facilitateurs peut avoir affecté la capacité à identifier les connexions entre ceux-ci. Ensuite, une seconde limite potentielle concerne la transférabilité des résultats, à laquelle deux éléments peuvent faire obstacle. Premièrement, la présence de lois protégeant les langues officielles et la présence d'un système de santé universel pourraient rendre les résultats non transférables dans un contexte non canadien. Deuxièmement, la présente étude inclut des documents produits sur une période de près de 20 ans. Ainsi, des changements contextuels en lien avec les langues officielles pourraient se traduire par un accès différent aux SSS (Kirouac et Perreault, 2018), affectant la transférabilité temporelle. Or, peu de changements ont été observés. Enfin, la présente étude ne comprend pas d'évaluation détaillée de la qualité des documents sélectionnés, ce qui différencie les études de portée des recensions systématiques (Arksey et O'Malley, 2005; Levac *et al.* 2010).

Toutefois, malgré ces limites, cette étude permet d'avoir une représentation exhaustive de l'accessibilité des SSS et de l'accès aux SSS.

### **Recherches futures**

Les SSS tels que les services d'inclusion sociale, les soins de santé dentaire et les services qui s'adressent aux individus en situation de sans-abrisme pourraient être davantage étudiés, puisqu'ils sont peu documentés dans les écrits scientifiques. Également, les facteurs modulant l'accès aux SSS chez les anglophones québécois sont encore peu connus. Enfin, il serait très pertinent de documenter la situation des francophones canadiens hors du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario puisque la majorité des études incluses dans cette étude de portée avaient lieu dans ces provinces.

### **Conclusion**

Le but de cette étude de portée était de broser un portrait exhaustif de l'accessibilité des SSS pour les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec, et d'identifier les facteurs extrinsèques et intrinsèques pouvant moduler leur accès aux SSS. Les résultats confirment que, dans tous les types de SSS, un ou plusieurs SSS sont difficilement accessibles chez ces deux groupes. Ces SSS sont généralement insuffisants, des listes d'attente sont présentes et des disparités géographiques existent entre les régions. De plus, 15 facteurs sont présents au niveau extrinsèque (communautés et institutions) et intrinsèque (individus), facilitant ou entravant l'accès aux SSS. Cette étude est la première recension des écrits à documenter que, parmi ces facteurs, les barrières sont connectées, c'est-à-dire que la présence d'une barrière tend à être reliée à celle d'une autre barrière.

Malgré la présence de barrières similaires chez plusieurs groupes (p. ex. population majoritaire, population immigrante, etc.), le fait d'être une minorité de langue officielle semble amplifier les barrières à l'accès aux SSS. Toutefois, les résultats de la présente étude portent à croire qu'intervenir auprès des anglophones québécois et des francophones canadiens hors Québec pourrait également être bénéfique pour l'ensemble des populations canadiennes. De plus, les résultats soulèvent des questionnements quant à la capacité du système de SSS à être centré sur les besoins des usagers. Enfin, les résultats sont discutés à la lumière du modèle d'accès aux SSS de Levesque *et al.* (2013), selon lequel les anglophones québécois et les francophones canadiens hors Québec semblent affectés dans chacune des dimensions de l'accès aux SSS et de l'accessibilité des SSS.

### **Remerciements**

Les auteures souhaitent remercier les organismes de financement pour leur soutien indispensable à cette recherche. Annie Carrier est une chercheuse junior 1 du Fonds de recherche du

Québec – Santé #296437. Au moment de l'étude, Alexandra Ethier était boursière du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Elle est maintenant boursière du Fonds de recherche du Québec - Santé #296650.

## Références

- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R. S., Wicklum, S. et Turin, T. C. (2016). Barriers to access of primary healthcare by immigrant populations in Canada: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), p. 1522-1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Annous, R. (2014). *Les perceptions et les besoins en santé dentaire chez des femmes francophones en situation minoritaire vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale à Ottawa* [thèse de maîtrise, Université d'Ottawa].
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), p. 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arsenault, M. et Martel, M. (2018). L'inertie bienveillante comme mode de gouvernance : l'exemple ontarien de l'accès aux soins de santé mentale en français. *Bulletin d'histoire politique*, 26(3), p. 212-234. <https://doi.org/10.7202/1046921ar>
- Atlantic Evaluation Group Inc. (2013). *Soins à domicile en français : rapport final*. Réseau de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard.
- Aubin, A. (2010). L'homosexualisation du SIDA dans une communauté du nord de l'Ontario français : une interprétation des stigmates et de la discrimination entourant la maladie [thèse de maîtrise, Université Laurentienne, Sudbury].
- Audet, M.-P. et Drolet M. (2014). Les services en santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa. *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), p. 190-200. <https://doi.org/10.7202/1027592ar>
- Bahi, B. et Forgues, É. (2015). Facteurs favorisant l'offre de services de santé en français : études de cas en milieu hospitalier anglophone. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 6, p. 157-182. <https://doi.org/10.7202/1033194ar>
- Bélanger, M. (2015). « Je navigue cet océan seule » : être proche aidant francophone en situation minoritaire d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou autres affections connexes [mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa].
- Benoit, M., Lavoie, A. M., Muray, K., Watson, S. et Beaudoin, M. (2013). The vulnerability of women Francophone parent at risk of homelessness in a community in Northern Ontario. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6, suppl. 1), S79-82. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3456>
- Bernier, C. (2009). Citoyens de deuxième classe? Perceptions de la santé et du système de soins chez les francophones du nord-est de l'Ontario. *Francophonies d'Amérique*, (28), p. 115-138. <https://doi.org/10.7202/044985ar>

- Bouchard, L., Beaulieu, M. et Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(2), p. 38-65. <https://doi.org/10.7202/1013173ar>
- Bouchard, L., Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F. et Dufour, S. (2010). *Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario. Rapport de recherche pour le CNSF*. Consortium national de formation en santé.
- Bouchard, L. et Desmeules, M. (2011). *Minorités de langue officielle du Canada : égales devant la santé?* Presses de l'Université Québec.
- Bourbonnais, V. (2007). *La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire : état des lieux en Ontario* [thèse de maîtrise, Université d'Ottawa].
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada.
- Bowen, S. (2004). *Language barriers within the Winnipeg Regional Health Authority: Evidence and implications*. Winnipeg Regional Health Authority.
- Bowker, L. (2009). Repérage et analyse de l'information sur la santé dans Internet : le cas des CLOSM dans la province de l'Alberta. *Francophonies d'Amérique*, (28), p. 175-195. <https://doi.org/10.7202/044988ar>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), p. 77-101. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. et Terry, G. (2017). Thematic analysis. Dans C. Willig et W. Stainton-Rogers (dir.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (p. 17-37). Sage.
- Campbell, R. M., Klei, A. G., Hodges, B. D., Fisman, D. et Kitto, S. (2014). A comparison of health access between permanent residents, undocumented immigrants and refugee claimants in Toronto, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), p. 165-176. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9740-1>
- Carbonneau, C. et Drolet M. (2014). La trajectoire des services sociaux et de santé d'aînés atteints d'une démence vivant en contexte francophone minoritaire : un engagement de multiples piliers durant une navigation complexe. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), p. 220-233. <https://doi.org/10.7202/1027594ar>
- Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A. et Desrosiers, J. (2016). Reddition de compte et optimisation de la performance : impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé publique*, 28(6), p. 769-780. <https://doi.org/10.3917/spub.166.0769>
- Carter, J. et Pocock, J. (2017). *Report on the health and social services priorities of English-speaking communities in Quebec*. Health Canada, Health and Social Services Priorities Committee.
- Comité d'action sociale anglophone. (CASA). (2010). *Portrait of the English-speaking community of the Gaspé Coast*. CASA, Département Héritage.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. [CIUSSS de l'Estrie – CHUS]. (2016). *Responding better to the needs of the linguistic and cultural communities in Estrie*. CIUSSS de l'Estrie et Public Health Director.

- Chalut, C. et Morin, I. (2016). *Les besoins des francophones du Nunavut : santé mentale et lutte contre les dépendances*. RÉSEFAN.
- Chappe, F., McGrath, K., Robinson, W. et Chappe, V. (2009). Profil génétique et prévalence de la fibrose kystique dans les communautés acadiennes et francophones des Maritimes. *Francophonies d'Amérique*, (28), p. 155-174. <https://doi.org/10.7202/044987ar>
- Charron, F., Garceau, M.-L. et Ouimette, J. (2009). *La violence faite aux femmes âgées francophones : une problématique à cerner, des services en français à offrir*. Action ontarienne contre la violence faite aux femmes.
- Chen, J. et Hou, F. (2002). Unmet needs for health care. *Health Reports*, 13(2), p. 23-34.
- Chèvrefils, J. (2017). *Exploration des perceptions des intervenants en santé mentale, en contexte de recherche de services pour eux-mêmes : étude chez les francophones des régions de Sudbury, de Nipissing Ouest et de North Bay* [mémoire de maîtrise, Université Laurentienne, Sudbury].
- Citoyenneté et immigration Canada. (2005). *Les immigrants récents des régions métropolitaines : Canada – un profil comparatif d'après le recensement de 2001*. Gouvernement du Canada. Récupéré le 8 juillet 2020 de : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/rapports-statistiques/recherche/immigrants-recents-regions-metropolitaines-canada-profil-comparatif-apres-recensement-2001/partieg.html>
- Clarke, J. (2016). Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada. *Coup d'œil sur la santé* (publication n° 82-624-X). Statistique Canada.
- Cloutier, M.-N. (2010). *Expériences des aidants naturels francophones de la région d'Edmonton : une analyse exploratoire* [thèse de maîtrise, University of Alberta, Edmonton].
- Community Health and Social Services Network. (CHSSN). (2015). *Promoting the health and well-being of English-speaking seniors in Quebec: A community model*. Site de l'organisme. Récupéré le 7 août 2019 de : <http://chssn.org/promotion-de-la-sante-et-du-bien-etre-des-aines-dexpression-anglaise-du-quebec/>
- Community Health and Social Services Network. (CHSSN) et Johanne Pocock (2015). *Canadian Community Health Survey (2011-2012): Findings related to the mental health and emotional of Québec's English-speaking communities*. CHSSN.
- Community Health and Social Services Network (CHSSN) et Johanne Pocock (2019). *Baseline data report 2018-2019, part 1 (Telephone Survey): English-language health and social services access in Québec*. CHSSN.
- Contant, J. (2014). Étude en matière des *soins palliatifs*. Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario.
- Corbeil, J.-P., Chavez, B. et Pereira, D. (2010). *Portraits des minorités de langue officielle du Canada : les anglophones du Québec* (publication n° 89-642-X n° 002). Ministre de l'Industrie.
- Corbeil, J.-P., Grenier, C. et Lafrenière, S. (2006). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle* (publication n° 91-548-XIF). Ministre de l'Industrie.



- de Moissac, D. (2016). *L'expérience des communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada*. Société Santé en français.
- de Moissac, D. et Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Healthcare Management Forum*, 30(4), p. 207-212. <https://doi.org/10.1177/0840470417706378>
- de Moissac, D., de Rocquigny, J., Roch-Gagné, M. et Giasson, F. (2011). *Disponibilité et accessibilité des services de santé en français au Manitoba*. Université de Saint-Boniface.
- de Moissac, D., de Rocquigny, J., Giasson, F., Tremblay, C.-L., Aubin, N., Charron, M. et Allaire, G. (2012). Défis associés à l'offre de services de santé et de services sociaux en français au Manitoba : perceptions des professionnels. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 18(2), p. 66-100. <https://doi.org/10.7202/1013174ar>
- de Moissac, D., Giasson, F. et Roch-Gagné, M. (2015). Accès aux services sociaux et de santé en français : l'expérience des Franco-Manitobains. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and society*, 6, 42-65. <https://doi.org/10.7202/1033189ar>
- de Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L. et Reissing, E. (2017). Besoins et services en français en matière de sexopérinatalité chez les couples parentaux franco-ontariens. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, (8), p. 59-82. <https://doi.org/10.7202/1040311ar>
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. et Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : des francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Canadian Social Work Review = Revue canadienne de service social*, 32(12), p. 5-26. <https://doi.org/10.7202/1034141ar>
- Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Lagacé, J., Arcand, I., Kubina, L.-A. et Benoît, J. (2017). L'expérience des francophones de l'Est ontarien : importance des personnes pivots (usagers et intervenants) et influence des structures encadrant le système de santé et des services sociaux. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*. Presses de l'Université d'Ottawa, p. 143-166.
- Dupuis-Blanchard, S., Gould, O. N., Gibbons, C., Simard, M., Éthier, S. et Villalon, V. (2013). La perception des aînés francophones en situation minoritaire face aux défis et aux enjeux liés au maintien à domicile en milieu urbain néo-brunswickois. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6, suppl. 1), S71-S74. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3458>
- Éthier, S., Ba, H., Belzile, L., Gagné, M. et Roch-Gagné, M. (2012). *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 5 : description des expériences de trajectoires individuelles de soins de santé en français pour les aînés*. Université de Boniface et Conseil communauté en santé du Manitoba.
- Falconer, J. et Quesnel-Vallée, A. (2014). Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Recherches sociographiques*, 55(3), p. 511-529. <https://doi.org/10.7202/1028377ar>
- Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. (FCFA). (s.d.). *Les communautés francophones du Canada*. <https://carte.immigrationfrancophone.ca/>

- Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. (FCFA). (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Site de l'organisme. <https://fcfa.ca/wp-content/uploads/2018/03/Pour-un-meilleur-acces-a-des-services-de-sante-en-français.pdf>
- Forgues, É., Bahi, B. et Michaud, J. (2011). *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Forgues, É., Doucet, M. et Guignard Noël, J. (2011). L'accès des aînés francophones aux foyers de soins en milieu minoritaire, un enjeu linguistique en santé et mieux-être. *Canadian Journal on Aging = La revue canadienne du vieillissement*, 30(4), p. 603-616. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000407>
- Forgues, É. et Landry, R. (2014). *L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire : rapport final*. Société Santé en français et Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Gaborean, F., Negura, L. et Moreau, N. (2018). Les enjeux intersectionnels de la demande de services de santé mentale au Canada : la situation des jeunes femmes dépressives francophones. *Canadian Social Work Review = Revue canadienne de service social*, 35(1), p. 27-44. <https://doi.org/10.7202/1051101ar>
- Gagnon-Arpin, I. (2011). *Access to health care services and self-perceived health of Canada's official language minorities* [thèse de maîtrise, Université d'Ottawa].
- Gagnon-Arpin, I., Bouchard, L., Leis, A. et Bélanger, M. (2014). Access to and use of health care services in the minority language. Dans R. Landry (dir.), *Life in an official minority language in Canada*. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Gouvernement du Canada. (2018). *Le système des soins de santé du Canada*. Récupéré le 8 juillet 2020 de : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html#a9>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Gouvernement du Canada. Récupéré le 21 février 2022 de : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Gray, C. S., Berta, W., Deber, R. B. et Lum, J. (2014). Home and community care sector accountability. *Healthcare Policy*, 10(suppl.), p. 56-66. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2014.23918>
- Guérin, E., Batista, R., Hsu, A. T., Gratton, V., Chalifoux, M., Prud'homme, D. et Tanuseputro, P. (2019). Does end-of-life care differ for anglophones and francophones? A retrospective cohort study of decedents in Ontario, Canada. *Journal of Palliative Medicine*, 22(3), p. 274-281. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0233>
- Huot, S., Ho, H., Ko, A., Lam, S., Tactay, P., MacLachlan, J. et Kjærsti, R. (2019). Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: Important insights for health professionals. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), p. 1-7. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1571385>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2019). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019*. Institut canadien d'information sur la santé.

- Jayadevappa, R. et Chhatre, S. (2011). Patient centered care: A conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4(1), p. 15-25. <https://doi.org/10.2174/1874924001104010015>
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S. et Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire? *Santé publique*, 24(2), p. 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>
- Kirouac, L. et Perreault, I. (2018). Do you speak English? Traitement sociopolitique de l'accessibilité aux services en santé mentale pour les anglophones du Québec. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 9, p. 36-54. <https://doi.org/10.7202/1043495ar>
- Kohrs, F. P. et Mainous, A. G. (1995). The relationship of health professional shortage areas to health status: Implications for health manpower policy. *Archives of family medicine*, 4(8), p. 681-685. <https://doi.org/10.1001/archfami.4.8.681>
- Kruchten, S. (2004). *Les francophones démunis et la santé à Vancouver*. La Boussole pour le RésoSanté Colombie-Britannique.
- Kubina, L.-A., de Moissac, D., Savard, J., Savard, S. et Giasson, F. (2018). *Les services sociaux et de santé pour les personnes âgées francophones de l'Est ontarien et du Manitoba : lignes directrices pour améliorer la continuité des services*. Groupe de recherche sur la formation professionnelle en santé et service social en contexte francophone minoritaire.
- Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L. et Vaillancourt, C. (2013). Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104 (6, suppl. 1), p. S65-S70. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3515>
- Langille, D., Rainham, D. et Kisely, S. (2012). Is francophone language status associated with differences in the health services use of rural Nova Scotians? *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 103(1), p. 65-68. <https://doi.org/10.1007/BF03404071>
- Lapierre, S., Coderre, C., Côté, I., Garceau, M.-L. et Bourassa C. (2014). Quand le manque d'accès aux services en français revictimise les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 20(2), p. 22-51. <https://doi.org/10.7202/1027585ar>
- Lasser, K. E., Himmelstein, D. U. et Woolhandler, S. (2006). Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey. *American Journal of Public Health*, 96(7), p. 1300-1307. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.059402>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance, *Canadian Journal of Occupational Therapy = Revue canadienne d'ergothérapie*, 63(1), p. 9-23. <https://doi.org/10.1177/022011779606300103>
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), p. 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

- Levasseur, M., Larrivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., Champoux, N., Carbonneau, H. et Sévigny, A. (2012). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. *Gérontologie et société*, 35(4), p. 111-131. <https://doi.org/10.3917/gs.143.0111>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, p. 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Mafanda-Mahuma, P. (2018). *Étude de la situation socioculturelle et linguistique des jeunes Franco-Ontariennes et Franco-Ontariens face aux défis d'accès aux services de santé de qualité en français à Timmins* [mémoire de maîtrise, Université Laurentienne, Sudbury].
- Magalhaes, L., Carrasco, C. et Gastaldo, D. (2009). Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(1), p. 132-151. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9280-5>
- Manitoba Centre for Health Policy. (2012). *La santé et l'utilisation des services de santé des francophones du Manitoba*. Manitoba Centre for Health Policy.
- Marmen, L. et Delisle, S. (2003). Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec. *Tendances sociales canadiennes* (publication n° 11-008). Statistique Canada.
- Mazor, S. S., Hampers, L. C., Chande, V. T. et Krug, S. E. (2002). Teaching Spanish to pediatric emergency physicians: Effects on patient satisfaction. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(7), p. 693-695. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.7.693>
- Michaud, J., Forgues, É. et Guignard Noël, J. (2015). La prise en compte du français dans l'organisation des services en foyers de soins majoritairement anglophones au Canada. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 6, p. 82-103. <https://doi.org/10.7202/1033191ar>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS). (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Morgan, D. G., Semchuk, K. M., Stewart, N. J. et D'Arcy, C. (2002). Rural families caring for a relative with dementia: Barriers to use of formal services. *Social Science & Medicine*, 55(7), p. 1129-1142. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00255-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00255-6)
- Ndiaye, L. D. et Sombié, G. N. (2018a). La santé mentale des jeunes en contexte linguistique minoritaire : une étude pilote sur la configuration de l'offre de services en français dans la région sociosanitaire de Winnipeg. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 9, p. 100-117. <https://doi.org/10.7202/1043498ar>
- Ndiaye, L. D. et Sombié, G. N. (2018b). *La situation des ressources disponibles pour les jeunes enfants en situation de handicap au Manitoba : un état des lieux des ressources accessibles aux enfants francophones âgés de moins de 7 ans ayant des besoins spéciaux dans la région sociosanitaire de Winnipeg*. Santé en français.

- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K. et Chan, C. B. (2020). Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare*, 8(2), p. 112. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>
- Ngwakongnwi, E., Hemmelgarn, B. R., Musto, R., Quan, H. et King-Shier, K. M. (2012). Experiences of French speaking immigrants and non-immigrants accessing health care services in a large Canadian city. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(10), p. 3755-3768. <https://doi.org/10.3390/ijerph9103755>
- Ngwakongnwi, E., Hemmelgarn, B. R., Musto, R., King-Shier, K. M. et Quan H. (2012). Language barriers: Use of regular medical doctors by Canada's official language minorities. *Canadian Family Physician – Le médecin de famille canadien*, 58(12), p. e709-e716.
- Ontario Medical Association. (2010). Patient-centred care. *Ontario Medical Review*, 27(6), p. 34-49.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Handicap et santé*. Site de l'organisme. Récupéré le 11 février 2022 de : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Pakzad, S., Jbilou, J., Paulin, M.-C., Fontaine, V., Donovan, D., Bélanger, M. et Bourque, P.-É. (2013). Access to the early diagnosis of dementia in New Brunswick: Perceptions of potential users of services depending on the language and the middle of life. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6, suppl. 1), p. S16-S20. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3455>
- Parsons, J. A., Baker, N. A., Smith-Gorvie, T. et Hudak, P. L. (2014). To 'get by' or 'get help'? A qualitative study of physicians' challenges and dilemmas when patients have limited English proficiency. *BMJ Open*, 4(6), p. 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004613>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Sage.
- Pendakur, K. et Pendakur, R. (2011). Aboriginal income disparity in Canada. *Canadian Public Policy = Analyse de politiques*, 37(1), p. 61-83. <https://doi.org/10.3138/cpp.37.1.61>
- Picard, L. et Allaire, G. (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique et Institut franco-ontarien, Université Laurentienne.
- Pocock, J. et Hartwell, B. (2011). *Profile of the English-speaking community in the Eastern Townships* (2<sup>e</sup> éd.). Townshippers' Association.
- Quebec Community Group Network. (s.d.). *Who are we*. Site de l'organisme. Récupéré le 8 juillet 2020 de : <https://qcggn.ca/us/>
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promotion Education*, 14(2), p. 111-114. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020601>
- Robichaud, J. (2013). *Étude qualitative sur l'accès aux soins de santé chez les francophones du Canada : comment les femmes enceintes vivent-elles leur grossesse en milieu linguistique minoritaire?* [thèse de maîtrise, Université de Moncton].

- Samson, A. A. et Spector, N. M. P. (2012). Francophones living with HIV/AIDS in Ontario: The unknown reality of an invisible cultural minority. *AIDS care*, 24(5), p. 658-664. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.630350>
- Sanmartin, C., Hennessy, D., Lu, Y. et Law, M. R. (2014). Trends in out-of-pocket health care expenditures in Canada, by household income, 1997 to 2009. *Health reports*, 25(4), p. 13-17.
- Sanmartin, C. et Ross, N. (2006). Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada. *Healthcare Policy = Politiques de santé*, 1(2), p. 103-119. [doi:10.12927/hcpol.2006.17882](https://doi.org/10.12927/hcpol.2006.17882)
- Shah, B. R., Gunraj, N. et Hux, J. E. (2003). Markers of access to and quality of primary care for Aboriginal people in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 93(5), p. 798-802. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.5.798>
- Sibley, L. M. et Glazier, R. H. (2009). Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: A population-based provincial comparison. *Healthcare Policy = Politiques de santé*, 5(1), p. 87-101. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2009.20934>
- Soril, L. J. J., Adams, T., Phipps-Taylor, M., Winblad, U. et Clement, F. M. (2017). Is Canadian health-care affordable? A comparative analysis of the Canadian health-care system from 2004 to 2014. *Healthcare Policy = Politiques de santé*, 13(1), p. 43-58. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2017.25192>
- Tardif, C. (2009). La satisfaction des patients francophones traités en réadaptation à domicile dans l'Est de l'Ontario [thèse de maîtrise, Université d'Ottawa].
- Thériault, E. R. (2009). *Differences between the Francophone and Anglophone ethno-linguistic groups in the home-care setting of Ontario* [mémoire de maîtrise, Lakehead University, Thunder Bay].
- Thériault, M. (2018). *Les obstacles et les facilitateurs dans l'accès aux services pour les enfants et les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme* [mémoire doctoral, Université de Moncton].
- Thomas, R. H. (2008). *Access to health care services: East-End Montreal (Quebec) English-speaking elderly experience* [thèse de maîtrise, Université McGill, Montréal].
- Traisnel, C. et Forgues, É. (2009). La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique*, 28, p. 17-46. <https://doi.org/10.7202/044981ar>
- Trân, J. M. L. (2004). *Analyse organisationnelle de l'accessibilité aux services de santé mentale pour la population anglophone de la région de Québec* [mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec].
- Trottier, M.-A. (2011). *Le stress post-traumatique dans un contexte d'intervention en violence faite aux femmes : la situation de deux centres d'aide à Sudbury qui travaillent auprès de femmes francophones* [thèse de maîtrise, Université Laurentienne, Sudbury].
- Trubey, G. (2007). *Les aidantes naturelles dans les communautés francophones et acadienne du Canada*. Alliance des femmes de la francophonie canadienne.
- Tu, M. T., Lussier, M.-H., Martel, S. et Blaser, C. (2018). *Health profile of linguistic communities in Québec: Language as determinant of health and quality of services*. Institut national de santé publique du Québec.

- Ulin, K., Malm, D. et Nygårdh, A. (2015). What is known about the benefits of patient-centered care in patients with heart failure. *Current Heart Failure Reports*, 12(6), p. 350-359. <https://doi.org/10.1007/s11897-015-0272-6>
- van Kemenade, S., Bouchard, L. et Bergeron, C. (2015). Enjeux de santé des aînés francophones vivant en situation minoritaire : une analyse différenciée selon les sexes. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 21(2), p. 112-130. <https://doi.org/10.7202/1035435ar>
- van Kemenade, S. et Forest, M. (2019). *Mental health and addictions services in Newfoundland and Labrador: The needs of francophones and Acadians in five communities in the province*. Réseau Santé en français de Terre-Neuve-et-Labrador.
- Villalon, L., Laporte, M. et Carrier, N. (2013). Dépistage nutritionnel chez les aînés en établissements de soins de santé : comparaison entre les établissements francophones et anglophones. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6, suppl. 1), p. S39-S43. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3462>
- Warnke, J. et Bouchard, L. (2013). Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé dans les régions sociosanitaires du Canada. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6), p. S49-S54. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3490>
- Zhu, N. et Batisse, C. (2016). L'évolution des inégalités de revenu entre Canadiens de naissance et immigrants. *Région et développement*, 44, p. 121-140

## Législation

*Loi canadienne sur la santé*, LRC (1985), c C-6 art 3

## Mots clés

services sociaux et de santé, minorité anglophone, minorité francophone, facilitateurs, barrières

## Keywords

health and social services, anglophone minority, francophone minority, facilitators, barriers

## Correspondance

[Alexandra.ethier@usherbrooke.ca](mailto:Alexandra.ethier@usherbrooke.ca)

[Annie.carrier@usherbrooke.ca](mailto:Annie.carrier@usherbrooke.ca)