



L'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : une recension des écrits

Mwali Muray, Gabriela Peguero-Rodriguez, Emilie Scarlett, Amélie Perron and Julie Chartrand

Number 19, 2022

Varia

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1094398ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1094398ar>

[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

Muray, M., Peguero-Rodriguez, G., Scarlett, E., Perron, A. & Chartrand, J. (2022). L'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : une recension des écrits. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (19), 62–94. <https://doi.org/10.7202/1094398ar>

Article abstract

This article presents a literature review on the experiences of patients and their healthcare providers with respect to healthcare services offered in Canada to official language minority communities (OLMCs). Commissioned by the Official Language Community Development Bureau (OLCDB), it portrays the realities of access to care, as well as challenges and barriers that impede the delivery of health services and access to care for OLMCs in the official language of choice. The review offers recommendations for patients, healthcare providers, healthcare facilities, the various levels of government in Canada and researchers. Reflections also take place regarding the lack of systemic implementation of evidence-based strategies despite decades of research on these issues.

L'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : une recension des écrits

Mwali Muray

Université d'Ottawa

Gabriela Peguero-Rodriguez

Université du Québec en Outaouais

Emilie Scarlett

Université d'Ottawa

Amélie Perron

Université d'Ottawa

Julie Chartrand

Université d'Ottawa

Résumé

Cette étude présente une recension des écrits sur les expériences des patients et des prestataires de soins en ce qui concerne les services de santé au Canada offerts aux communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Mandatée par le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO), cette recension fait constat des défis et des obstacles qui entravent l'offre de services de santé et l'accès aux soins pour les CLOSM dans la langue officielle de leur choix, et propose des recommandations à l'intention des patients, des professionnels de la santé, des établissements de santé, des différents ordres de gouvernement au Canada et des chercheurs. Cette recension des écrits met en lumière le manque d'exécution systémique des stratégies, afin de faciliter l'accès aux services de santé dans leur langue pour les CLOSM fondées sur des données probantes. Elle s'interroge également sur le fait que peu de stratégies fondées sur des données probantes ont été mises en œuvre à l'échelle du système malgré des décennies de recherche sur le sujet.

Abstract

This article presents a literature review on the experiences of patients and their healthcare providers with respect to healthcare services offered in Canada to official language minority communities (OLMCs). Commissioned by the Official Language Community Development Bureau (OLCDB), it portrays the realities of access to care, as well as challenges and barriers that impede the delivery of health services and access to care for OLMCs in the official language of choice. The review offers recommendations for patients, healthcare providers, healthcare facilities, the various levels of government in Canada and researchers. Reflections also take place regarding the lack of systemic implementation of evidence-based strategies despite decades of research on these issues.

Pour la majorité des Canadiens, soit 86 % des francophones et 65 % des anglophones, l'identité canadienne passe notamment par le fait d'avoir deux langues officielles (Gouvernement du Canada, 2019). Ce dualisme linguistique génère la présence de communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM), c'est-à-dire des communautés dont la langue officielle (le français ou l'anglais) n'est pas celle parlée par la majorité de la population de la province ou du territoire canadien où elles sont établies. Cette désignation comprend donc les francophones hors Québec et les anglophones du Québec. Pour refléter cette réalité linguistique, le Canada dispose d'une législation à l'égard des langues officielles. En effet, depuis 1969, le gouvernement fédéral canadien a adopté la *Loi sur les langues officielles*, qui reconnaît le français et l'anglais comme ayant un statut égal (Commissariat aux langues officielles du Canada, 2022). Ainsi, le gouvernement canadien assume l'obligation constitutionnelle de protéger les droits des CLOSM en vertu du paragraphe 41(1) de la *Loi sur les langues officielles (1985)*, qui va comme suit :

Le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne.

Malgré ce statut d'égalité accordé, le traitement des communautés de langue officielle du Canada est source de nombreuses inégalités, notamment en matière de santé. En effet, le rapport minorité-majorité que vivent ces communautés se traduit entre autres par une inégalité sociale et une inégalité d'accès aux ressources (Bouchard et Desmeules, 2013; Drolet, Bouchard, Savard, et Laforge, 2017; Drolet, Bouchard, Savard et van Kemenade, 2017). En outre, depuis plusieurs années, il y a une remise en question quant à l'accès aux soins de santé des minorités linguistiques, car dans certaines régions du Canada la possibilité d'obtenir des soins dans la langue officielle de son choix est limitée, ou cette possibilité est invisible (de Moissac et Bowen, 2017; Djiaideu *et al.*, 2020; Farmanova *et al.*, 2018). Lorsqu'on considère les principaux déterminants de la santé, on constate que la maîtrise de la langue officielle majoritaire exerce une influence de taille sur l'accès aux soins et l'équité des soins (Benoit *et al.*, 2012; Bouchard, Beaulieu *et al.*, 2012; Bowen, 2001; Burrows *et al.*, 2016; Doucet *et al.*, 2019). Par conséquent, il est essentiel de faire état de l'accès aux soins de santé dans leur langue par les CLOSM de façon à pouvoir mettre en relief les difficultés et améliorer les conditions d'accès, le cas échéant.

Mandaté par le Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de Santé Canada, un projet fut créé dans le but de comprendre et de cerner les enjeux, les défis, les succès et les occasions d'amélioration en lien avec la qualité des soins et les expériences au sein du système de santé du Canada, et ce, selon le point de vue des patients issus des CLOSM et des professionnels de la santé. L'initiative visait à mieux planifier la prestation des services de santé, à combler les besoins spécifiques de ces populations, et à favoriser un meilleur accès aux services des soins de santé et de meilleurs résultats en matière de santé chez ces populations.

Ainsi, une recension des écrits a été effectuée entre octobre et décembre 2019 pour colliger les articles et les documents répondant aux critères d'inclusion du projet. Une mise à jour en juin 2020 a d'ailleurs été réalisée. Le but du présent article est donc de présenter une synthèse des connaissances actuelles relatives à l'accès aux soins de santé dans la langue officielle minoritaire par les patients issus des CLOSM. Cette recension des écrits vise les deux objectifs suivants :

- 1) déterminer les facteurs et les circonstances affectant l'équité, la qualité et la sécurité des soins de santé offerts aux CLOSM, et
- 2) dégager des pistes de solutions et émettre des recommandations afin d'améliorer la qualité des soins de santé fournis aux CLOSM et d'en améliorer l'accès.

Méthodologie

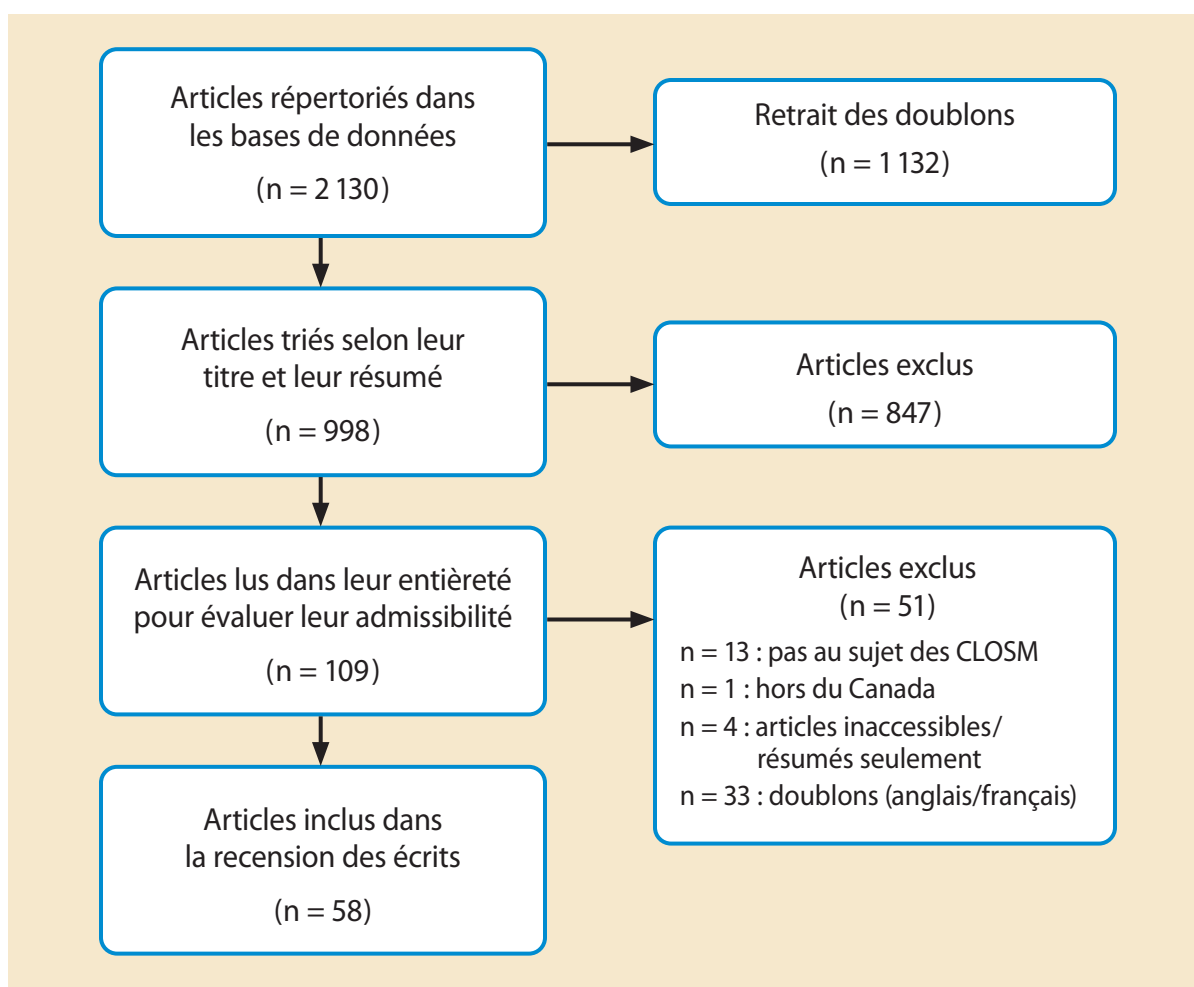
Afin de répondre convenablement aux objectifs de recherche, les auteures de cet article ont décidé d'explorer à la fois la littérature scientifique et la littérature grise, dans le but de tracer un portrait aussi complet que possible de l'accès des CLOSM du Canada aux soins de santé dans leur langue. Les articles ont été sélectionnés à l'aide d'une recherche dans les bases de données suivantes : CAB Direct, CINAHL, Medline, ProQuest Nursing and Allied Health Database, PsycINFO, Repère, Scopus et Web of Science. Les mots clés utilisés incluent : communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM), langues officielles, minorités linguistiques, programme pour les langues officielles en santé, santé et Canada. Les termes anglais équivalents ont également été utilisés dans les différentes bases de données. Quant à la littérature grise, elle a été scrutée par le biais des ressources du réseau Société Santé en français (SSF) et des rapports de Santé Canada. Afin de repérer le plus de documents pertinents possibles, une vérification de la bibliographie des articles retenus a été effectuée.

Les articles sélectionnés répondaient aux critères d'inclusion suivants : 1) avoir été publiés entre 2000 et 2019; 2) traiter de questions liées aux langues officielles ou aux minorités linguistiques au Canada, et 3) traiter de la santé en lien avec les minorités linguistiques du Canada (voir le tableau 1). Les articles étaient cependant exclus lorsqu'ils ne mettaient pas l'accent sur les enjeux de santé des minorités de langue officielle. La sélection des articles s'est déroulée en deux étapes et a été réalisée de façon indépendante par deux des auteures. Les articles ont d'abord été triés selon leur titre et leur résumé. À cette étape, tous les articles susceptibles de répondre aux critères d'inclusion ont été considérés et soumis à la deuxième étape de sélection. Par la suite, tous les articles ont été lus dans leur intégralité afin de déterminer leur admissibilité, et ce, selon les critères de sélection préétablis (voir figure 1 pour les détails du processus de sélection des articles).

Tableau 1
Critères de sélection des articles

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>Les articles devaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porter sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) ou les <i>official language minority communities (OLMC)</i> du Canada; 2. mentionner les langues officielles, les minorités linguistiques et la santé; 3. être écrits en français ou en anglais; 4. avoir été publiés entre les années 2000 et 2019. 	<p>Les articles ont été exclus s'ils :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. traitaient d'une population hors du Canada; 2. ne faisaient aucun lien avec la santé; 3. ne faisaient aucune mention des minorités linguistiques; 4. ne faisaient aucune mention des langues officielles.

Figure 1
Processus de sélection des articles pour la recension des articles scientifiques



Résultats

Bilan des articles recensés

Au total, 148 articles ont été retenus, dont 58 articles scientifiques. Les données extraites de ces articles scientifiques et de la littérature grise nous ont permis de cerner les perspectives des CLOSM, tant des patients que des professionnels de la santé, à travers le Canada.

Les thèmes de cette recension sont discutés ci-après, dont l'accès aux soins de santé des CLOSM. Ce thème met l'accent sur le vécu des patients francophones hors Québec, des patients anglophones du Québec, des patients âgés en situation linguistique minoritaire, ainsi que des patients immigrants et des nouveaux arrivants en situation linguistique minoritaire. Par la suite, le thème des enjeux relatifs aux professionnels de la santé à l'égard aux CLOSM sera abordé.

L'accès aux soins de santé des CLOSM

Selon les écrits recensés, l'accès aux soins de santé dans leur langue par les CLOSM varie selon la province ou le territoire où elles sont situées, ce qui reflète la grande diversité du territoire canadien. En effet, chacune de ces communautés vit une réalité, des priorités et des préoccupations spécifiques. En revanche, bien que ces perspectives soient parfois propres à un contexte régional donné, plusieurs similitudes et tendances peuvent être dégagées des expériences des CLOSM du Canada.

D'une part, peu importe la région, les écrits recensés indiquent que les minorités linguistiques ont un accès limité aux soins de santé dans leur langue, ce qui pose plusieurs risques pour la qualité et la sécurité des soins reçus (Forgues *et al.*, 2011 ; Pocock, 2019 ; Réseau santé en français Î.-P.-É., 2013 ; Villard, 2018 ; Wilson *et al.*, 2005). Il est maintenant reconnu que, lorsque les services en santé ne sont pas offerts dans la langue officielle minoritaire, cela compromet la sécurité des patients issus des CLOSM puisque les possibilités d'erreurs liées au diagnostic, aux interventions et aux traitements augmentent (Association franco-yukonnaise, 2016 ; Bouchard et Desmeules, 2017 ; Bowen, 2015 ; Flores, 2006 ; Flores *et al.*, 2003 ; H. Gauthier, 2016). En effet, les barrières linguistiques peuvent avoir plusieurs conséquences pour le patient : difficulté à communiquer ses problèmes de santé, risques accrus d'une mauvaise compréhension entre le patient et le professionnel de la santé, piètre compréhension des soins reçus, difficulté à adhérer aux traitements, insatisfaction envers les soins reçus, gestion difficile des soins complexes et des problèmes de santé chroniques et même le choix d'éviter d'accéder aux soins requis (Bouchard *et al.*, 2009 ; Bowen, 2001 ; de Moissac et Bowen, 2017 ; Djiaideu *et al.*, 2020).

En outre, les barrières linguistiques posent également problème lorsqu'il est temps de donner un consentement éclairé (Bowen, 2015 ; Savard, 2015 ; Schenker *et al.*, 2007). Il est difficile, voire dangereux, d'obtenir le consentement d'un patient qui ne comprend pas réellement les enjeux entourant sa décision, et ce, parce qu'il ne peut interagir avec les professionnels de la santé dans la langue officielle de son choix (Bowen, 2015 ; Savard, 2015 ; Schenker *et al.*, 2007). Chez les aînés, les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et celles souffrant de conditions d'ordre neurologique notamment, les barrières linguistiques entraînent une augmentation marquée des risques d'incompréhension et une incapacité de poser des questions et de comprendre les réponses des professionnels soignants, ce qui compromet par le fait même l'obtention d'un consentement éclairé (Savard, 2015). Cela est tout aussi vrai pour les immigrants et les personnes plurilingues.

D'autre part, les patients issus des CLOSM font face à un préjugé important selon lequel ils sont nécessairement bilingues (français-anglais) (de Moissac et Bowen, 2017 ; Farmanova *et al.*, 2018 ; van Kemenade et Forest, 2019 ; Villard, 2018). Or, bien que certains parlent la langue officielle majoritaire, cela ne signifie pas qu'ils sont à l'aise de s'exprimer ni même de recevoir des soins de santé dans cette langue (Drolet, Bouchard, Savard et van Kemenade, 2017). Ce préjugé nuit donc à la prestation et à l'amélioration des services en santé adaptés aux minorités linguistiques.

Compte tenu du profil varié des patients vivant dans des CLOSM au Canada, les prochaines sections aborderont les situations propres aux membres suivants des CLOSM : 1) les patients francophones hors Québec, 2) les patients anglophones du Québec, 3) les patients aînés en situation linguistique minoritaire et 4) les patients immigrants et nouveaux arrivants en situation linguistique minoritaire.

Patients francophones hors Québec

Les francophones hors Québec englobent une population assez vaste de 1 074 985 personnes (4 % de la population canadienne hors Québec) qui ont déclaré que le français est leur langue maternelle lors du recensement de 2016, dont 127 945 qui ont le français et une autre langue comme langues maternelles (Statistique Canada, 2019a). Néanmoins, plusieurs communautés francophones en situation minoritaire soulignent que la majorité des services de santé hors Québec sont prodigués en anglais et que l'offre de services en français est minime, voire inexistante (de Moissac, 2013). Les patients de ces communautés doivent constamment demander à être servis en français, sans savoir si telle chose est possible (de Moissac, 2013 ; de Moissac et Bowen, 2017). Dans les écrits recensés, les patients francophones hors Québec se considèrent comme en moins bonne santé, constatent qu'il y a un manque chronique d'information quant aux services offerts dans la langue officielle minoritaire et doivent parfois parcourir de grandes distances pour accéder à ces services

dans leur langue (Bouchard *et al.*, 2009 ; de Moissac, 2013 ; de Moissac *et al.*, 2011 ; Forest, 2019). Plusieurs insistent également sur l'importance de l'accès aux soins de santé dans la langue minoritaire, particulièrement pour les enfants ainsi que pour les personnes unilingues francophones ou qui affirment n'être à l'aise de recevoir des soins qu'en français (Bernier *et al.*, 2013 ; de Moissac *et al.*, 2011 ; Drolet, Bouchard, Savard et van Kemenade, 2017 ; Marcotte, 2008).

Comme il a été évoqué précédemment, plusieurs patients francophones hors Québec n'ont pas accès aux soins de santé dans leur langue, car ceux-ci ne sont pas offerts en français (Bouchard, Beaulieu *et al.*, 2012 ; Farmanova *et al.*, 2018 ; Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005 ; Marcotte, 2008). Toutefois, les écrits indiquent que les professionnels de la santé ont tendance à augmenter l'offre de services en français lorsque les patients en font la demande (Farmanova *et al.*, 2018 ; Forgues *et al.*, 2011 ; Gagnon-Arpin *et al.*, 2014). En revanche, les patients se plaignent de l'augmentation des délais d'attente pour être évalués par un médecin ou un autre professionnel de la santé francophone (de Moissac *et al.*, 2011 ; Garcia *et al.*, 2014). Par ailleurs, même si un médecin généraliste francophone leur est assigné, l'accès à un médecin spécialiste pouvant prodiguer des soins en français s'avère encore plus difficile (de Moissac *et al.*, 2011 ; Garcia *et al.*, 2014). Ainsi, les patients doivent souvent choisir entre l'obtention de soins fournis rapidement *ou* l'obtention de soins fournis en français, la première option l'emportant souvent au détriment de la seconde (van Kemenade et Forest, 2019).

Patients anglophones du Québec

Lors du recensement de 2016, l'anglais était la première langue officielle parlée de 1 103 475 personnes (13,7 % de la population provinciale) au Québec (Statistique Canada, 2019b). Au Québec, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* protège le droit des minorités linguistiques anglophones de recevoir des services sociaux et de santé en anglais (Gouvernement du Québec, 2020 ; Quebec Community Groups Network, s.d., 2018). Cependant, avec la *Charte de la langue française* (connue comme la « loi 101 » ; RLRQ, c C-11), le français demeure la langue officielle du Québec, ce qui pose des défis pour les anglophones de la province, qui considèrent que l'obtention de services de santé en anglais constitue un privilège alors que ce devait être un droit acquis (Martin, 2019). Ce sentiment est renforcé par le fait que certains centres de services et de soins de santé ont la possibilité de devenir des établissements désignés pour offrir des services à la minorité anglophone (Bourhis, 2018 ; Martin, 2019). Cependant, Gagnon-Arpin *et al.* (2014) estiment que le Québec est avantagé par la présence d'établissements désignés anglophones (universités et établissements de santé), car celle-ci permet de former des professionnels de la santé bilingues (anglais-français).

Cela étant dit, les écrits recensés évoquent également le fait que les défis sont encore plus grands pour les anglophones des régions rurales et éloignées des centres urbains québécois. L'accès aux services et soins de santé en anglais y est encore plus limité étant donné la faible densité d'individus en situation linguistique minoritaire (Baron *et al.*, 2016; Carter et Pocock, 2017; Forgues et Landry, 2014; Gagnon-Arpin *et al.*, 2014). Une étude répertoriée indique que les anglophones ont tendance à croire que leur état de santé physique et mentale est inférieur à celui des francophones de la même région (Baron *et al.*, 2016). De même, davantage d'enfants anglophones ont des résultats de santé inférieurs à ceux d'enfants francophones. Enfin, les adultes anglophones québécois sont plus susceptibles de fumer, de consommer de l'alcool, de mener un style de vie sédentaire et d'avoir des problèmes de santé chroniques. Ils sont également moins portés à recourir aux soins de santé préventifs, tels que les consultations avec leur omnipraticien et les mammographies, que les francophones du même âge de la région (Baron *et al.*, 2016).

D'autre part, tout comme leurs homologues francophones hors Québec, les anglophones du Québec peuvent faire face à des délais d'attente prolongés lorsqu'ils désirent obtenir des soins en anglais (Stout *et al.*, 2009). Ils éprouvent également de la difficulté à obtenir de la documentation et des ressources provinciales en anglais (y compris en ligne) en matière de santé, car celles-ci n'existent souvent qu'en français (Baron *et al.*, 2016). En fait, les patients anglophones québécois considèrent que le fait d'être bilingues améliore leur santé et leur bien-être, mais que le fait d'être anglophones au Québec pourrait compromettre leur santé future (Stout *et al.*, 2009). Par conséquent, les communautés anglophones du Québec sont confrontées à plusieurs défis qui les rendent vulnérables sur le plan de la santé.

Patients âgés en situation linguistique minoritaire

Le vieillissement de la population est une réalité qui persiste au Canada et les minorités linguistiques n'en sont pas épargnées. Les écrits recensés révèlent que la minorité anglophone âgée du Québec vieillit plus rapidement que le reste de la population québécoise et que les âgés anglophones sont confrontés à des conditions plus précaires que les âgés francophones de la province (Baron *et al.*, 2016). Parallèlement, la population francophone hors Québec vieillit plus rapidement que la population anglophone du Canada (de Moissac, 2013; Fédération des aînées et âgés francophones du Canada, 2016).

Les âgés francophones du Canada âgés de 65 ans et plus sont plus susceptibles de vivre seuls que la population anglophone du même âge, car ils sont davantage célibataires, séparés, divorcés ou veufs (Fédération des aînées et âgés francophones du Canada, 2019). Cela implique donc qu'ils sont plus susceptibles de requérir de l'aide, notamment dans les activités de la vie quotidienne, que les âgés qui sont en couple. La Fédération des aînées et âgés francophones du Canada (2016, 2019) précise également que 41,5 % des francophones

hors Québec sont âgés de 50 ans ou plus et qu'il s'agit en majorité de femmes. En outre, une proportion importante de francophones aînés hors Québec habite en région rurale ou éloignée et est davantage dispersée, ce qui peut contribuer à leur isolement et nuire à leur accès à des soins de santé en français adéquats (Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2019; Benoit *et al.*, 2012; Bouchard *et al.*, 2015; Drolet *et al.*, 2014; Dupuis-Blanchard *et al.*, 2014).

Dans plusieurs collectivités hors Québec, les aînés francophones ont du mal à obtenir des places dans des centres d'hébergement francophones (Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2019; Batista *et al.*, 2019; Forgues *et al.*, 2011). Par exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard, il est difficile pour les aînés francophones de refuser une place dans un centre d'hébergement anglophone, puisque cela signifie retomber au bas de la liste d'attente (N. Aucoin, 2018). Ainsi, les patients doivent choisir entre la rapidité des soins et la langue de services, étant donné que les deux semblent souvent non conciliables.

De plus, la littérature recensée démontre que les aînés atteints de démence utilisent davantage leur langue maternelle au fur et à mesure que leur démence progresse et que leur état régresse (Agence de la santé publique du Canada, 2019; R. Aucoin, 2017; Carbonneau et Drolet, 2014; Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005; Papple, 2007). En effet, on constate que la compréhension et l'utilisation de la langue majoritaire chez certains individus qui ont fonctionné la majeure partie de leur vie dans la langue officielle majoritaire diminuent au profit de leur langue maternelle, soit la langue officielle minoritaire, au fur et à mesure que leurs troubles cognitifs évoluent (R. Aucoin, 2017; Drolet, Bouchard, Savard et van Kemenade, 2017; Papple, 2007).

Patients immigrants et nouveaux arrivants en situation linguistique minoritaire

Lors du recensement de 2016, 32,9 % de la population immigrante du Québec ont déclaré que l'anglais est leur première langue officielle, tandis que 12,8 % des immigrants ailleurs au Canada (hors Québec) ont le français comme première langue officielle (Statistique Canada, 2017). La majorité des immigrants d'expression française s'installe au Québec et une minorité, soit 17 %, décide plutôt de déposer ses valises au Canada anglais, notamment à Toronto, Ottawa et Vancouver (Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, 2017). En 2016, les immigrants appartenant à des minorités visibles étaient en hausse et 7 140 d'entre eux résidaient en milieu minoritaire; une augmentation notable par rapport aux 5 626 individus dénombrés lors du recensement de 2011 (Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, 2019). Par exemple, au Manitoba, près de 6 % des francophones sont nés à l'extérieur du Canada, dont la plupart (81 %) avaient déjà terminé leurs études secondaires avant leur arrivée. Toutefois, plusieurs d'entre eux constatent une

importante discordance linguistique dans l'accès aux soins et considèrent celle-ci comme un facteur compromettant leur santé (Bernier *et al.*, 2013).

Selon les écrits recensés, les immigrants et les personnes réfugiées membres des CLOSM peuvent vivre de nombreuses difficultés dans l'obtention de soins de santé lorsque les services sont largement offerts dans la langue officielle majoritaire (Baron *et al.*, 2016; Bernier *et al.*, 2013; Mulatris et Bahi, 2014). Bernier *et al.* (2013) rapportent que 36,5 % des patients d'origine immigrante au Manitoba se sont présentés à l'urgence pour des problèmes non urgents, suggérant qu'ils ne savent pas forcément comment s'y retrouver dans le dédale du système de santé. D'ailleurs, dans une étude menée par Bernier *et al.* (2013), 84,3 % d'entre eux estimaient qu'obtenir des services en français est important, voire essentiel, et que 64 % des immigrants manitobains se disaient prêts à voyager pour obtenir des services en français et même à se rendre dans une ville voisine (Bernier *et al.*, 2013; de Moissac *et al.*, 2011, 2015). Bref, les patients immigrants et les nouveaux arrivants qui font partie des CLOSM disent parfois rencontrer des barrières linguistiques importantes qui nuisent à leur intégration et à leur accès aux soins de santé (Hien et Lafontant, 2013; Mulatris et Bahi, 2014).

Professionnels de la santé qui fournissent des soins aux CLOSM

Le recrutement d'une main-d'œuvre bilingue suffisante pose un défi de taille tant dans les collectivités francophones à travers le Canada et plus particulièrement dans les régions éloignées (Carbonneau et Drolet, 2014; de Moissac, 2013; de Moissac *et al.*, 2015; FARFO et GReFoPS, 2018; N. Aucoin, 2018). Par exemple, la population francophone de l'Île-du-Prince-Édouard se préoccupe du manque de postes désignés bilingues parmi les professionnels de la santé de la région (Réseau santé en français Î.-P.-É., 2013). Par ailleurs, une étude réalisée en Nouvelle-Écosse démontre que la majorité des employeurs priorisent les compétences cliniques plutôt que les compétences linguistiques à l'embauche, ce qui réduit l'offre de services en français (N. Aucoin, 2018). Malgré cela, la difficulté de recruter des professionnels bilingues est encore plus criante dans les milieux où il est tout simplement impossible de pourvoir les postes en raison d'une pénurie de professionnels de la santé (N. Aucoin, 2018; Chartrand *et al.*, 2019; Forgues *et al.*, 2011).

À titre d'exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard, plusieurs considèrent que les besoins de la minorité francophone sont comblés, étant donné que la demande de services dans la langue minoritaire est minime (Réseau santé en français Î.-P.-É., 2013; Villard, 2018). Cette perspective est corroborée ailleurs au Canada : plusieurs professionnels et établissements de santé considèrent que, lorsque la demande de services dans la langue officielle minoritaire est absente et qu'il n'y a pas de plaintes en ce sens, cela signifie conséquemment qu'il n'y a pas de problème (Forgues *et al.*, 2011; Villard, 2018). Cependant, dans certaines provinces, tel l'Ontario, des établissements choisissent d'être désignés bilingues : une partie de leurs professionnels de la santé doit donc être capable d'offrir des soins de qualité en français en

tout temps et des affiches (visibles) doivent clairement informer la clientèle de la disponibilité des services en français (Commissariat aux services en français de l'Ontario, 2018; Farmanova *et al.*, 2018).

Pour pallier le même problème, le Manitoba a adopté la *Loi sur l'appui à l'épanouissement de la francophonie manitobaine* et la *Loi sur les offices régionaux de la santé* (Secrétariat aux affaires francophones du Manitoba, s.d.). Ces efforts servent à protéger les droits de la minorité francophone en matière de santé. Plus encore, les services de santé offerts aux résidents du Nouveau-Brunswick, province bilingue, sont assurés par deux régies, soit la régie Vitalité (qui est administrée en français) et la régie Horizon (qui œuvre en anglais) (Province du Nouveau-Brunswick, 2021). Néanmoins, ces derniers peuvent être confrontés à des difficultés s'ils doivent accéder à des services dans l'autre régie (p. ex. le refus d'ordonnances médicales écrites en français par la régie anglophone) (Radio-Canada, 2021).

Bien que les professionnels de la santé puissent avoir la volonté de servir les patients dans la langue officielle minoritaire, le manque de matériel et de documentation dans la langue minoritaire demeure une lacune importante, car les milieux de soins n'investissent pas dans la traduction de documents (N. Aucoin, 2018; de Moissac *et al.*, 2012; FARFO et GReFoPS, 2018), sans compter que plusieurs professionnels de la santé semblent ignorer si de telles ressources sont disponibles dans leur milieu (Forgues *et al.*, 2011). Enfin, le ratio professionnel de la santé/patients doit être également considéré, car il ne répond pas toujours aux besoins des CLOSM, surtout en périphérie des grands centres urbains (de Moissac *et al.*, 2012; Marmen et Delisle, 2003). En fait, la plupart des professionnels de la santé ont tendance à travailler dans ces derniers, ce qui rend l'accès aux soins encore plus précaire dans les régions rurales et éloignées (Beauchamp *et al.*, 2013; de Moissac *et al.*, 2012; A. P. Gauthier *et al.*, 2012; Timony *et al.*, 2013, 2016).

La répartition des professionnels de la santé dans les CLOSM peut aussi accroître les difficultés d'accès des bénéficiaires des réseaux de santé. C'est le cas lorsque le ratio professionnel de la santé/patients issus des CLOSM n'est pas suffisant pour répondre aux besoins des collectivités (de Moissac *et al.*, 2012; Timony *et al.*, 2013). Cette situation provoque une augmentation de la charge de travail des professionnels de la santé bilingues, qui sont souvent sollicités pour servir de traducteurs (Muray, 2022). De fait, il est troublant de constater que certains dissimulent leur bilinguisme de peur qu'on ne leur confie des patients et des tâches additionnels (de Moissac *et al.*, 2012; Forest, 2019). Dans certains cas, des établissements de santé sont en mesure de jumeler les patients francophones à des professionnels de la santé francophones ou bilingues, mais cette pratique est en place de manière informelle selon la disponibilité des intervenants, sans qu'elle soit uniformisée et sans garantie de continuité (de Moissac, 2013; de Moissac *et al.*, 2017).

Soulignons que lorsque les services sont offerts dans la langue officielle minoritaire, une traduction supplémentaire doit être effectuée par le professionnel de la santé bilingue au reste de l'équipe soignante afin de coordonner les soins du patient. Ce constat s'applique également aux médecins de famille, qui doivent accomplir un travail supplémentaire lorsqu'ils orientent les patients des CLOSM vers les spécialistes qui travaillent dans la langue officielle majoritaire (Garcia *et al.*, 2014; Timony *et al.*, 2016). Enfin, de nombreux professionnels de la santé ont intériorisé une peur de ne pas parler un « bon » français ou un « bon » anglais. En conséquence, ils ne pratiquent pas systématiquement l'offre active de services dans les deux langues, ce qui nuit également à l'accès aux soins dans la langue officielle minoritaire (de Moissac *et al.*, 2012). Toutefois, plus les professionnels de la santé seront exposés à la langue officielle minoritaire, plus ils seront à l'aise de prodiguer des soins dans cette langue.

Il importe de souligner que certains professionnels de la santé ayant étudié en français rencontrent des difficultés dans leur pratique en milieu anglophone parce qu'ils ne sont pas familiers avec la terminologie médicale anglaise (de Moissac *et al.*, 2012). L'inverse est aussi vrai : les professionnels ayant reçu leur formation en anglais et appelés à soigner un patient francophone doivent souvent effectuer des recherches supplémentaires ou se fier à leur équipe pour trouver les mots appropriés en français (de Moissac *et al.*, 2012). Par conséquent, la langue de formation en santé influe grandement sur la capacité des professionnels à prodiguer des soins dans une langue officielle autre que la leur et sur leur confiance dans leur aptitude à le faire (Benoît *et al.*, 2015; de Moissac *et al.*, 2012). D'ailleurs, le fait d'avoir suivi des études primaires et secondaires en français ou encore le fait d'avoir suivi des cours dans la langue officielle minoritaire ne signifie pas que les professionnels de la santé seront en mesure de travailler en français ou en anglais avec facilité et confiance (de Moissac *et al.*, 2012). En fait, plusieurs auteurs (Clément *et al.*, 2003; de Moissac *et al.*, 2012) sont d'avis que plus ces professionnels s'exprimeront en français (ou en anglais), plus ils augmenteront leurs compétences linguistiques, ce qui améliorera leur capacité de prodiguer des soins de qualité aux membres des minorités linguistiques.

Plusieurs professionnels de la santé soulignent l'importance de parfaire leurs compétences linguistiques afin de prodiguer des soins de qualité (R. Aucoin, 2017; Baron *et al.*, 2016; A. P. Gauthier *et al.*, 2015). La littérature recensée relève plusieurs initiatives régionales permettant aux professionnels d'améliorer leur maîtrise de la langue officielle minoritaire ainsi que d'augmenter leur usage de cette dernière. Par exemple, au Québec, certains établissements de santé et centres de santé communautaires offrent des formations en anglais aux professionnels de la santé pour rehausser leurs compétences linguistiques afin d'améliorer les services offerts à leurs patients (Baron *et al.*, 2016; Dialogue McGill, 2019). En Nouvelle-Écosse, les séances « Cafés de Paris » ont permis aux professionnels de la santé, ainsi qu'aux bénévoles, de recevoir une formation continue pour poursuivre l'apprentissage de la langue française et de la culture acadienne (R. Aucoin, 2017).

En revanche, la littérature recensée indique également que certains employeurs hors Québec ne croient pas à l'importance d'encourager la formation continue des employés en français (Forgues *et al.*, 2011). En effet, les formations continues en santé ne sont pas offertes en français dans toutes les régions, bien que l'accès à des formations en ligne en français soit connue comme un bon moyen de répondre à certains besoins de formation (N. Aucoin, 2018 ; Contant, 2014 ; de Moissac *et al.*, 2012 ; Lortie et Lalonde, 2012). Conséquemment, les professionnels de la santé hors Québec reçoivent leur formation continue en anglais, car il est plus facile d'y avoir accès dans la langue de la majorité (N. Aucoin, 2018 ; de Moissac *et al.*, 2012). En somme, malgré quelques initiatives régionales sporadiques, la littérature recensée ne permet pas de relever des initiatives collectives destinées à faciliter l'inclusion des patients issus des CLOSM à travers le Canada.

Discussion

Le but de cette recension des écrits était de synthétiser les connaissances actuelles à propos de l'accès aux soins de santé dans leur langue par les patients issus des CLOSM au Canada. Peu importe leur lieu de résidence, plusieurs facteurs font en sorte que les patients issus des CLOSM sont particulièrement vulnérables sur le plan de la santé. Les résultats de cette recension démontrent que le profil des CLOSM est varié (francophones hors Québec, anglophones au Québec, aînés et immigrants en situation linguistique minoritaire, et plus encore), mais que le constat reste le même : l'accès aux soins de santé est inéquitable pour cette population. Par ailleurs, cette recension révèle de nombreux défis auxquels font face le réseau de la santé et les professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux CLOSM. La discussion qui suit permettra de répondre aux deux objectifs initiaux de la recherche.

Plusieurs facteurs émergents et circonstances nouvelles ont un effet sur l'équité, la qualité et la sécurité des soins de santé offerts aux CLOSM. Par exemple, un des facteurs qui entravent l'accès aux soins dans la langue officielle minoritaire est la perception erronée selon laquelle s'il n'y a pas de demande explicite de la part des patients de recevoir les soins dans la langue officielle minoritaire, les besoins en la matière sont alors comblés ou inexistant. Toutefois, ces croyances sont aux antipodes de ce que la littérature révèle et de ce que vivent réellement les minorités linguistiques, ce qui nuit à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Forgues *et al.*, 2017 ; Réseau santé en français Î.-P.-É., 2013 ; van Kemenade et Forest, 2019 ; Villard, 2018).

Cette recension met en évidence le besoin d'explorer le concept de littératie (ou d'alphabétisme) en santé dans le contexte des CLOSM du Canada, car celles-ci présentent plusieurs facteurs concomitants susceptibles d'influer sur leur niveau de littératie en santé (p. ex. faible niveau d'éducation, faible maîtrise de la langue officielle majoritaire et plus faible situation socioéconomique chez certains aînés francophones issus des CLOSM) (Bouchard et

Desmeules, 2017). Le groupe d'experts sur la littéracie en matière de santé de l'Association canadienne de santé publique propose une définition de la littéracie en santé comme étant « La capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 13). Dans cette définition, les termes « capacité d'obtenir » ou « de trouver » sont délibérément utilisés pour démontrer que, malgré leur disponibilité, l'information et les services ne sont pas nécessairement « accessibles » à tous (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008). La capacité d'obtenir de l'information sur la santé, de la comprendre et de l'utiliser est parfois compromise chez des groupes en particulier, comme les aînés en contexte minoritaire et les nouveaux arrivants (Drolet, Bouchard, Savard et Laforge, 2017 ; Zanchetta *et al.*, 2014). À cet égard, lorsque les niveaux de littéracie en santé sont faibles, l'accès aux soins de santé peut être compromis, d'où l'intérêt que les services en santé soient offerts dans les deux langues officielles (Bouchard et Desmeules, 2017 ; Bowen, 2001 ; Zanchetta *et al.*, 2012).

Le deuxième objectif de la présente recension était de proposer des pistes de solutions et d'émettre des recommandations afin de rehausser la qualité des soins de santé offerts aux CLOSM et d'améliorer leur accès à ces soins. Tout d'abord, l'offre active s'avère être une solution fort importante pour favoriser des soins inclusifs pour les CLOSM et leur assurer un accès équitable aux soins. Étant une question de qualité, de sécurité et d'équité dans les soins, cette stratégie doit être utilisée de façon pancanadienne, et ce, peu importe le degré de familiarité des professionnels de la santé avec la langue officielle minoritaire.

Pourtant, plusieurs chercheurs et groupes communautaires remarquent que l'offre active n'est pas suffisamment pratiquée dans les établissements de santé (de Moissac et Bowen, 2017 ; Doucet *et al.*, 2019 ; FARFO et GReFoPS, 2018 ; Forgues *et al.*, 2011, 2017). Étant donné que l'offre active n'est pas systématiquement pratiquée, les compétences linguistiques des professionnels de la santé ne sont pas évidentes pour les patients (de Moissac et Bowen, 2017). De plus, Vézina (2017) constate que les professionnels de la santé semblent davantage offrir des services en anglais lorsque le nom du patient est de consonance anglophone, même si le patient est francophone. Or, tous les patients devraient avoir la possibilité de choisir la langue officielle de services (français ou anglais), et ce, sans égard à leur nom de famille et sans l'idée préconçue que tous les patients issus des CLOSM sont automatiquement bilingues.

Pour assurer que les services de santé fassent rigoureusement l'objet d'une offre active, certaines provinces ont intégré le principe de l'offre active dans leur loi provinciale. Par exemple, la *Loi sur les services en français de l'Ontario* a été révisée en 2021 afin de renforcer le soutien aux bénéficiaires de services en français (Gouvernement de l'Ontario, 2021). La plus récente itération de cette loi intègre l'offre active de services comme un droit pour

les personnes d'expression française dans les domaines désignés en vertu de la *Loi*. Donc, si elle est menée à bien et prise au sérieux, avec l'appui politique et institutionnel, l'offre active reste une solution qui propose des services et des ressources équitables, accessibles et de qualité égale tant dans la langue minoritaire que dans la langue majoritaire (de Moissac et Bowen, 2017).

Par la suite, des services de traduction et d'interprétation sont également nécessaires. La traduction s'applique à des textes écrits, alors que l'interprétation désigne plutôt la transposition de propos communiqués oralement. L'interprétation peut être réalisée de façon formelle par un professionnel ayant reçu une formation à cette fin ou de façon informelle par des professionnels de la santé ou des membres de la famille, ce qui peut toutefois engendrer des situations problématiques et des contraintes (Bowen, 2015; Bowen et Roy, 2010; de Moissac et Bowen, 2019; Flores *et al.*, 2003; Schenker *et al.*, 2007; Zanchetta *et al.*, 2012). Par exemple, l'interprétation informelle peut compromettre la confidentialité des informations du patient (Farmanova *et al.*, 2018; A. P. Gauthier *et al.*, 2015). Actuellement, l'une des raisons pour lesquelles les services d'interprétation formelle sont peu utilisés est la crainte d'entraîner des délais dans les soins du patient, ce qui encourage les professionnels de la santé à opter pour des raccourcis tels que la sollicitation des membres de la famille ou encore de collègues (Hsieh, 2015). Or, des services d'interprétation de qualité professionnelle permettraient aux patients issus des CLOSM de faire des choix éclairés par rapport à leurs soins de santé (Hsieh et Kramer, 2012).

Enfin, des services d'interprétation et d'accompagnement dans les établissements de santé sont considérés à l'échelle nationale comme une stratégie d'intérêt pour relever les défis liés à la communication dans les domaines de la santé, du bien-être social et de la langue (Forest, 2019; Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, s.d.). Justement, en vue d'améliorer l'expérience des patients issus des CLOSM et des professionnels de la santé qui leur prodiguent des soins, certains établissements de santé ont mis en place des services d'interprétation et d'accompagnement (de Moissac et Bowen, 2019). Ces services guident les patients et leurs proches dans l'obtention de soins de santé et peuvent ainsi faciliter l'accès aux soins de santé pour les CLOSM. Plusieurs sources estiment que tant les patients anglophones du Québec que les patients francophones d'ailleurs au Canada désirent avoir la possibilité de se faire accompagner par une ressource interne (professionnel de la santé, bénévole, etc.) (Baron *et al.*, 2016; Contant, 2014; Le CLÉ, 2015; van Kemenade et Forest, 2019). Ces services peuvent être offerts par téléphone ou en personne (Forest, 2019; Réseau Santé en français de la Saskatchewan, s.d.). Cependant, même dans les régions où il existe des services d'accompagnement, il n'est pas rare qu'ils ne soient pas offerts dans la langue minoritaire (Forest, 2019). Il faut donc continuer les efforts en ce sens, afin de permettre un accès équitable aux soins pour les CLOSM du Canada.

Cette recension a permis de formuler des recommandations à l'intention des patients et de leurs proches, des professionnels de la santé, des employeurs du réseau de la santé et des différents ordres de gouvernement canadiens (voir tableau 2). Les informations ici présentées doivent être utilisées avec réserve en raison des limites de la méthodologie adoptée, dont l'absence d'évaluation critique de la littérature scientifique et grise, qui fait en sorte que la qualité des données peut varier. Malgré ces limites, cette recension permet de présenter un portrait de l'accès aux soins de santé des patients issus des CLOSM du Canada.

Il est important de noter que la littérature recensée a été rédigée dans un contexte pré-pandémique. La pandémie de la COVID-19 a fait surgir des enjeux préoccupants liés à l'accès aux soins ainsi qu'à la qualité et à la sécurité des soins, notamment pour les personnes issues des CLOSM (Caruso-Moro, 2021 ; Trépanier, 2020 ; Vachet, 2020 ; Vastel, 2020). Cela porte à croire non seulement que les problématiques existantes concernant les CLOSM n'ont pas été résolues, mais aussi qu'elles perdurent. Le manque de mise en œuvre des recommandations et des pratiques exemplaires à l'égard des CLOSM est un problème en soi mais, à la lumière d'événements sanitaires graves comme la crise engendrée par la COVID-19, on voit comment cette négligence vient exacerber la situation. La COVID-19 a montré comment les aînés en général sont vulnérables par rapport à la gestion de la pandémie, mais que ceux qui sont issus des CLOSM sont encore plus démunis. Par exemple, les médias indiquent que les aînés francophones en situation minoritaire font face à un manque d'information et de ressources dans le contexte de la pandémie (Alibert, 2020 ; MacDonald-Dupuis, 2021). Par conséquent, il est impératif de poursuivre les recherches sur l'état des solutions mises en place pour les CLOSM dans un contexte pandémique, ainsi que sur l'efficacité de ces stratégies. Dans cet esprit, cette recension et les réalisations qui découlent de la COVID-19 nous donnent de nouvelles pistes d'actions, de réflexions et de recherches sur l'état de la situation des CLOSM.

Tableau 2
Les recommandations

Recommandations destinées aux patients et à leurs proches, aux professionnels de la santé, aux employeurs du réseau de la santé et aux différents ordres de gouvernement canadiens afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des CLOSM		
Population cible	Recommandations	Sources consultées
Patients et leurs proches	<p>Considérant que l'absence de services offerts dans la langue minoritaire a des répercussions sur la santé des CLOSM, il est recommandé aux patients et à leurs proches de/d' :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demander activement à recevoir les soins dans la langue officielle minoritaire, et ce, de la part de tous les intervenants du système de santé; 	Bouchard, 2013 ; Bouchard, Beaulieu <i>et al.</i> , 2012 ; Farmanova <i>et al.</i> , 2018.

Tableau 2 (suite)
Les recommandations

Recommandations destinées aux patients et à leurs proches, aux professionnels de la santé, aux employeurs du réseau de la santé et aux différents ordres de gouvernement canadiens afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des CLOSM		
Population cible	Recommandations	Sources consultées
Patients et leurs proches	<ol style="list-style-type: none"> 2. S'informer de leurs droits linguistiques; 3. Déposer une plainte formelle auprès de l'établissement de santé et des entités gouvernementales si les soins n'ont pas pu être prodigués dans la langue officielle de leur choix; 4. Assister aux événements communautaires offerts dans la langue minoritaire portant sur la santé des CLOSM. 	Bouchard, 2013; Bouchard, Beaulieu <i>et al.</i> , 2012; Farmanova <i>et al.</i> , 2018.
Professionnels de la santé	<p>Considérant que les professionnels de la santé représentent le premier point de contact des patients issus des CLOSM avec le système de la santé, il est recommandé aux professionnels de la santé de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pratiquer, en tout temps, l'offre active, et d'inviter le patient à s'exprimer dans la langue officielle de son choix; 2. Lorsque les professionnels de la santé ne sont pas eux-mêmes bilingues, maîtriser des phrases de base dans la langue minoritaire leur permettant d'offrir des services d'interprétation et/ou d'indiquer au patient qu'il sera redirigé vers un professionnel de la santé bilingue (dans la mesure du possible); 3. Demander à leur employeur d'avoir accès aux services d'interprétation dans la langue officielle minoritaire, afin d'assurer une communication efficace et sécuritaire; 4. Participer aux différentes initiatives et activités offertes dans leur milieu ou leur région pour se familiariser avec la langue officielle minoritaire; 5. Réclamer auprès de leur employeur des activités ou des formations pour améliorer leur compréhension et leur utilisation de la langue officielle minoritaire; 6. Prendre part à des formations initiales et continues dans la langue officielle minoritaire, afin d'être exposés à la terminologie médicale dans la langue officielle minoritaire; 7. Se familiariser avec les outils et la documentation qui sont disponibles dans la langue officielle minoritaire tant dans leur milieu de travail qu'en ligne; 8. Demander à leur employeur que toute documentation destinée aux patients et à leurs proches, dont le matériel d'enseignement et les documents d'information en matière de santé, soit offerte dans les deux langues officielles, si tel n'est pas le cas. 	Bouchard, 2011, 2013; Bouchard, Chomienne <i>et al.</i> , 2012; Brisset <i>et al.</i> , 2014; de Moissac et Bowen, 2017, 2019; Drolet <i>et al.</i> , 2014; Drouin et Jean, 2002; Drouin et Rivet, 2003; Hien et Lafontant, 2013; Kalay <i>et al.</i> , 2013; Lacaze-Masmonteil <i>et al.</i> , 2013; Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, King-Shier <i>et al.</i> , 2012.

Tableau 2 (suite)
Les recommandations

Recommandations destinées aux patients et à leurs proches, aux professionnels de la santé, aux employeurs du réseau de la santé et aux différents ordres de gouvernement canadiens afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des CLOSM		
Population cible	Recommandations	Sources consultées
Employeurs du réseau de la santé	<p>Considérant que des mesures doivent être prises à tous les niveaux dans un établissement (des travailleurs de première ligne jusqu'aux membres de la haute direction), les employeurs ont un rôle essentiel à jouer afin de soutenir leurs employés et d'instaurer des pratiques favorisant l'inclusion des CLOSM. Ainsi, il est recommandé aux employeurs de/d' :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instaurer une culture organisationnelle qui valorise les deux langues officielles, en recrutant et en embauchant une proportion d'employés bilingues dans toute la hiérarchie de l'établissement (de la première ligne jusqu'aux cadres), et en proposant des formations linguistiques aux membres du personnel et des outils au personnel et à la clientèle; 2. Élaborer des politiques sur l'instauration d'une pratique systématique de l'offre active; 3. Offrir du soutien tangible aux employés afin de permettre l'application des différentes politiques assurant l'inclusion des CLOSM bilingues (p. ex. formations, cours de langue, etc.); 4. S'assurer d'offrir de la documentation, des outils cliniques et du matériel bilingues aux patients et à leurs proches, autant en personne qu'en ligne, à un niveau de littératie adapté à la clientèle ciblée; 5. Mettre en œuvre des activités sociales ou professionnelles permettant l'apprentissage ou le perfectionnement de la langue officielle minoritaire des professionnels de la santé et les bénévoles de l'établissement; 6. Enregistrer de façon systématique, dans des registres informatisés, la préférence linguistique de chaque patient qui accède à leur établissement afin d'aiguiller l'offre de services; 7. Connaître les compétences linguistiques des professionnels de la santé de leur établissement, afin de prévoir le jumelage des patients et de répondre aux besoins des équipes soignantes; 8. Fournir le matériel nécessaire à l'identification des employés bilingues (p. ex. épinglette « Bonjour/Hello »); 9. Augmenter la visibilité des services qui sont offerts dans la langue officielle minoritaire (p. ex. affiches bilingues); 10. Prévoir la création de postes désignés bilingues, et ce, à tous les niveaux de l'établissement, afin d'assurer des embauches qui permettront de combler les besoins de l'établissement en matière d'offre de services dans la langue officielle minoritaire; 11. Assurer un accès à des services d'interprétation et de traduction; 12. Promouvoir l'utilisation des services d'interprétation et d'accompagnement. 	<p>Alimezelli <i>et al.</i>, 2015; Boivin et Réseau Communauté en santé de Bathurst, 2009; Bouchard, 2011, 2013; Bouchard, Chomienne <i>et al.</i>, 2012; Bowker, 2009; Chappe <i>et al.</i>, 2009; de Moissac et Bowen, 2017, 2019; Farmanova <i>et al.</i>, 2018; Forgues <i>et al.</i>, 2011; Kalay <i>et al.</i>, 2013; Lacaze-Masmonteil <i>et al.</i>, 2013; Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, King-Shier <i>et al.</i>, 2012; Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, Quan <i>et al.</i>, 2012.</p>

Tableau 2 (suite)
Les recommandations

Recommandations destinées aux patients et à leurs proches, aux professionnels de la santé, aux employés du réseau de la santé et aux différents ordres de gouvernement canadiens afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des CLOSM		
Population cible	Recommandations	Sources consultées
Différents ordres de gouvernement canadiens	<p>Considérant que le gouvernement canadien a le devoir constitutionnel de protéger les CLOSM et qu'il exerce une influence sur le changement organisationnel nécessaire pour assurer la sécurité des patients issus des CLOSM, il est recommandé au gouvernement fédéral canadien de/d' :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer l'importance de l'offre active auprès des Canadiens (campagnes, vulgarisation des politiques, utilisation des médias sociaux); 2. Évaluer la rigueur des politiques linguistiques, ainsi que leur efficacité et leur effet sur la santé des CLOSM; 3. Appuyer l'identification et la désignation des établissements de santé qui sont en mesure de servir les CLOSM dans la langue minoritaire; 4. Soutenir la prestation et le développement de services offerts de diverses façons aux CLOSM (en personne, par téléphone, par télémédecine, en ligne et en format hybride); 5. Encourager les centres de santé communautaires à offrir des programmes intégrés de soins primaires dans la langue minoritaire, tant dans les centres urbains que dans les régions éloignées où il y a moins de services; 6. Prévoir des campagnes de sensibilisation s'adressant à la population canadienne afin de faire connaître les enjeux qui touchent les droits linguistiques des CLOSM et les enjeux qui s'y rattachent; 7. Encourager le réseautage des minorités linguistiques; 8. Faciliter la mise en œuvre de services d'accompagnement ainsi que des centres de santé primaire intégrés pour les CLOSM; 9. Promouvoir l'ajout de la préférence linguistique des Canadiens sur les cartes santé à l'échelle nationale; 10. Appuyer la recherche sur la santé des CLOSM en y consacrant un financement spécial. <p>Par ailleurs, puisque la santé est un domaine de compétence provinciale, les gouvernements provinciaux détiennent également des responsabilités à l'égard des soins prodigués aux CLOSM. Par conséquent, il est recommandé aux gouvernements provinciaux de/d' :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appuyer les initiatives fédérales à l'égard de la pratique systématique de l'offre active dans le réseau de la santé; 2. Mener des campagnes de sensibilisation à l'offre active des soins de santé primaires (dépistage, prévention, promotion, etc.) axées sur les besoins des CLOSM de leur province; 3. Veiller sur la qualité de l'offre de services dans la langue minoritaire, surtout dans les centres de santé bilingues ou désignés, et sévir en cas de négligence; 4. Indiquer la préférence linguistique des patients sur leur carte santé. 	Alimezelli <i>et al.</i> , 2015; Bouchard, 2013; Bouchard <i>et al.</i> , 2006; Bouchard et Desmeules, 2013; Bowker, 2009; Chartier <i>et al.</i> , 2014; de Moissac et Bowen, 2017; Farmanova <i>et al.</i> , 2018; Forgues <i>et al.</i> , 2011; Garcia <i>et al.</i> , 2014; Hien et Lafontant, 2013; Lacroix, 2006; Schofield et Gauthier, 2007; Traisnel et Forgues, 2009.

Tableau 2 (suite)
Les recommandations

Recommandations destinées aux patients et à leurs proches, aux professionnels de la santé, aux employeurs du réseau de la santé et aux différents ordres de gouvernement canadiens afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des CLOSM		
Population cible	Recommandations	Sources consultées
Chercheurs	<p>Considérant que les difficultés auxquelles font face les CLOSM sont documentées et que plusieurs pistes de solutions existent, mais que les données probantes ne sont pas régulièrement mises en pratique par certains établissements et équipes soignantes, il est nécessaire de mener davantage de recherches pour comprendre les obstacles à la mise en œuvre des recommandations et des données probantes. Ainsi, il est recommandé aux chercheurs d'examiner :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ce qui empêche les professionnels de santé ayant une maîtrise limitée de la langue officielle minoritaire de faire une offre active de services dans la langue officielle minoritaire aux patients de leur secteur ; 2. Ce qui nuit à la mise en œuvre des politiques linguistiques qui visent à répondre aux besoins des minorités linguistiques qui fréquentent les établissements de santé ; 3. Comment les politiques, la planification et la mise en œuvre de l'offre active de services dans la langue officielle minoritaire peuvent être revues et améliorées pour permettre leur adoption systématique dans les centres de santé et dans les réseaux de santé canadiens ; 4. L'incidence de la littératie des membres des CLOSM sur leur compréhension des soins de santé ; 5. La santé mentale chez les CLOSM et les difficultés particulières en matière d'accès aux soins de santé mentale dans la langue minoritaire ; 6. Le vécu des aînés et des personnes qui sont atteintes de maladies chroniques, qui ont des besoins spéciaux ou qui résident dans des régions rurales/éloignées et qui sont issus des CLOSM ; 7. La transition des immigrants et des nouveaux arrivants en situation linguistique minoritaire quant à l'accès au système de santé ; 8. Les questions qui touchent particulièrement les personnes aînées issues des CLOSM, ainsi que leurs proches aidants en ce qui concerne leur compréhension des soins et des services offerts dans leur région et ailleurs, autant les soins de longue durée que les soins de santé communautaires et ceux offerts à domicile ; 9. Les suggestions des CLOSM et des professionnels de la santé recueillies au moyen de la recherche-action participative, afin d'améliorer l'offre de services de santé dans leur langue aux minorités linguistiques ; 	<p>Alimezelli <i>et al.</i>, 2015; Auger <i>et al.</i>, 2015; Batal <i>et al.</i>, 2013; Bélanger <i>et al.</i>, 2011; Boivin et Réseau Communauté en santé de Bathurst, 2009; Bouchard, 2013; Bouchard et Desmeules, 2013; Brisset <i>et al.</i>, 2014; Burrows <i>et al.</i>, 2016; Chappe <i>et al.</i>, 2009; Chartier <i>et al.</i>, 2014; de Moissac et Bowen, 2017, 2019; Djiadeu <i>et al.</i>, 2019; Drolet <i>et al.</i>, 2014; Dubé <i>et al.</i>, 2019; Dupuis-Blanchard <i>et al.</i>, 2014; Farmanova <i>et al.</i>, 2018; Forgues <i>et al.</i>, 2011; Gagnon-Arpin <i>et al.</i>, 2013; Gueye <i>et al.</i>, 2018; Hien et Lafontant, 2013; Imbeault <i>et al.</i>, 2013; Kalay <i>et al.</i>, 2013; Langille <i>et al.</i>, 2012; Makvandi <i>et al.</i>, 2013; Ngwakongnwi <i>et al.</i>, 2014; Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, Quan <i>et al.</i>, 2012; Puchala <i>et al.</i>, 2013; Zhao <i>et al.</i>, 2021.</p>

Tableau 2 (suite)
Les recommandations

Recommandations destinées aux patients et à leurs proches, aux professionnels de la santé, aux employeurs du réseau de la santé et aux différents ordres de gouvernement canadiens afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des CLOSM		
Population cible	Recommandations	Sources consultées
Chercheurs	<p>10. La corrélation entre les déterminants de la santé et la langue en ce qui concerne les CLOSM dans leurs analyses;</p> <p>11. La variable linguistique lorsqu'ils font la collecte de données et présentent leur recherche en tenant compte des études existantes en français, en vue de produire plus de recherches dans la langue minoritaire.</p>	

Conclusion

Cette recension des écrits a permis de souligner les différents défis auxquels font face les CLOSM du Canada relativement à l'accès aux soins de santé dans la langue officielle minoritaire. Plusieurs constats ont été effectués, dont le fait que les membres des CLOSM ne reçoivent pas toujours des services équitables comparativement à leurs concitoyens de langue officielle majoritaire, ce qui nuit à la qualité et à la sécurité des soins qui leur sont offerts (Forgues *et al.*, 2011 ; Réseau santé en français Î.-P.-É., 2013 ; Villard, 2018 ; Wilson *et al.*, 2005). Bien que les patients issus des CLOSM soient des citoyens canadiens à part entière, ils demeurent chroniquement désavantagés sur le plan de l'accès équitable aux soins de santé. Malgré ces constats, les changements de pratiques ne sont toujours pas intégrés de façon systématique, ce qui nuit au bien-être et à l'état de santé général des patients francophones hors Québec et des patients anglophones du Québec.

Des pistes de solutions et des recommandations ont été émises afin de contribuer à l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada, de sorte qu'elles puissent jouir des initiatives de santé au même titre que la population qui utilise la langue officielle majoritaire. Enfin, des mesures régionales et nationales importantes devront être mises en œuvre par diverses parties prenantes, notamment les établissements de santé et les différents ordres de gouvernement canadiens, afin de sensibiliser la population canadienne de même que les professionnels de la santé aux questions touchant les minorités linguistiques et à l'importance de l'offre active des services dans les deux langues officielles canadiennes. Cela permettra aux patients d'utiliser la langue officielle qu'ils privilégient dans la sphère tant publique que privée et de renforcer la vitalité des deux communautés de langue officielle du pays.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Une stratégie sur la démence pour le Canada : ensemble, nous y aspirons*. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/images/services/publications/diseases-conditions/dementia-strategy/National_Dementia_Strategy_FRE.pdf
- Alibert, N. (2020). *COVID-19 : le défi de communiquer avec les aînés francophones*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1688229/alberta-association-solitude-personnes-agees-fafa>
- Alimezelli, H. T., Leis, A. M., Denis, W. et Karunanayake, C. (2015). Lost in policy translation: Canadian minority francophones and health disparities. *Canadian Public Policy = Analyse de politiques*, 41(2 suppl.), S44-S52. <https://doi.org/10.3138/cpp.2014-073>
- Assemblée de la francophonie de l'Ontario. (2019). *Le vieillissement des francophones en Ontario : livre blanc*. <https://savoir-sante.ca/fr/outils/documents-strategiques/download/376/578/21?method=view>
- Association franco-yukonnaise. (2016). *Agir pour une communauté francophone vibrante et dynamique au Yukon*. <https://savoir-sante.ca/fr/outils/documents-strategiques/download/138/269/21?method=view>
- Aucoin, N. (2018). *Les services offerts en français dans les foyers de soins de longue durée et les soins à domicile dans les régions acadiennes de la Nouvelle-Écosse* (rapport de recherche). Réseau Santé-Nouvelle-Écosse. http://www.reseausantene.ca/wp-content/uploads/2018/12/RSNE_Rapport-foyers-soins-domicile-2018_FR.pdf
- Aucoin, R. (2017). *La création de villages culturels dans les foyers de la Nouvelle-Écosse* (rapport final). Réseau Santé de la Nouvelle-Écosse. <https://reseausantene.ca/wp-content/uploads/2018/05/Rapport-Création-villages-culturels.pdf>
- Auger, N., Daniel, M., Mortensen, L., Toa-Lou, C. et Costopoulos, A. (2015). Stillbirth in an Anglophone minority of Canada. *International Journal of Public Health*, 60(3), 353-362. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0650-6>
- Baron, G., Roy, M. et Stronach, N. (2016). *Responding better to the needs of the linguistic and cultural communities in Estrie*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2795833>
- Batal, M., Makvandi, E., Imbeault, P., Gagnon-Arpin, I., Grenier, J., Chomienne, M.-H. et Bouchard, L. (2013). Comparison of dietary intake between francophones and anglophones in Canada: Data from CCHS 2.2. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S31-S38. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3501>
- Batista, R., Prud'homme, D., Hsu, A. T., Guérin, E., Bouchard, L., Rhodes, E., Talarico, R., Desaulniers, J., Manuel, D. et Tanuseputro, P. (2019). The health impact of living in a nursing home with a predominantly different spoken language. *Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 20(12), 1649-1651. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.06.003>
- Beauchamp, J., Bélanger, M., Schofield, A., Bordage, R., Donovan, D. et Landry, M. (2013). Recruiting doctors from and for underserved groups: Does New Brunswick's initiative to recruit doctors for its linguistic minority help rural communities? *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S44-S48. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3478>

- Bélanger, M., Bouchard, L., Gaboury, I., Sonier, B., Gagnon-Arpin, I., Schofield, A. et Bourque, P. É. (2011). Perceived health status of Francophones and Anglophones in an officially bilingual Canadian province. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 102(2), 122-126. <https://doi.org/10.1007/bf03404160>
- Benoît, J., Dubouloz, C.-J., Guitard, P., Brosseau, L., Kubina, L.-A., Savard, J. et Drolet, M. (2015). La formation à l'offre de services en français dans les programmes de santé et de service social en milieu minoritaire francophone au Canada. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 6, 104-130. <https://doi.org/10.7202/1033192ar>
- Benoit, M., Bouchard, L., Leis, A. M. et Garceau, M.-L. (2012). Les inégalités sociales de santé affectant les communautés francophones en situation minoritaire au Canada. *Reflets*, 18(2), 10-18. <https://doi.org/10.7202/1013171ar>
- Bernier, A.-M., Brière, R. et Roch-Gagné, M. (2013). *A survey on health care access in French for francophone immigrants in Winnipeg, Canada*. 13th World Congress on Public Health. https://www.researchgate.net/profile/Herika_Mauricio/publication/268102928_Oral_Health_of_Indigenous_People_Xukuru_Do_Ororub_At_Age_10_to_14_Years_Pernambuco_-_Brazil/links/5818741c08aee7cdc685a16d/Oral-Health-of-Indigenous-People-Xukuru-Do-Ororub-At-Age
- Boivin, N., et Réseau Communauté en santé de Bathurst. (2009). Littératie en matière de santé : des moyens novateurs de stimuler la prise en charge par la population francophone du nord-est du Nouveau-Brunswick. *Francophonies d'Amérique*, 28, 139-154. <https://doi.org/10.7202/044986ar>
- Bouchard, L. (2011). Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire : les représentations des acteurs sur l'avenir des services. *Canadian Review of Sociology = Revue canadienne de sociologie*, 48(2), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2011.01262.x>
- Bouchard, L. (2013). La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services de santé en français en situation linguistique minoritaire. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S60-S64. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3454>
- Bouchard, L., Batal, M., Imbeault, P., Sedigh, G., Silva, E. E. et Sucha, E. (2015). Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 6, 66-81. <https://doi.org/10.7202/1033190ar>
- Bouchard, L., Beaulieu, M. et Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets*, 18(2), 38-65. <https://doi.org/10.7202/1013173ar>
- Bouchard, L., Chomienne, M.-H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M. et Dufour, S. (2012). Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis ? Une étude exploratoire de l'impact de la situation linguistique minoritaire. *Canadian Family Physician = Le médecin de famille canadien*, 58(12), 1325.
- Bouchard, L. et Desmeules, M. (2013). Les minorités linguistiques du Canada et la santé. *Healthcare Policy = Politiques de santé*, 9, 38-47. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.23589>
- Bouchard, L. et Desmeules, M. (2017). La santé des personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire au Canada : enjeux et besoins. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 123-142). Presses de l'Université d'Ottawa. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdcp0>

- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A. et Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy = Politiques de santé*, 4(4), 36-42. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2009.20807>
- Bouchard, L., Gilbert, A., Landry, R. et Deveau, K. (2006). Capital social, santé et minorités francophones. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 97(2 suppl.), S17-S21. <https://doi.org/10.1007/BF03405368>
- Bourhis, R. Y. (2018). Bilingual health care in Quebec: Public policy, vitality, and acculturation issues. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibility and active offer* (p. 349-396). University of Ottawa Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdcxc>
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf
- Bowen, S. (2015). *Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins*. Société Santé en français. https://savoir-sante.ca/fr/content_page/item/429-impact-des-barrieres-linguistiques
- Bowen, S. et Roy, J. (2010). From “multicultural health” to “knowledge translation”: Rethinking strategies to promote language access within a risk management framework. *Journal of Specialised Translation*, 14(14), 145-164. https://www.jostrans.org/issue14/art_bowen.php
- 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, 175-195. <https://doi.org/10.7202/044988ar>
- Brisset, C., Leanza, Y., Rosenberg, E., Vissandjée, B., Kirmayer, L. J., Muckle, G., Xenocostas, S. et Laforce, H. (2014). Language barriers in mental health care: A survey of primary care practitioners. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1238-1246. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9971-9>
- Burrows, S., Auger, N. et Lo, E. (2016). Language and unintentional injury mortality in Quebec, Canada. *Injury Prevention*, 22(1), 72-75. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041456>
- 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*, 20(2), 220-233. <https://doi.org/10.7202/1027594ar>
- Carter, J. et Pocock, J. (2017). *Report on the health and social services priorities of English-speaking communities in Quebec* (p. 1-48). Community Health and Social Services Network.
- Caruso-Moro, L. (2021). *“A slap in the face”: Eligible Quebec seniors say they couldn't book vaccine appointments on English website*. CTV News. <https://montreal.ctvnews.ca/a-slap-in-the-face-eligible-quebec-seniors-say-they-couldn-t-book-vaccine-appointments-on-english-website-1.5331821>
- 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, 155-174. <https://doi.org/10.7202/044987ar>

- Chartier, M. J., Finlayson, G., Prior, H., McGowan, K.-L., Chen, H., Walld, R. et de Rocquigny, J. (2014). Are there mental health differences between Francophone and non-Francophone populations in Manitoba? *Canadian Journal of Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, 59(7), 366-375. <https://doi.org/10.1177/070674371405900704>
- Chartrand, J., Vandyk, A., Beké, É., Balasa, R., Loranger, C., Muray, M., Chartrand, M. et Baker, C. (2019). La pénurie de professeurs de sciences infirmières au Canada et ses effets sur les programmes de formation en sciences infirmières offerts en français. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 11, 95-116. <https://doi.org/10.7202/1065214ar>
- Clément, R., Baker, S. C. et MacIntyre, P. D. (2003). Willingness to communicate in a second language: The effects of context, norms, and vitality. *Journal of Language and Social Psychology*, 22(2), 190-209. <https://doi.org/10.1177/0261927X03022002003>
- Commissariat aux langues officielles du Canada. (2022). *Pour mieux comprendre vos droits en matière de langues officielles*. https://www.clo-ocol.gc.ca/fr/droits_linguistiques/loi
- Commissariat aux services en français de l'Ontario. (2018). *La désignation : [Re]vitaliser les services en français* (étude spéciale). <https://csfontario.ca/fr/articles/6284>
- Contant, J. (2014). *Étude en matière des soins palliatifs*. Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario. http://rssfe.on.ca/upload-ck/SP_modifications_2sep.pdf
- de Moissac, D. (2013). *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français : sommaire des thèmes prioritaires émergents*. <https://savoir-sante.ca/fr/outils/sommaires/download/46/99/21?method=view>
- 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), 207-212. <https://doi.org/10.1177/0840470417706378>
- de Moissac, D. et Bowen, S. (2019). Impact of language barriers on quality of care and patient safety for official language minority francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- 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*, 18(2), 66-100. <https://doi.org/10.7202/1013174ar>
- de Moissac, D., de Rocquigny, J., Roch-Gagné, M. et Giasson, F. (2011). *Disponibilité et accessibilité des services de santé en français au Manitoba : rapport final*. Université de Saint-Boniface/Institut franco-ontarien de l'Université Laurentienne. <https://ustboniface.ca/cnfs/document.doc?id=695>
- de Moissac, D., Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Giasson, F., Benoît, J., Arcand, I., Lagacé, J., et Dubouloz, C.-J. (2017). Enjeux et défis dans l'offre de services dans la langue de la minorité : l'expérience des professionnels bilingues dans le réseau de la 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* (p. 205-228). Presses de l'Université d'Ottawa. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdc0.14>

- 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>
- Dialogue McGill. (2019). *Profil des réalisations 2014-2018*. Université McGill. https://www.mcgill.ca/dialoguemcgill/files/dialoguemcgill/dialoguemcgill_profil_des_realisations_14-18_fr.pdf
- Djiadeu, P., Nguemo, J., Mukandoli, C., Odhiambo, A. J., Lightfoot, D., Mbuagbaw, L. et Nelson, L. E. (2019). Barriers to HIV care among Francophone African, Caribbean and Black immigrant people living with HIV in Canada: A protocol for a scoping systematic review. *BMJ Open*, 9(1), 1-5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027440>
- Djiadeu, P., Yusuf, A., Ongolo-Zogo, C., Nguemo, J., Odhiambo, A. J., Mukandoli, C., Lightfoot, D., Mbuagbaw, L. et Nelson, L. E. (2020). Barriers in accessing HIV care for Francophone African, Caribbean and Black people living with HIV in Canada: A scoping review. *BMJ Open*, 10(8), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036885>
- Doucet, L., Byrne-Surette, D. et Thibodeau, G. (2019). Active offer: Nurses' power and privilege influencing francophone and Acadian patient safety. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 1(2), 49-63. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.26>
- Drolet, M., Bouchard, P., Savard, J. et Laforge, M.-J. (2017). Enjeux de l'accessibilité et de l'offre active de services sociaux et de santé au sein de la francophonie canadienne en situation minoritaire. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 13-32). Presses de l'Université d'Ottawa. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdc0.6>
- Drolet, M., Bouchard, P., Savard, J. et van Kemenade, S. (2017). Vers une compréhension des acteurs, du système et des leviers d'action. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 1-12). Presses de l'Université d'Ottawa. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdc0.5>
- Drolet, M., Dubouloz, C.-J. et Benoît, J. (2014). L'accès aux services sociaux et de santé en français et la formation des professionnelles et des professionnels en situation francophone minoritaire canadienne. *Reflets*, 20(2), 10-19. <https://doi.org/10.7202/1027584ar>
- Drouin, J. et Jean, P. (2002). Educating future physicians for a minority population: A French-language stream at the University of Ottawa. *Academic Medicine*, 77(3), 217-221. <https://doi.org/10.1097/00001888-200203000-00008>
- Drouin, J. et Rivet, C. (2003). Training medical students to communicate with a linguistic minority group. *Academic Medicine*, 78(6), 599-604. <https://doi.org/10.1097/00001888-200306000-00009>
- Dubé, A., Iancu, P., Tranchant, C., Doucet, D., Joachin, A., Malchow, J., Robichaud, S., Haché, M., Godin, I., Bourdon, L., Bourque, J., Iyer, S. N., Malla, A., et Beaton, A. M. (2019). Transforming child and youth mental health care: ACCESS Open Minds New Brunswick in the rural Francophone region of the Acadian Peninsula. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(1 suppl.), 29-34. <https://doi.org/10.1111/eip.12815>

- Dupuis-Blanchard, S. M., Villalon, L., et Alimezelli, H. T. (2014). Vieillir en santé en situation minoritaire linguistique au Canada : enjeux, défis et mobilisation collective. *Global Health Promotion*, 21(1 suppl.), 70-75. <https://doi.org/10.1177/1757975913512161>
- FARFO et GReFoPS. (2018). *Étude des services sociaux et de santé pour les personnes âgées francophones dans l'Est ontarien (RLISS de Champlain)*. https://savoir-sante.ca/fr/content_page/download/356/552/21?method=view
- Farmanova, E., Bonneville, L., et Bouchard, L. (2018). Active offer of health services in French in Ontario: Analysis of reorganization and management strategies of health care organizations. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e194-e209. <https://doi.org/10.1002/hpm.2446>
- Fédération des aînées et aînés francophones du Canada. (2016). *Profil statistique 2016 des personnes âgées francophones au Canada : faits saillants*. https://faafc.ca/wp-content/uploads/2014/05/Profil-statistique_2016-Faits_Saillants.pdf
- Fédération des aînées et aînés francophones du Canada. (2019). *Profil statistique 2016 des personnes âgées francophones au Canada*. <https://faafc.ca/wp-content/uploads/2014/05/Profil-statistique-2016.pdf>
- Flores, G. (2006). Language barriers to health care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355(3), 229-231. <https://doi.org/10.1056/nejmp058316>
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., et Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14. <https://doi.org/10.1542/peds.111.1.6>
- Forest, M. (2019). *Needs assessment for a navigation system to serve francophones and Acadians in the St. John's, Newfoundland and Labrador, area*. Réseau Santé en français de Terre-Neuve et du Labrador. <https://savoir-sante.ca/fr/outils/rapports/download/364/560/21?method=view>
- Forgues, É., Bahi, B. et Michaud, J. (2017). Offre de services de santé en français : entre obstacles et facteurs favorables en milieu hospitalier anglophone. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 167-202). Presses de l'Université d'Ottawa. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdc0>
- 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 = Revue canadienne du vieillissement*, 30(4), 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*. https://www.researchgate.net/profile/Rodrigue_Landry/publication/279181915_L%27acc%C3%A9s_aux_services_de_sant%C3%A9_en_fran%C3%A7ais_et_leur_utilisation_en_contexte_francophone_minoritaire/links/558cb3d408ae40781c20594d/Lacc%C3%A9s-aux-services-de-sant%C3%A9-en-fran%C3%A7ais-et-leur-
- Gagnon-Arpin, I., Bouchard, L., Leis, A. M. 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* (p. 177-198). Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.

- Gagnon-Arpin, I., Makvandi, E., Imbeault, P., Batal, M. et Bouchard, L. (2013). Le surplus de poids chez les francophones et les anglophones. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S21-S25. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3465>
- Garcia, L. J., McCLeary, L., Emerson, V., Léopoldoff, H., Dalziel, W., Drummond, N., Cohen, C., Koehn, S. et Silvius, J. (2014). The pathway to diagnosis of dementia for francophones living in a minority situation. *Gerontologist*, 54(6), 964-975. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt121>
- Gauthier, A. P., Timony, P. E., Serresse, S., Goodale, N. et Prpic, J. (2015). Strategies for improved French-language health services: Perspectives of family physicians in Northeastern Ontario. *Canadian Family Physician = Le médecin de famille canadien*, 61(8), e382-e390.
- Gauthier, A. P., Timony, P. E. et Wenghofer, E. F. (2012). Examining the geographic distribution of French-speaking physicians in Ontario. *Canadian Family Physician = Le médecin de famille canadien*, 58(12), e717-e724.
- Gauthier, H. (2016). *En santé, on gagne à bien se comprendre. Argumentaire pour des soins de santé de qualité en français : la traduction-interprétation et l'accompagnement comme solutions transitoires*. https://savoir-sante.ca/en/content_page/item/272-en-sante-on-gagne-a-bien-se-comprendre-long-argumentaire-pour-des-soins-de-sante-de-qualite-en-francais-la-traduction-interpretation-et-l-accompagnement-comme-solutions-transitoires
- Gouvernement de l'Ontario. (2021). *L'Ontario améliore l'accès aux services de première ligne en français*. <https://news.ontario.ca/fr/backgrounder/1001108/lontario-ameliore-laces-aux-services-de-premiere-ligne-en-francais>
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (s.d.). Intervenant-pivot. Dans *Relations avec les patients et les clients*. <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/relations-avec-les-patients-et-les-clients/intervenant-pivot>
- Gouvernement du Canada. (2019). *Les langues officielles au Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/pch/documents/services/official-languages-bilingualism/publications/lo-ol-stats-fr.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Récupéré le 27 février 2021 de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>
- Groupe de travail sur les services de santé en français. (2005). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*. https://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/flhs_06/flhs_06.aspx
- Gueye, N. R., de Moissac, D. et Touchette, A. (2018). Profils ethnolinguistique et de santé mentale de jeunes étudiantes et étudiants d'un établissement d'enseignement postsecondaire francophone en contexte minoritaire dans l'Ouest canadien. *Canadian Journal of Community Mental Health = Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 37(1), 13-28. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2018-004>
- Hien, A. et Lafontant, J. (2013). Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S75-S78. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3472>

- Hsieh, E. (2015). Not just “getting by”: Factors influencing providers’ choice of interpreters. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 75-82. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3066-8>
- Hsieh, E. et Kramer, E. M. (2012). Medical interpreters as tools: Dangers and challenges in the utilitarian approach to interpreters’ roles and functions. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 158-162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.001>
- Imbeault, P., Makvandi, E., Batal, M., Gagnon-Arpin, I., Grenier, J., Chomienne, M.-H. et Bouchard, L. (2013). Physical inactivity among francophones and anglophones in Canada. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S26-S30. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3467>
- Kalay, A. L., Chomienne, M.-H. et Farmanova, E. (2013). Les priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S83-S87. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3509>
- Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A. M., 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.), S65-S70. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3515>
- Lacroix, F. (2006). Les services de santé au Canada : une perspective linguistique. *L’Action nationale*, 96(3), 87-108. <https://action-nationale.qc.ca/revues/293-numeros-publies-en-2006/mars-2006/1605-les-services-de-sante-au-canada-une-perspective-linguistique>
- Langille, D., Rainham, D. G. C. 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), 65-68. <https://doi.org/10.1007/bf03404071>
- Le CLÉ. (2015). *Rapport présentant les discussions avec les représentants de la santé au sujet de l’interprétariat et l’accompagnement en français et les recommandations qui en découlent*. Réseau santé en français Terre-Neuve-et-Labrador. <https://www.francotnl.ca/fichiersUpload/fichiers/20170502150257-20151033rapport-services-d-interpry-tation-et-d-accompagnement-tnl-version-finale.pdf>
- Lortie, L. et Lalonde, A. J. (2012). *Cadre de référence pour la formation à l’offre active des services de santé en français*. Consortium national de formation en santé (CNFS). <https://cnfs.net>
- MacDonald-Dupuis, N. (2021). *COVID-19 : les aînés franco-ontariens plus durement touchés*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1764214/soins-longue-duree-ontario-commission-ford-aines-covid-19>
- Makvandi, E., Bouchard, L., Bergeron, P.-J. et Sedigh, G. (2013). Methodological issues in analyzing small populations using CCHS cycles based on the official language minority studies. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S55-S59. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3459>
- Marcotte, L. (2008). *Sondage sur les services de santé en français, Terre-Neuve-et-Labrador*. Portail de la Fédération des francophones de Terre-Neuve-et-Labrador. <https://www.francotnl.ca/fichiersUpload/fichiers/20170502150424-20160255sondages-sur-les-services-de-santy-en-frany-ais-yy-tnl.pdf>

- Marmen, L. et Delisle, S. (2003). Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec. *Tendances sociales canadiennes*, 71, 27-31. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-008-x/2003003/article/6704-fra.pdf?st=Dz0ghj7C>
- Martin, I. (2019). *Le système de santé et de services sociaux au Québec : l'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise au Québec*. <https://chssn.org/fr/documents/le-systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-au-quebec-laces-aux-services-de-sante-et-aux-services-sociaux-en-langue-anglaise-au-quebec/>
- Mulatris, P. et Bahi, B. (2014). Enjeux du vieillissement chez les Africains subsahariens en milieu francophone minoritaire canadien. *Alterstice*, 4(1), 61-72. <https://doi.org/10.7202/1077482ar>
- Muray, M. (2022). *Official language minority communities in Ontario: Understanding the lived experiences of Francophone patients and their nursing care providers*. Université d'Ottawa. <http://doi.org/10.20381/ruor-27548>
- 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), e709-e716. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23242902/>
- 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), 3755-3768. <https://doi.org/10.3390/ijerph9103755>
- Ngwakongnwi, E., King-Shier, K. M., Hemmelgarn, B. R., Musto, R. et Quan, H. (2014). Comparison of sampling methods for hard-to-reach francophone populations: Yield and adequacy of advertisement and respondent-driven sampling. *Open Medicine*, 8(4), e120-e129. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4242789/>
- Papple, M. (2007). *Researchers study second language loss in elderly*. <https://medicalxpress.com/news/2007-03-language-loss-elderly.html#jCp>
- Province du Nouveau-Brunswick. (2021). *Rapport de la Révision 2021 de la Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*. <https://www.nbbilingue.ca/content/dam/gnb/Corporate/Promo/ola-review/docs/2021Rapport-de-la-revision.pdf>
- Puchala, C., Leis, A. M., Lim, H. et Tempier, R. (2013). Official language minority communities in Canada: Is linguistic minority status a determinant of mental health? *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, 104(6 suppl.), S5-S11. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3480>
- Quebec Community Groups Network. (s.d.). *Defending the health and social service institutions of English-speaking Quebec*. <https://qcgcn.ca/initiatives/health/>
- Quebec Community Groups Network. (2018). *Community-based process results in strong watchdog committee for English health and social services*. <https://qcgcn.ca/wp-content/uploads/2018/08/QCGN-Press-release-Prov-access-cttee.pdf>

- Radio-Canada. (2021, mai 26). *Des ordonnances écrites en français au Réseau de santé Horizon ont été rejetées*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1796046/horizon-vitalite-reseau-sante-bilinguisme-ordonnance-medicale>
- Réseau Santé en français de la Saskatchewan. (s.d.). *Ma santé*. <http://rsfs.ca/Ma-sante>
- Réseau santé en français Î.-P.-É. (2013). *Rapport final : soins à domicile en français*. <https://savoir-sante.ca/fr/outils/rapports/download/67/131/21?method=view>
- Rootman, I., et Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literate Canada*. Association canadienne de santé publique. https://www.researchgate.net/profile/Irving-Rootman/publication/237430726_A_Vision_for_a_Health_Literate_Canada/links/0046353740e07f3431000000/A-Vision-for-a-Health-Literate-Canada.pdf
- Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Évaluation du Programme de contribution pour les langues officielles en santé 2012-2013 à 2014-2015*. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency/corporate-management-reporting/evaluation/2012-2013-2014-2015-official-languages-health-contribution-program/pub2-fra.pdf>
- Savard, L. (2015). Symposium sur la qualité des soins et la sécurité des patients. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 12(4), 35.
- Schenker, Y., Wang, F., Selig, S. J., Ng, R. et Fernandez, A. (2007). The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2 suppl.), 294-299. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0359-1>
- Schofield, A. et Gauthier, H. (2007). La Société Santé en français : un modèle canadien de partenariat qui a fait ses preuves. *Education for Health*, 20(2), 1-10.
- Secrétariat aux affaires francophones du Manitoba. (s.d.). Lois, règlements et politiques. Gouvernement du Manitoba. <https://www.gov.mb.ca/fls-slf/acts.fr.html>
- Statistique Canada. (2017). *L'intégration linguistique des immigrants et les populations de langue officielle au Canada*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016017/98-200-x2016017-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2019a). *Recensement en bref : le français, l'anglais et les minorités de langue officielle au Canada*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016011/98-200-x2016011-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2019b). *La langue anglaise au Québec, 2001 à 2016 : faits et chiffres*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2019011-fra.htm>
- Stout, D., Charpentier, C., Chiasson, M. et Filion, E. (2009). Culture, language and self-assessments of future health: Anglophones and francophones in Quebec's Eastern Townships. *Journal of Eastern Townships Studies = Revue d'études des Cantons de l'Est*, 34, 7-30.
- Timony, P. E., Gauthier, A. P., Hogenbirk, J. C. et Wenghofer, E. F. (2013). Promising quantities, disappointing distribution: Investigating the presence of French-speaking physicians in Ontario's rural Francophone communities. *Rural and Remote Health*, 13(4), 2543.

- Timony, P. E., Gauthier, A. P., Serresse, S., Goodale, N. et Prpic, J. (2016). Barriers to offering French language physician services in rural and northern Ontario. *Rural and Remote Health*, 16(2), 3805.
- Traisnel, C. et Forgues, É. (2010). La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique*, 28, 17-46. <https://doi.org/10.7202/044981ar>
- Trépanier, A. (2020, 23 mars). *La COVID-19 « in English » en Ontario*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1681815/coronavirus-in-english-ontario-franco-ontariens-denonciation>
- Vachet, B. (2020). *Ce que la COVID-19 a changé pour les francophones*. ONfr+. <https://onfr.tfo.org/ce-que-la-covid-19-a-change-pour-les-francophones/>
- 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. <https://savoir-sante.ca/fr/outils/rapports/download/362/558/21?method=view>
- Vastel, M. (2020, 29 avril). L'unilinguisme de Santé Canada est dénoncé. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/politique/canada/577869/l-unilinguisme-de-sante-canada-est-denonce>
- Vézina, S. (2017). Offre active, bilinguisme et culture organisationnelle. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire* (p. 255-278). Presses de l'Université d'Ottawa. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdc0.16>
- Villard, C. F. (2018). *French language services in the home care system*. PEI French Health Network. <https://santeipe.ca/wp-content/uploads/French-Language-Services-in-Home-Care-September-2018-finalcecilvillard.pdf>
- Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F. et Fernandez, A. (2005). Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 800-806. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0174.x>
- Zanchetta, M. S., Kaszap, M., Mohamed, M., Racine, L., Maheu, C., Masny, D., Cèsar, I., Maltais, C., Sangwa-Lugoma, G., Lussier, N. et Kinslikh, D. (2012). Construction of Francophone families' health literacy in a linguistic minority situation. *Alterstice*, 2(2), 47-62. <https://doi.org/10.7202/1077564ar>
- Zanchetta, M. S., Maheu, C., Fontaine, C., Salvador-Watts, L. et Wong, N. (2014). Susciter chez les professionnels une prise de conscience critique des enjeux liés à la littératie en santé pour des francophones en situation de minorité linguistique en Ontario. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 34(4), 257-269. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.34.4.07f>
- Zhao, Y., Segalowitz, N. S., Voloshyn, A., Chamoux, E. et Ryder, A. G. (2021). Language barriers to healthcare for linguistic minorities: The case of second language-specific health communication anxiety. *Health Communication*, 36(3), 334-346. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1692488>

Législation

Charte de la langue française, RLRQ, c C-11. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-11>

Loi sur les langues officielles, LRC (1985), ch. 31 (4^e suppl.). <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/O-3.01.pdf>

Mots clés

accès aux soins de santé, communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM), patients, professionnels de la santé, recension des écrits

Keywords

access to health care, official language minority communities (OLMCs), patients, health care professionals, literature review

Correspondance

mmuray@uottawa.ca

gabriela.peguero-rodriguez@uqo.ca

escar064@uottawa.ca

amelie.perron@uottawa.ca

julie.chartrand@uottawa.ca