



--> See the **erratum** for this article

Les services de santé en français pour les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire du Canada : bonification du schéma du CCCFSM (2001)

Louis Giguère

Volume 9, Number 1, November 2013

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1024047ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1024047ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Prise de parole

ISSN

1712-8307 (print)

1918-7475 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Giguère, L. (2013). Les services de santé en français pour les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire du Canada : bonification du schéma du CCCFSM (2001). *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 9(1), 319–345. <https://doi.org/10.7202/1024047ar>

Article abstract

We upgrade CCCFSM (2001)'s model on the development of French health services for French-speaking and Acadian communities in a minority situation (FACMS) using evidence-based data from the Canadian 2006 census. Our approach consists in using a statistical procedure to choose a francophone critical mass index that illustrates a coherent supply and demand pattern on a geographical and jurisdictional basis. Supply and demand are greater where FACMS linguistic vitality is greater. Overall, supply falls short of demand; this suggests latent demand for services in French, a result which is consistent with studies on “active offer of French services” in FACMS. Our results are also consistent with the three evolutionary phases proposed by CCCFSM (2001), i.e., “awareness”, “development” and “consolidation”. We discuss methodological limitations and “lessons learned” for FACMS health networks.

Les services de santé en français pour les communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire du Canada : bonification du schéma du CCCFSM (2001)

LOUIS GIGUÈRE

RésoSanté Colombie-Britannique, Vancouver

Introduction

La distribution des communautés de langues officielles du Canada est telle que les anglophones sont en situation minoritaire au Québec, alors que les francophones le sont dans le reste du pays. Pour favoriser les services gouvernementaux dans la langue officielle de choix de ces minorités, le Canada a adopté en 1969 une *Loi sur les langues officielles*¹ (avec amendements sanctionnés en 1988) et, en 2005, une *Loi modifiant la Loi sur les langues officielles*² qui obligent les institutions fédérales à favoriser le développement et l'épanouissement des communautés minoritaires francophones et anglophones.

¹ Canada, Ministère de la justice, « Loi sur les langues officielles. L.R.C. (1985) », ch. 31 (4^e suppl.), 1985; <http://laws.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/TexteComplet.html>, site consulté le 9 octobre 2012.

² Canada, Ministère de la justice, « Loi modifiant la Loi sur les langues officielles (promotion du français et de l'anglais) », L.C., 2005, ch. 41, 2005; http://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2005_41/page-1.html, site consulté le 9 octobre 2012.

Du côté francophone, le ministre fédéral de la santé crée en 2000 un *Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire* (CCCFSM) pour dresser le portrait de la situation dans le secteur de la santé. Le comité établit dans deux rapports que la langue a un impact sur la qualité des soins de santé pour les francophones en situation minoritaire et sur l'accès à ces soins, soit :

- qu'ils sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé que les anglophones en situation majoritaire,
- que 50 % à 55 % n'ont jamais ou presque jamais accès à des services de santé en français; et
- que l'accessibilité aux services de santé est de 3 à 7 fois plus faible que pour les anglophones en situation minoritaire³.

Ces constats sont consistants avec ceux d'autres études sur un plan national⁴ ou international⁵ qui confirment que la langue est un élément essentiel de la qualité des soins de santé sous tous leurs aspects.

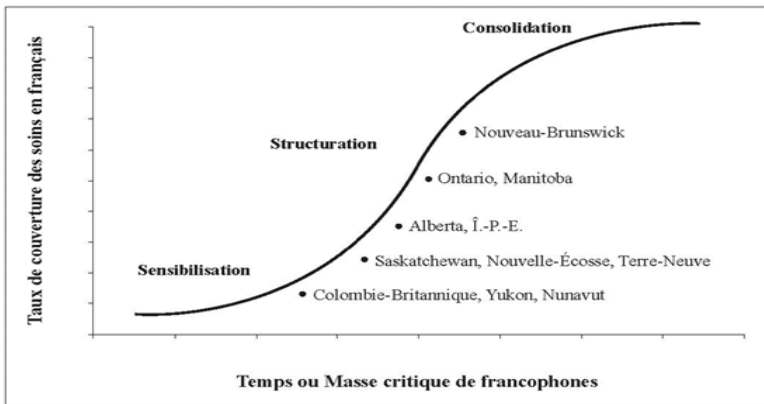
³ CCCFSM [Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire], « Pour un meilleur accès à des services de santé en français », *rapport*, Ottawa, Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, 2001; « Rapport au ministre fédéral de la santé : Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français », *rapport*, Ottawa, 2007.

⁴ Léonard Aucoin, « Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, analyse critique de la littérature », Ottawa, Société Santé en français, 2008; Sarah Bowen, « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé », Ottawa, Santé Canada, 2001; Canada, Santé Canada, « Comparaisons internationales-Un aperçu de l'accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, en Espagne, en Belgique et en Finlande », Ottawa, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2007.

⁵ Mary Catherine Beach, Somnath Saha et Lisa A. Cooper, « The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality », New-York, The Commonwealth Fund, 2006; Wilson-Stronks, Amy et Erica Galvez, « Hospitals, Culture, and Language: A Snapshot of the Nation Exploring Cultural and Linguistic Services in the Nation's Hospitals », rapport, Oakbrook Terrace, Illinois, The Joint Commission, 2007; Amy Wilson-Stronks *et al.*, « One Size Does Not Fit All : Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations », Oakbrook Terrace, Illinois, The Joint Commission, 2008.

Dans son rapport incontournable de 2001, le CCCFSM présente un schéma national du développement des services de santé en français pour les *communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire* du Canada (CFASM). Ce schéma porte en graphique des taux hypothétiques de couverture des soins en français par province et par territoire, en fonction du « temps » ou d'une « masse critique de francophones » (Figure 1).

Figure 1 : Le schéma national de développement des services de santé en français du CCCFSM, sur une base géographique et juridictionnelle (par province ou territoire), pour les communautés francophones en situation minoritaire du Canada (CFASM)



Selon ce schéma, la référence au temps sur l'axe des « X » fait référence à un processus dynamique et chaque CFASM d'une province ou d'un territoire peut, en temps et lieu, suivre un processus évolutif qui lui est propre, selon les conditions géographiques, démographiques, sociales et historiques qui les caractérisent⁶. Le taux de couverture des soins tend vers un plateau supérieur (maximum de couverture), ou *phase de consolidation*, au fur et à mesure que la masse critique de francophones augmente. En *phase de consolidation*, le CCCFSM suggère que les

⁶ Le CCCFSM a aussi prévu qu'un schéma similaire puisse être construit pour différentes régions à l'intérieur d'une juridiction provinciale ou territoriale.

francophones, les professionnels de la santé, les institutions existantes et les autorités gouvernementales se concentrent sur la protection des acquis et l'adaptation aux nouvelles technologies et aux façons de faire. À l'autre extrême, le taux de couverture des soins aboutit sur un plateau inférieur (minimum de couverture) au fur et à mesure que la masse critique diminue, soit une *phase de sensibilisation*. En *phase de sensibilisation*, on doit surtout concentrer ses actions sur une prise de conscience de la problématique des services de santé en français. Entre ces deux phases, le schéma propose une *phase de structuration* où le taux de couverture des soins varie de façon directement proportionnelle à la masse critique de francophones. En *phase de structuration* l'action doit se concentrer sur le développement soutenu des services offerts en français et favoriser la structuration et l'institutionnalisation de l'offre de services.

Selon ce schéma hypothétique la Colombie-Britannique, le Yukon et le Nunavut se trouveraient en phase de sensibilisation, alors que le Nouveau-Brunswick se trouverait en tête de file des CFASM⁷ dans une phase de structuration allant vers la consolidation.

Comme ce schéma suggère que les améliorations à prévoir varient temporellement, et d'une CFASM à l'autre, le CCCFSM a suggéré que le Canada adopte une stratégie de services de santé en français souple et différentielle ancrée dans la communauté⁸. Santé Canada a donc appuyé la création de la Société Santé en français qui a rallié trois réseaux de santé existants (Est de l'Ontario, Manitoba, Nouveau-Brunswick) et a favorisé la naissance de quatorze autres réseaux communautaires francophones dont le rôle est d'agir sur les dimensions de l'offre et de la demande de services en français de façon concertée⁹.

⁷ Dorénavant nous faisons référence aux CFASM sur une base juridictionnelle, soit la CFASM du Nouveau-Brunswick, la CFASM de l'Alberta, la CFASM du Nunavut, etc.

⁸ CCCFSM, « Pour un meilleur accès à des services de santé en français », *op. cit.*

⁹ Un mouvement similaire dans le milieu anglophone du Québec a rallié 18 réseaux anglophones.

Ces réseaux de santé font face à des défis considérables en raison de la complexité et de la diversité des milieux où ils opèrent, et à cause du nombre et du type de partenariats ou d'interventions possibles. L'approche géographique comparative du schéma CCCFSM nous semble donc utile car elle permettrait, si elle était mise en pratique, de positionner une CFASM par rapport à un schème national d'offre et de demande de soins de santé en français afin d'explorer ce qui distingue et ce qui rapproche les CFASM. Ce positionnement pourrait aider à choisir des interventions de meilleure ou de bonne pratique appropriées au contexte de leur application, y compris les contextes de sensibilisation, de structuration ou de consolidation suggérés. Nous nous proposons donc de dresser un portrait national des services de santé en français sur une base géographique juridictionnelle en positionnant l'offre et la demande de services en français dans le cadre d'un schéma CCCFSM bonifié, c'est-à-dire un schéma qui quantifie, à partir de données probantes, l'offre et la demande de service en français en fonction d'un indicateur de masse critique de francophones.

Méthodes

Pour quantifier un schéma CCCFSM bonifié sur les volets de l'offre et de la demande de services de santé en français, nous nous sommes basés sur les données probantes suivantes, soit:

- (a) pour quantifier l'offre et la demande (les deux variables dépendantes de l'axe des « Y » d'un schéma CCCFSM bonifié) : les données de l'*Enquête sur la vitalité des minorités de langues officielles* de 2006 (EVMLO) groupées sur une base géographique et juridictionnelle à l'échelle nationale (soit les provinces et les territoires canadiens), et
- (b) pour identifier une variable indépendante indicatrice de la masse critique de francophones (la variable non identifiée de l'axe des « X » du schéma CCCFSM; Figure 1) : les données du recensement canadien de 2006.

On notera que les termes « variables dépendantes » et « variable indépendante » sont utilisés ici selon le sens statistique du contexte de régression linéaire. Nous ne supposons pas une relation de cause à effet de la « variable indépendante » vers les « variables dépendantes ». Les variables qui sont prises en considération ne sont que des indicateurs et notre objectif est de rechercher des indicateurs ayant de fortes associations statistiques pour dégager un schème empirique national, s'il existe.

Quantification d'indicateurs d'offre et de demande de services en français

Les indicateurs d'offre et de demande sont basés sur l'enquête EVMLO qui interroge la population de langue officielle en situation minoritaire sur l'accès aux services de santé dans la langue officielle de leur choix¹⁰. Cette enquête rigoureuse de Statistique Canada, menée lors du recensement canadien de 2006, demande aux participants de s'exprimer sur l'importance de recevoir des services dans leur langue officielle (la demande : question Q01A) et, pour ceux qui jugent qu'il est important de recevoir de tels services, de s'exprimer sur la difficulté d'obtenir des services dans cette langue (l'inverse de l'offre : question Q02)¹¹.

Les questions sont :

Q01A « À quel point est-ce important pour vous d'obtenir des services de santé en français/anglais? »

Q02 « En général, à quel point pensez-vous qu'il serait difficile pour vous d'obtenir des services de santé en français/anglais? »

¹⁰ Lafrenière, Sylvie « L'Accès aux services de soins de santé : le potentiel analytique de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle », dans Le Secrétariat national du Consortium national de formation en santé, *Société, langue et santé : les barrières à l'accès aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires, 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, 2008, p. 31-32.

¹¹ Ces questions sont appropriées comme indicateurs d'offre et de demande car elles sont de portée globale plutôt que ponctuelle, et elles ne font pas référence par exemple à l'évaluation d'un service particulier.

Comme les tailles d'échantillon sont plutôt petites dans les territoires canadiens, les données pondérées fournies par Statistique Canada sont regroupées, pour des raisons de confidentialité, selon trois niveaux de réponses pour l'offre et trois niveaux de réponses pour la demande. Nous avons donc associé des poids *a priori* pour chacun de ces trois niveaux, soit « 1 » pour une réponse forte, « 0,5 » pour une réponse intermédiaire, et « 0,0 » pour une réponse faible (voir Tableau 1):

Tableau 1 : Niveaux de réponses pour l'offre et la demande de services en français et leur poids

Niveau de réponse	Trois niveaux de difficulté pour obtenir des services en français (offre ; Q02)	Trois niveaux d'importance pour obtenir des services en français (demande ; Q01A)	Poids
forte	très facile, facile	très important, important	1,0
intermédiaire	ni difficile ni facile	assez important	0,5
faible	difficile, très difficile, impossible	pas très important, pas important	0,0

Notons une certaine compatibilité des colonnes 2 et 3 puisqu'on retrouve dans chacune un regroupement comprenant deux réponses fortes, un regroupement comprenant une réponse intermédiaire, et un regroupement comprenant deux ou trois réponses faibles. La réponse « impossible » dans la deuxième colonne ne semble pas avoir d'équivalent dans la colonne trois, ce qui pourrait créer un biais d'évaluation. Cependant cette réponse de niveau absolu est rarement choisie par les participants de l'enquête EVMLO (0,5 % du total de réponses à la question Q02.) Il n'est donc pas possible que cette réponse crée un biais important.

Pour obtenir des indicateurs d'offre et de demande (les variables dépendantes) il s'agit donc de multiplier pour un niveau de réponses le pourcentage de réponses et le poids qui leur est associé pour chaque niveau de réponses¹².

¹² Si tous les participants d'une juridiction répondaient qu'il est « très facile » ou « facile » d'obtenir des services en français, l'indicateur d'offre aurait la valeur maximum de 100 %; s'ils répondaient tous « difficile, très difficile ou impossible, » l'indicateur serait de 0 %. Des indicateurs plus nuancés sont

Identification d'un indicateur de masse critique de francophones

Pour choisir une variable de masse critique de francophones, nous avons considéré cinq facteurs démographiques basés sur les données probantes du Recensement 2006 de Statistique Canada¹³. Les cinq facteurs sont basés soit sur le nombre, le pourcentage ou la densité de francophones dans une juridiction (les facteurs 1-3 du tableau 2), ou sur le nombre ou le pourcentage de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison dans une juridiction (facteurs 4 et 5 du tableau 2).

Tableau 2 : Facteurs démographiques potentiellement considérés comme variables indépendantes ou mesures de masse critique pour quantifier et bonifier le schéma du CCCFSM (2001) à l'aide d'une procédure statistique de régression linéaire par étapes

1-	<i>Nombre de francophones, dans une juridiction</i>	Statistique Canada, Canada (2009)
2-	<i>Densité de francophones, dans une juridiction</i>	<i>Nombre de francophones (1 - ci-dessus) divisé par la superficie du territoire en km²</i>
3-	<i>Proportion de francophones, dans une juridiction</i>	<i>Nombre de francophones (1 - ci-dessus) divisé par la population totale de la juridiction</i>
4-	<i>Nombre de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison, dans une juridiction</i>	Statistique Canada, Canada (2009)
5-	<i>Proportion de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison, dans une juridiction</i>	<i>Nombre de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison (4 - ci-dessus) divisé par le nombre de francophones (1 - ci-dessus)</i>

obtenus dans les cas réels où les résultats sont distribués sur trois niveaux de réponses; dans un tel cas il faut additionner le résultat des trois niveaux.

¹³ Canada, Statistique Canada, « Portrait des communautés de langue officielle au Canada : Recensement de 2006 », Ottawa, 2009, DVD.

Comme pour la définition de première langue officielle parlée de Statistique Canada (définition PLOP¹⁴), les francophones sont ceux qui identifient seulement le français comme langue maternelle (réponses simples) et une partie de ceux qui identifient l'anglais et le français comme langues maternelles (réponses multiples). Dans ce dernier cas, la moitié des statistiques sont assignées à la catégorie « francophone » et l'autre moitié à la catégorie « anglophone ».

Le choix parmi les facteurs démographiques potentiels se fait sur la base de leur association statistique avec les deux indicateurs d'offre et de demande de l'enquête EVMLO proposés ci-dessus, sur une base géographique juridictionnelle (c'est-à-dire, par province et territoire). La procédure statistique est une régression linéaire multiple par étapes. La première étape de la régression choisit un premier facteur parmi ceux qui lui sont proposés en raison de sa plus grande association statistique avec une variable dépendante (l'offre par exemple); et ainsi de suite, de sorte que la procédure identifie, dans l'ordre, les facteurs les plus statistiquement importants qui sont associés avec l'offre (et non pas ceux que le chercheur juge importants). Le seuil de signification statistique choisi est celui qu'on utilise communément, soit 5 % (ou $\alpha = 0,05$). On répète ensuite la même procédure pour l'autre variable dépendante (soit la demande).

Dans le meilleur des mondes, la procédure identifierait le même facteur de masse critique pour l'offre comme pour la demande, ce qui permettrait de quantifier le schéma CCCFSM et d'illustrer l'offre et la demande de services en français dans les

¹⁴ Pour plus d'information sur cette définition, voir : Brigitte Chavez et Camille Bouchard-Coulombe, « Portrait des minorités de langue officielle au Canada : les francophones de la Colombie-Britannique », Ottawa, Statistique Canada, 2011; Éric Forgues et Rodrigue Landry, « Définitions de la francophonie en situation minoritaire : Analyse de différentes définitions statistiques et de leurs conséquences », Ottawa, Consortium national de formation en santé et Société santé en français, 2006; Éric Forgues, Rodrigue Landry et Jonathan Boudreau, « Qui sont les francophones? Analyse de définitions selon les variables du recensement », Ottawa, Consortium national de formation en santé, 2009; Joanne Pocock *et al.*, « Rapport d'accompagnement des Profils socio-économiques des collectivités anglophones du Québec par territoire des CSSS et des RSS », Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2011.

CFASM sur une base nationale commune. Mais il est possible qu'en réalité il y ait plusieurs facteurs impliqués pour chaque variable dépendante, ou que les facteurs choisis par la procédure de régression soient différents pour l'offre et pour la demande.

Résultats

1. Quantification des indicateurs d'offre et de demande (pour l'axe des « Y » du schéma CCCFSM)

Les indicateurs d'offre et de demande pour les CFASM sont présentés au tableau 3.

Tableau 3 : Indicateurs d'offre et de demande de services de santé en français sur une base géographique et juridictionnelle (par province ou territoire) selon les niveaux de réponses aux questions Q02 et Q01A de l'enquête EVMLO. Les résultats sont présentés par ordre décroissant de l'indicateur de la demande.

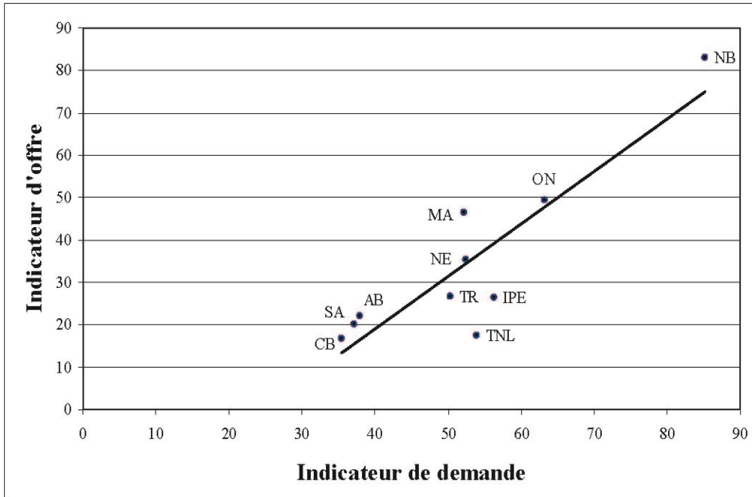
Provinces ou territoires (avec codage)	Taille de l'échantillon de l'enquête EVMLO	Variables dépendantes	
		Indicateur de la demande en %	Indicateur de l'offre en %
Nouveau-Brunswick (NB)	2714	85,20	83,08
Ontario (ON)	4315	63,24	49,45
Île-du-Prince-Édouard (IPE)	682	56,27	26,33
Terre-Neuve et Labrador (TNL)	457	53,92	17,49
Nouvelle-Écosse (NE)	795	52,49	35,36
Manitoba (MA)	925	52,17	46,36
Territoires (TR)	167	50,34	26,70
Alberta (AB)	864	37,94	22,08
Colombie-Britannique (CB)	712	37,09	19,97
Saskatchewan (SA)	745	35,42	16,70

La demande s'étale de 85,20 % (Nouveau-Brunswick) à 35,42 % (Saskatchewan), soit un ratio de 2,48. L'offre s'étale de 83,08 % (Nouveau-Brunswick) à 16,70 % (Saskatchewan), un ratio de 4,97. On observe une cohérence des indicateurs, paire par paire. Suite à une régression statistique, on observe qu'il existe une corrélation significative entre l'offre et la demande. L'équation de régression pour l'offre en fonction de la demande illustrée en figure 2 est :

$$\text{Offre} = -30,38 + 1,241 * \text{demande}$$

$$(R^2 = 0,784; F_{(1; 8)} = 29,03; p \leq 0,001)$$

Figure 2 : Régression de l'offre sur la demande de services de santé en français sur une base géographique et juridictionnelle (par province ou territoire) selon les niveaux de réponse aux questions Q02 et Q01A de l'enquête EVMLO. L'étiquetage des juridictions est présenté au tableau 3



Bien que cette relation soit statistiquement significative, on observe une grande variation de l'offre pour des valeurs intermédiaires de demande aux alentours de 50 %. Il appert donc que les valeurs les plus extrêmes (soit les deux provinces contigües

avec le Québec pour les hautes valeurs et les trois provinces les plus à l'ouest pour les basses valeurs) s'alignent plus fidèlement sur une relation linéaire. Pour les autres provinces et territoires où les valeurs sont intermédiaires, on observe une plus grande variation. Cependant une relation offre-demande nationale cohérente est confirmée. Ceci suggère que les fournisseurs de services de santé réagissent à la demande de services des CFASM de façon contextuelle sur l'ensemble des juridictions de santé canadiennes.

2. Indicateur de masse critique de francophones (quantification de l'axe des « X » du schéma CCCFSM)

Les résultats de la régression sont très clairs : à lui seul, le facteur 5 du tableau 2 soit la *proportion de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison* dans une juridiction, tient compte de l'offre et de la demande de services en français dans les CFASM, à l'exclusion des quatre autres facteurs soumis au processus de régression linéaire par étapes (Tableau 2). Le facteur 5 tient compte de 90,1 % de la variation pour la demande et de 87,0 % de la variation pour l'offre.

Équation 1 : Demande = $23,55 + 71,78 * \text{facteur 6}$
($R^2 = 0,901$; $F_{(1,8)} = 72,88$; $p < 0,001$)

Équation 2 : Offre = $- 5,40 + 98,87 * \text{facteur 6}$
($R^2 = 0,870$; $F_{(1,8)} = 53,76$; $p < 0,001$)

La *proportion de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison* dans une juridiction est donc un indicateur de masse critique de francophones qui permet d'illustrer sur un graphique commun et sur une base géographique juridictionnelle un schème national cohérent d'offre et de demande de services de santé en français dans les CFASM. Nous illustrons ce schème national (un schéma CCCFSM bonifié) en portant en graphique les équations de régression 1 et 2 (Figures 3 et 4).

Figure 3 : Régression de la demande de services de santé en français dans les CFASM, en fonction de la *proportion de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison dans une juridiction* (masse critique). L'étiquetage des juridictions est présenté au tableau 3

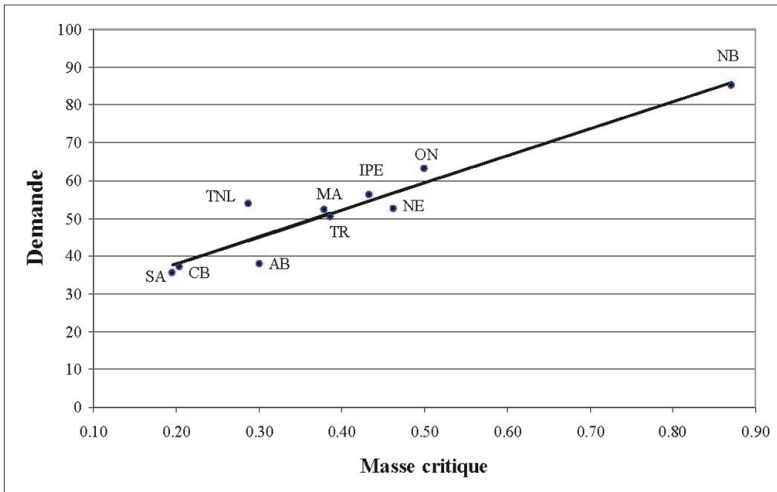
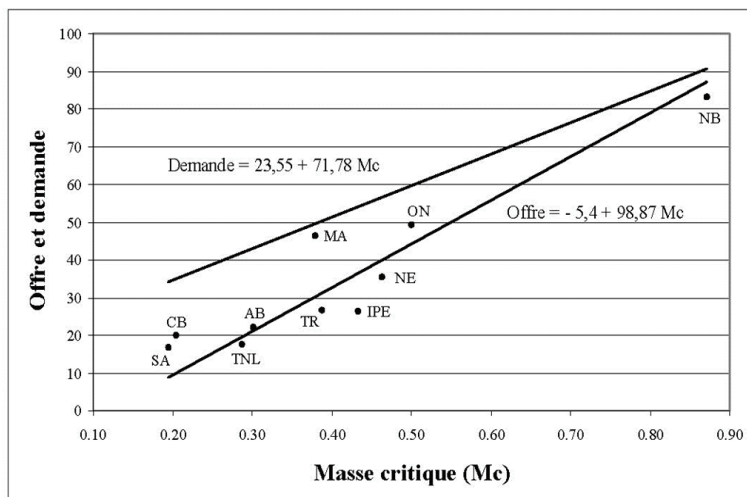


Figure 4 : Droites de régression de l'offre et la demande de services de santé en français dans les CFASM, en fonction de la *proportion de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison dans une juridiction* (masse critique). Les données sont celles de l'offre. L'étiquetage des juridictions est présenté au tableau 3



La figure 4 illustre que l'offre semble presque satisfaire à la demande au Nouveau-Brunswick, la province où les services de santé en français sont les plus développés et que le CCCFSM (2001) positionne en tête de file des CFASM (Figure 1). Les quatre provinces à l'extrême gauche des figures 3 et 4 sont les trois provinces qui sont le plus à l'ouest du Québec (Colombie-Britannique, Alberta et Saskatchewan) et celle qui est le plus à l'est (Terre-Neuve et Labrador). Pour ces juridictions où la masse critique de francophones est faible, l'offre ne satisfait qu'approximativement à 45 % de la demande.

Comme le facteur de masse critique proposé est souvent associé au niveau d'assimilation des francophones d'une CFASM¹⁵,

¹⁵ Éditions du Québécois, *Le Génocide culturel des francophones au Canada : Synthèse du déclin du français au Canada*, Québec, 2010; <http://www.vigile.net/IMG/pdf/24-Genocide.pdf>, site consulté le 1^{er} mai 2013. Michel Chartrand, « En 2006, on comptait 400 000 francophones anglicisés de plus :

il nous a semblé approprié de répéter la procédure de régression en utilisant une variable dépendante qui est reconnue comme indice reflétant la vitalité linguistique des CFASM¹⁶. Cet indice, l'IVL de Lacroix et Sabourin¹⁷, est facile à calculer en divisant le nombre de locuteurs langue parlée le plus souvent à la maison par le nombre de locuteurs langue maternelle.

L'IVL tient compte de 91,5 % de la variation de la demande (soit légèrement plus que le facteur 5) et de 86,5 % de l'offre (soit légèrement moins que le facteur 5).

Équation 3 : Demande = $17,74 + 74,57 * IVL$
 $(R^2 = 0,915; F_{(1;8)} = 86,30; p < 0,001)$

Équation 4 : Offre = $- 13,71 + 101,61 IVL$
 $(R^2 = 0,865; F_{(1;0,8)} = 51,34; p < 0,001)$

L'assimilation fait la différence de poids », *Laut' Journal*, mai 2010; <http://lautjournal.info/>, site consulté le 1^{er} mai 2013. IRFA (Institut de recherche sur le français en Amérique), *Le Déclin du français au Canada*, 2012; <http://www.irfa.ca/site/wp-content/uploads/2012/07/graphique-dinformation.pdf>, site consulté le 1^{er} mai 2013. Rodrigue Landry, *Petite enfance et autonomie culturelle. Là où le nombre le justifie... V*, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2010. François Lentz, « Apprendre le/en français en milieu minoritaire : Quelques enjeux didactiques sur la langue », *Actes du 9^e Colloque de l'AIRDF*, Québec, 2004, p. 1-14; <http://www.colloqueairdf.fse.ulaval.ca/fichier/Communications/francois-lentz.pdf>, site consulté le 1^{er} mai 2013. Yves Lusignan, « L'Assimilation gagne encore du terrain au pays », *Le Journal de Cornwall*, décembre 2002; http://www.francopresse.ca/index.cfm?Sequence_No=10777&Id=10777&Repertoire_No=1151936421&Voir=document_view§eur=300, site consulté le 1^{er} mai 2013. RDÉE (Réseau de développement économique et d'employabilité), *Plus de 3 550 personnes parlent le français au territoire du Yukon*, décembre 2007; <http://www.afy.yk.ca/secteurs/main/fr/index.php?location=p277-plus-de-3-550-personnes-parlent-le-francais-au-territoire-du-yukon>, site consulté le 1^{er} mai 2013.

¹⁶ Marc L. Johnson et Paule Doucet, « Une Vue plus claire : évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire », Ottawa, Commissariat aux langues officielles, 2006.

¹⁷ Frédéric Lacroix et Patrick Sabourin, « Les Services de santé au Canada. Une perspective linguistique », *L'Action nationale*, mars 2006; http://www.action-nationale.qc.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=129&Itemid=99999999, site consulté le 9 octobre 2012.

Comme les équations 1, 2, 3 et 4 sont linéaires sur l'ensemble des masses critiques observées¹⁸ en dépit du fait que les profils démographiques, socio-économiques et légaux des provinces et territoires sont très variés¹⁹, nous concluons que la figure 4 illustre un schème national cohérent d'offre et de services de santé en français qui s'inscrit dans une dynamique de vitalité linguistique des CFASM et du développement de ces communautés en tant que communautés francophones²⁰.

On notera aussi que, bien que les intervalles de masse critique ainsi que les intervalles d'offre ou de demande sont considérables, il existe un regroupement pour lequel la masse critique est basse (intervalle de 0,25-0,36), un regroupement pour lequel la masse critique est intermédiaire (intervalle de 0,45-0,53) et une CFASM pour laquelle la masse critique est élevée (le Nouveau-Brunswick avec 0,91). Ces trois regroupements correspondraient aux phases de sensibilisation, de structuration et de consolidation du schéma CCCFSM. La nomenclature de phases évolutives du CCCFSM nous semble donc appropriée et utile de par sa parcimonie (elle regroupe dix CFASM²¹ en trois catégories). Selon notre étude, il y aurait quatre CFASM de sensibilisation, sept de structuration (neuf si on compte les territoires séparément), et une de consolidation (le Nouveau-Brunswick). Cette classification diffère de celle qui est proposée par le CCCFSM²² (Tableau 4).

¹⁸ On n'observe pas de dynamique de calage tel que cela est suggéré par le schéma CCCFSM (c'est-à-dire les deux plateaux observés dans le haut et le bas du « S » de la Figure 1.

¹⁹ CNFS et SSF [Consortium national de formation en santé et Société Santé en français], « Introduction et mise en contexte », Le Secrétariat national du Consortium national de formation en santé, *Société, langue et santé : les barrières à l'accès aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires*, 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, 2008, p. 18.

²⁰ Certaines provinces ou territoires ont une loi sur les langues officielles et d'autres pas, et les profils social, économique ou démographique sont aussi uniques pour chaque juridiction.

²¹ Douze si on compte les territoires séparément.

²² CCCFSM, « Pour un meilleur accès à des services de santé en français », *op. cit.*

Tableau 4 : Classification comparative des CFASM par rapport aux phases évolutives du schéma CCCFSM (colonne 1) : schéma CCCFSM (colonne 2) et schéma CCCFSM bonifié (colonne 3; cette étude). L'étiquetage des juridictions est présenté au tableau 3

Étiquetage du CCCFSM (2001)	CCCFSM (2001) Schéma hypothétique sigmoïde Figure 1	Cette étude, Schéma empirique linéaire Figures 3 et 4
Sensibilisation	CB, TR	CB, AB, SA, TNL*
Structuration	AB, SA, MA, ON, IPE, NE, TNL, NB	TR, MA, ON, Nunavut, IPE, NE**
Consolidation		NB***

* **masse critique = 0,15-0,30**

** **masse critique = 0,35-0,50**

*** **masse critique = 0,85-0,90**

Par exemple, le schéma CCFSM bonifié situe les territoires en phase de structuration plutôt qu'en phase de sensibilisation, comme le CCCFSM le propose²³. Il situe aussi le Nouveau-Brunswick en phase de consolidation. Le point qu'il faut retenir ici n'est pas qu'il existe des différences entre les résultats du CCCFSM²⁴ et nos résultats car la nomenclature du CCCFSM²⁵ ne fut proposée qu'à des fins illustratives. Plutôt, il faut retenir que le processus d'offre et de demande de services en français dans les CFASM suit un schème national qui s'inscrit dans une dynamique de vitalité communautaire qui est propre à toutes les CFASM, et que les CFASM s'y retrouvent en trois regroupements qui correspondent aux phases évolutives du CCCFSM. La nomenclature de sensibilisation de structuration et de consolidation du CCFSM est donc utile puisqu'elle permet de transiger avec trois catégories de CFASM (plutôt que douze) ce qui favorise la mise en commun des enjeux. En guise d'exemple, le réseau de santé du Terre-Neuve et Labrador qui a tendance à s'associer avec les réseaux santé des Maritimes pour des raisons historiques et géographiques évidentes (en tant que province de

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

la région de l'Atlantique) ferait bien de s'engager dans un exercice de partage de connaissances et de meilleures pratiques avec d'autres réseaux en phase de sensibilisation car la masse critique de cette CFASM indique qu'elle a plus en commun avec les provinces de l'Ouest qu'avec les Maritimes en termes des défis du développement des services de santé en français.

Interprétation

Considérations méthodologiques

Notre étude utilise des données probantes de l'enquête EVMLO et du recensement canadien de 2006 pour obtenir des indicateurs d'offre et de demande et un indicateur de masse critique de francophones dans le but de bonifier le schéma national du CCCFSM (2001) sur les taux de couverture des soins en français dans les CFASM du Canada. Une procédure statistique identifie une mesure de masse critique singulière qui tient compte de 87% et 90% de la variation de l'offre et de la demande respectivement, soit la *proportion de francophones qui parlent le plus souvent français à la maison* dans une juridiction. Cette approche permet de positionner chaque CFASM dans le contexte d'un schéma national cohérent d'offre et de demande de soins de santé en français. Comme les indicateurs d'offre et de demande tirés de l'enquête EVMLO proviennent de la perception des francophones de l'importance et la disponibilité de services de santé en français convertie sur une base ordinale, il convient de s'interroger sur la validité de cette approche pour représenter l'offre et la demande de services en français dans les CFASM. D'une part ces données présentent une certaine robustesse pour les raisons suivantes : (a) les indicateurs d'offre et de demande proviennent de réponses indépendantes à deux questions non consécutives de l'enquête EVMLO, (b) les indicateurs d'offre et de demande ont été regroupés en trois niveaux de réponses (forte, intermédiaire ou faible) pour des raisons méthodologiques reliées à la protection de l'identité des participants dans les petites CFASM, (c) les données sur l'offre et la demande (pour l'axe des « Y ») de l'en-

quête EVMLO sont des données indépendantes de celles du Recensement canadien de 2006 (pour l'axe des « X »), et (d) la concordance entre l'importance et la difficulté d'obtenir des services de santé en français avec des mesures de masse critique de francophones est déjà reconnue : « On ne s'étonnera guère de constater, tout comme nous l'avions observé pour l'importance accordée au fait de recevoir des services de santé dans la langue de la minorité, l'influence du poids démographique des minorités linguistiques au sein des municipalités sur la propension à déclarer qu'il est difficile ou très difficile d'obtenir des services de santé pour soi-même dans cette langue²⁶ ».

De plus, la validité de nos résultats nous semble confirmée par le fait qu'ils sont consistants avec les résultats d'autres études de terrain qui suggèrent qu'il existe une demande latente de services de santé en français dans les CFASM. Des études sur l'offre active de services de santé en français au Canada, dont l'étude de Deveau, Landry et Allard²⁷ en Nouvelle-Écosse, indiquent que la majorité des francophones n'est pas disposée à demander un service en français à moins que ceux-ci soient offerts directement. Lorsque les services en français sont offerts directement et activement cependant, l'utilisation des services en français augmente²⁸.

D'autre part, il est peu probable que la perception des francophones représente une mesure exacte de l'offre de services en français. Mais il n'est pas nécessaire que les francophones évaluent

²⁶ Jean-Pierre Corbeil, Claude Grenier et Sylvie Lafrenière, « Les Minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle », Ottawa, Statistique Canada, 2006, section 4.4.

²⁷ Kenneth Deveau, Rodrigue Landry et Réal Allard, « Utilisation des services gouvernementaux de langue française : Une étude auprès des Acadiens et francophones de la Nouvelle-Écosse sur les facteurs associés à l'utilisation des services gouvernementaux en français », Ottawa, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2009.

²⁸ Brian Conway *et al.*, « Évaluation de la faisabilité de livraison des services de santé en français aux patients atteints du VIH ou du VHC à Vancouver », 20^e Congrès canadien annuel de recherche sur le VIH/SIDA, Toronto, Ontario, 14-17 avril, 2011; Éric Forgues, Boniface Bahi et Jacques Michaud, « L'Offre de services en français en contexte francophone minoritaire », Ottawa, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2011.

l'offre de services en français sur une échelle paramétrique quantitative pour valider un schéma CCCFSM bonifié. Il faut plutôt qu'ils les évaluent sur une base relative. Dans la mesure où les répondants de l'enquête EVMLO ont correctement indiqué que l'offre se situe en deçà de la demande (et ce d'autant plus que la masse critique de francophones est petite), le schéma CCCFSM bonifié illustré en figure 4 est valable.

Leçons pour la pratique des réseaux de santé francophones des CFASM

Ayant dressé un schème national qui permet aux CFASM et aux réseaux de santé francophones de positionner l'offre et la demande de services de santé en français dans leur juridiction sur une base comparative, il convient d'observer que les CFASM, d'une part, se ressemblent en ce qu'elles s'inscrivent dans une dynamique de vitalité linguistique et communautaire similaire et que l'offre de services en français ne suffit pas à la demande pour chacune d'entre elles, et que, d'autre part, elles se différencient par un positionnement unique tant en ce qui a trait à leur masse critique qu'aux niveaux d'offre et de demande de services²⁹.

Quelles leçons la figure 4 offre-t-elle aux CFASM?

Une première leçon veut que les réseaux de santé choisissent des interventions qui favorisent la vitalité linguistique et le développement de leur communauté en tant que francophone.

Dans la pratique, un réseau de santé francophone doit donc se poser les questions suivantes avant de s'investir ou d'investir dans un projet ou un programme du système de santé :

- (a) est-ce que ce projet ou programme contribuera significativement au développement et à l'épanouissement à long terme de la communauté francophone?
- (b) est-ce que ce projet ou programme prendra la place d'un autre projet-santé qui, lui, pourrait contribuer significa-

²⁹ Bien que cette différenciation puisse être organisée en trois regroupements selon les trois phases du schéma du CCCFSM (« Pour un meilleur accès à des services de santé en français », *op. cit.*).

tivement au développement et à l'épanouissement à long terme de la communauté francophone?

Ceci ne veut pas dire qu'il n'y a aucune place pour des interventions auprès des systèmes de santé. Les systèmes de santé actuels préconisent souvent une approche d'intervention, de participation, de prise en charge communautaire, ainsi que des approches basées sur les déterminants de la santé. Ces approches présentent des occasions de lier les interventions du système au développement communautaire et ce genre d'interventions deviendront de plus en plus fréquentes.

Une deuxième leçon concerne le fait qu'une bonne ou une meilleure pratique de développement communautaire au Nouveau-Brunswick n'est pas nécessairement bonne ou meilleure dans une CFASM de sensibilisation de la Colombie-Britannique en raison de la grande différenciation qui existe entre ces CFASM. Par exemple une campagne de promotion d'offre active avec un slogan comme « demandez des services en français », qui réussit bien au Nouveau-Brunswick, ne réussit pas bien dans une CFASM de sensibilisation comme la Colombie-Britannique où seulement un francophone sur quatre parle français à la maison, où les francophones sont très bilingues, et où le français vient au neuvième rang des langues parlées le plus souvent à la maison. Les Franco-Colombiens sont très réticents à s'aventurer pour demander des services en français parce qu'ils n'apprécient pas le fait d'avoir à faire face à des délais de service additionnels pour recevoir ces services en français (pendant qu'une institution recherche un professionnel qui parle français ou recherche un interprète compétent). Ils n'apprécieraient donc pas le message d'un réseau de santé qui les encourage à revendiquer des services en français. Ce genre de campagne qui est concevable dans une juridiction de consolidation comme le Nouveau-Brunswick (où la plupart des francophones parlent français à la maison et où il existe des institutions qui opèrent en français) peut nuire à la crédibilité d'un réseau de santé dans une juridiction de sensibilisation. Par conséquent, en Colombie-Britannique, nous préconisons plutôt le message « choisissez les services en français » tout

en investissant beaucoup d'efforts dans le développement d'un répertoire compréhensif des professionnels de la santé parlant français.

Une troisième leçon pour les réseaux de santé, qui, rappelons-le, travaillent collectivement sous l'égide de la Société Santé en français, est qu'ils inventorient leurs pratiques prometteuses et leurs bonnes pratiques en tenant compte des contextes de sensibilisation, de structuration et de consolidation des CFASM. Les approches d'évaluation et de partage de connaissances qui tiennent compte du contexte d'application devraient être favorisées; mentionnons entre autres les perspectives de « données probantes basées sur la pratique³⁰ », les pratiques adaptées³¹, les pratiques fondées sur un transfert de connaissances flexible³², ou les pratiques qui reposent sur le consensus³³.

Conclusion

Le schéma CCFSM bonifié (Figure 4) présenté ici suggère que le processus d'offre et de demande de services de santé en français dans les CFASM reflète un schème national cohérent qui s'inscrit dans une dynamique de vitalité langagière commune à toutes les

³⁰ FCSSBC [The Federation of Community Social Services of BC], « Applied Promising Practices (APP) project », Centre for Dialogue & Learning; <http://www.fcssbc.ca/corebc/projects/applied-promising-practices>, site consulté le 12 octobre 2012; Jacques Fortin, « Pratique innovante, de pointe, exemplaire, prometteuse, bonne pratique : typologies de pratiques en santé et en services sociaux », Ottawa, Société santé en français, 2010.

³¹ David J. Hellerstein, « Practice-Based Evidence rather than Evidence-Based Practice in Psychiatry », *Medscape Journal of Medicine*, n° 10, 2008, p. 181; Steve Morgan, *What Is Practice-Based Evidence?*; <http://practicebasedevidence.squarespace.com/blog/category/practice-based-evidence>, 2010, site consulté le 5 octobre 2012.

³² Robert Parent, Mario Roy et Denis St-Jacques, « A Systems-Based Dynamic Knowledge Transfer Capacity Model », *Journal of Knowledge Management*, vol. 11, n° 6, 2007, p. 81-93.

³³ Institute of medicine, *Consensus Development at the NIH: Improving the Program*, Washington, National Academy Press, 1990; Catherine Pope et Nick Maysa, « Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research », *British Medical Journal*, n° 311, 1995, p. 42-45; Jeremy Jones et Duncan Hunter, « Consensus Methods for Medical and Health Services Research », *British Medical Journal*, n° 311, 1995, p. 376-380.

CFASM. Ce schème indique que l'offre tombe systématiquement en deçà de la demande³⁴ et regroupe les CFASM selon la nomenclature des phases évolutives de sensibilisation, de structuration et de consolidation du CCCFSM³⁵. Bien que ce schème national soit consistant avec des évidences qu'il existe une demande latente de services en français dans les CFASM³⁶, il repose sur des mesures provenant de la perception des francophones et requiert une validation plus critique. L'article qui suivra se propose de corroborer et de valider le schéma CCCFSM bonifié présenté en figure 4 à l'aide d'analyses qui confirmeront une base empirique et théorique plus large.

Remerciements

Je remercie Pascale Jean-Louis de Statistique Canada et Isabelle Gagnon-Arpin du RISF qui m'ont fourni des données du Recensement 2006 de Statistique Canada et m'ont aidé à bien saisir le contexte de leur application. Je remercie aussi Anne Leis et Louise Bouchard qui m'ont introduit à l'enquête EVMLO lors d'une rencontre du RISF et qui m'ont encouragé à poursuivre cette étude. Je remercie aussi Daniel Hubert, Anne Leis, Danielle Papineau et Jan Warnke qui ont fait des commentaires sur des versions précédentes de ce document. Je remercie aussi la Table conjointe des DGs de réseaux francophones et du personnel de la SSF qui a inspiré ce travail. Enfin, je remercie trois appréciateurs qui, grâce au temps et au talent qu'ils ont accordé à ce texte, m'ont permis d'en améliorer la facture.

³⁴ Et ce d'autant plus que la vitalité langagière (la masse critique) est faible.

³⁵ CCCFSM, « Pour un meilleur accès à des services de santé en français », *op. cit.*

³⁶ Brian Conway *et al.*, *op. cit.*; Kenneth Deveau, Rodrigue Landry et Réal Allard, *op. cit.*; Éric Forgues, Boniface Bahi et Jacques Michaud, *op. cit.*

Bibliographie

- Aucoin, Léonard, « Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé, analyse critique de la littérature », Ottawa, Société Santé en français, 2008.
- Beach, Mary Catherine, Somnath Saha et Lisa A. Cooper, « The Role and Relationship of Cultural Competence and Patient-Centeredness in Health Care Quality », New-York, The Commonwealth Fund, 2006.
- Bowen, Sarah, « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé », Ottawa, Santé Canada, 2001.
- Canada, Ministère de la justice, « Loi modifiant la Loi sur les langues officielles (promotion du français et de l'anglais) ». L.C. 2005, ch. 41, 2005; http://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2005_41/page-1.html, site consulté le 9 octobre 2012.
- Canada, Ministère de la justice, « Loi sur les langues officielles. L.R.C. (1985) », ch. 31 (4^e suppl.), 1985; <http://laws.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/TexteComplet.html>, site consulté le 9 octobre 2012.
- Canada, Santé Canada, « Comparaisons internationales – Un aperçu de l'accès aux soins de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, en Espagne, en Belgique et en Finlande », Ottawa, Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2007.
- Canada, Statistique Canada, « Portrait des communautés de langue officielle au Canada : Recensement de 2006 », Ottawa, 2009, DVD.
- CCCFSM [Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire], « Pour un meilleur accès à des services de santé en français », Ottawa, Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, 2001.
- CCCFSM [Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire], « Rapport au ministre fédéral de la santé: Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français », Ottawa, 2007.
- Chartrand, Michel, « En 2006, on comptait 400 000 francophones anglicisés de plus : L'assimilation fait la différence de poids », *L'aut' Journal*, mai 2010; <http://lautjournal.info/>, site consulté le 1^{er} mai 2013.
- Chavez, Brigitte et Camille Bouchard-Coulombe, « Portrait des minorités de langue officielle au Canada : les francophones de la Colombie-Britannique », Ottawa, Statistique Canada, 2011.

- CNFS et SSF [Consortium national de formation en santé et Société Santé en français], « Introduction et mise en contexte », dans Le Secrétariat national du Consortium national de formation en santé, *Société, langue et santé : les barrières à l'accès aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires*, 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, 2008, p. 15-18.
- Conway, Brian *et al.*, « Évaluation de la faisabilité de livraison des services de santé en français aux patients atteints du VIH ou du VHC à Vancouver », 20^e Congrès canadien annuel de recherche sur le VIH/SIDA, Toronto, Ontario, 14-17 avril, 2011.
- Corbeil, Jean-Pierre, Claude Grenier et Sylvie Lafrenière, « Les Minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle », Ottawa, Statistique Canada, 2006.
- Deveau, Kenneth, Rodrigue Landry et Réal Allard, « Utilisation des services gouvernementaux de langue française. Une étude auprès des Acadiens et francophones de la Nouvelle-Écosse sur les facteurs associés à l'utilisation des services gouvernementaux en français », Ottawa, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2009.
- Éditions du Québécois, *Le Génocide culturel des francophones au Canada : Synthèse du déclin du français au Canada*, Québec, 2010; <http://www.vigile.net/IMG/pdf/24-Genocide.pdf>, site consulté le 1^{er} mai 2013.
- FCSSBC [The Federation of Community Social Services of BC], « Applied Promising Practices (APP) project », Centre for Dialogue & Learning; <http://www.fcssbc.ca/corebc/projects/applied-promising-practices>, site consulté le 12 octobre 2012.
- Forgues, Éric, Boniface Bahi et Jacques Michaud, « L'Offre de services en français en contexte francophone minoritaire », Ottawa, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2011.
- Forgues, Éric et Rodrigue Landry, « Définitions de la francophonie en situation minoritaire : analyse de différentes définitions statistiques et de leurs conséquences », Ottawa, Consortium national de formation en santé et Société santé en français, 2006.
- Forgues, Éric, Rodrigue Landry et Jonathan Boudreau, « Qui sont les francophones? Analyse de définitions selon les variables du recensement », Ottawa, Consortium national de formation en santé, 2009.
- Fortin, Jacques, « Pratique innovante, de pointe, exemplaire, prometteuse, bonne pratique : typologies de pratiques en santé et en services sociaux », Ottawa, Société santé en français, 2010.

- Hellerstein, David J., « Practice-Based Evidence rather than Evidence-Based Practice in Psychiatry », *Medscape Journal of Medicine*, n° 10, 2008, p. 181.
- Institute of medicine, *Consensus Development at the NIH: Improving the Program*, Washington, National Academy Press, 1990.
- IRFA (Institut de recherche sur le français en Amérique), *Le Déclin du français au Canada*, 2012; <http://www.irfa.ca/site/wp-content/uploads/2012/07/graphique-dinformation.pdf>, site consulté le 1^{er} mai 2013.
- Johnson, Marc L. et Paule Doucet, « Une Vue plus claire : évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire », Ottawa, Commissariat aux langues officielles, 2006.
- Jones, Jeremy et Duncan Hunter, « Consensus Methods for Medical and Health Services Research », *British Medical Journal*, n° 311, 1995, p. 376-380.
- Lacroix, Frédéric et Patrick Sabourin, « Les Services de santé au Canada. Une perspective linguistique », *L'Action nationale*, mars 2006; http://www.action-nationale.qc.ca/index.php?option=com_content&task=view&Itemid=129&Itemid=99999999, site consulté le 9 octobre 2012.
- Lafrenière, Sylvie « L'Accès aux services de soins de santé : le potentiel analytique de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle », dans Le Secrétariat national du Consortium national de formation en santé, *Société, langue et santé : les barrières à l'accès aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires, 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, 2008, p. 31-32.
- Landry, Rodrigue, « Petite enfance et autonomie culturelle. Là où le nombre le justifie...V », Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2010.
- Lentz, François, « Apprendre le/en français en milieu minoritaire : quelques enjeux didactiques sur la langue », *Actes du 9^e Colloque de l'AIRDF*, Québec, 2004, p. 1-14; <http://www.colloquairdf.fse.ulaval.ca/fichier/Communications/francois-lentz.pdf>, site consulté le 1^{er} mai 2013.
- Lusignan, Yves, « L'Assimilation gagne encore du terrain au pays », *Le Journal de Cornwall*, décembre 2002; http://www.francompresse.ca/index.cfm?Sequence_No=10777&Id=10777&Repertoire_No=1151936421&Voir=document_view&csecteur=300, site consulté le 1^{er} mai 2013.
- Morgan, Steve, *What Is Practice-Based Evidence?*; <http://practicebasedevidence.squarespace.com/blog/category/practice-based-evidence>, 2010, site consulté le 5 octobre 2012.

- Parent, Robert, Mario Roy et Denis St-Jacques, « A Systems-Based Dynamic Knowledge Transfer Capacity Model », *Journal of Knowledge Management*, vol. 11, n° 6, 2007, p. 81-93.
- Pocock, Joanne *et al.*, « Rapport d'accompagnement des Profils socio-économiques des collectivités anglophones du Québec par territoire des CSSS et des RSS », Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2011.
- Pope, Catherine et Nick Maysa, « Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research », *British Medical Journal*, n° 311, 1995, p. 42-45.
- RDÉE (Réseau de développement économique et d'employabilité), *Plus de 3 550 personnes parlent le français au territoire du Yukon*, décembre 2007; <http://www.afy.yk.ca/secteurs/main/fr/index.php?location=p277-plus-de-3-550-personnes-parlent-le-francais-au-territoire-du-yukon>, site consulté le 1^{er} mai 2013.
- Wilson-Stronks, Amy *et al.*, « One size does not fit all: Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations », Oakbrook Terrace, Illinois, The Joint Commission, 2008.
- Wilson-Stronks, Amy et Erica Galvez, « Hospitals, Culture, and Language: A Snapshot of the Nation Exploring Cultural and Linguistic Services in the Nation's Hospitals », Oakbrook Terrace, Illinois, The Joint Commission, 2007.