



Les données administratives et d'enquêtes sur l'état de santé et l'accès aux services des communautés francophones en situation minoritaire : Potentiel d'analyse et état de situation

R A P P O R T

Préparé par

Isabelle Gaboury, *Ph. D.*

Josée Guignard Noël, *M. Sc.*

Éric Forgues, *Ph. D.*

Louise Bouchard, *Ph. D.*

Août 2009

Nous tenons à remercier d'abord le Consortium national de formation en santé (CNFS) pour sa contribution financière qui a rendu possible la réalisation du rapport. Sincères remerciements à toutes les personnes que nous avons interviewées pour leur temps, leur patience et leur ardeur à répondre aux questions de recherche : Jean-Marie Berthelot, Jean-Pierre Corbeil, Marcel Dubois, William Floch, Annie Bédard, Amélie Lombard, France Roussel, Jean-Louis Bouchard, Jean-Paul Ngana, Luc Therrien, Richard Loiselle et Sandra St-Laurent. Merci également à Francine Desbiens, coordonnatrice de recherche, et à Lynn Brouillette, conseillère en ressources humaines, toutes deux du CNFS ainsi qu'à André Lussier, de la Société Santé en français (SSF). Leur soutien nous a permis d'identifier des personnes susceptibles de contribuer de façon pertinente à l'élaboration du rapport grâce à leur expérience sur le terrain. Enfin, nous tenons à remercier les membres des commissions conjointes de recherche et des ressources humaines du CNFS et de la SSF pour leurs commentaires et leurs suggestions sur le contenu du rapport : Sylvie Lauzon, Anne Leis, Annie Bédard, Louise Bouchard, Manon Tremblay, Isabelle Gaboury, Roger Guillemette, Rodrigue Landry, Isabelle Michel, Denis Prud'homme, Sylvain Vézina, Léonard Rivard, Aurel Schofield et Danielle Ferron.



**Consortium national
de formation en santé**

Secrétariat national

260, rue Dalhousie, bureau 400

Ottawa (Ontario) K1N 7E4

Téléphone : (613) 244-7837 ou 1-866-551-2637

Télécopieur : (613) 244-0283

Ce document est aussi disponible sur
le site Web du CNFS [www.cnfs.net].

ISBN : 978-0-9810482-2-2

Le Consortium national de formation en santé bénéficie d'une aide financière de Santé Canada.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	4
1 Mise en contexte	5
2 Objectifs et méthodologie	7
2.1 Objectifs	7
2.2 Méthodologie	7
3 Identification des bases données disponibles (1997-2008)	8
3.1 Statistique Canada	8
3.2 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	15
3.3 Patrimoine canadien	18
3.4 Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada	19
3.5 Ministères provinciaux et autres organismes gouvernementaux	19
4 Revue de la littérature (1995-2008)	22
5 Synthèse des défis scientifiques et des enjeux pour la recherche sur les CFSM	24
5.1 Défis scientifiques et enjeux pour la recherche sur les CFSM	25
5.2 Pistes de solution et opportunités	29
6 Conclusion	29
7 Annexe A : Bases de données administrées par Statistique Canada	31
8 Annexe B : Bases de données administrées par l'Institut canadien d'information sur la santé	35
9 Annexe C : Bases de données administrées par Patrimoine canadien	36
10 Annexe D : Bases de données administrées par les provinces	37
11 Annexe E : Unités géographiques (définitions de Statistique Canada)	38
12 Annexe F : Sommaire des publications recensées	39
12.1 Sommaire des articles	39
12.2 Sommaire des rapports et des recueils	41
13 Bibliographie	43

SOMMAIRE

L'impact des conditions de vie des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) sur leur état de santé est peu documenté en raison de quatre principaux facteurs : 1) l'absence de variables linguistiques dans les bases administratives de santé des provinces; 2) le manque d'uniformisation des variables linguistiques disponibles dans les bases de données sur la santé; 3) le faible échantillon des CLOSM; et 4) la faible complexité des plans d'analyse possibles, qui se limitent donc souvent à des analyses descriptives. Ces lacunes ont une conséquence directe sur l'accès à une information de qualité, l'organisation et la planification des services de santé.

Le présent rapport a été commandé par le Consortium national de formation en santé (CNFS) afin de dresser un bilan de l'exploitation des bases de données administratives de santé et d'enquêtes canadiennes. À cette fin, nous avons :

- 1) recensé les bases de données administratives et d'enquêtes, puis discuté de leur utilisation;
- 2) exploré les forces et les limites de ces bases de données, au plan analytique et aux fins de recherche, pour documenter l'état de santé des communautés francophones en situation minoritaire (CFSM).

Notre rapport a été rendu possible grâce à la collaboration de personnes-clés provenant de différents organismes fédéraux tels que Statistique Canada, Patrimoine canadien, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, de plusieurs ministères de la santé et d'autres organisations nationales et provinciales telles que l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil Communautés en Santé du Manitoba ou l'Office de coordination des affaires francophones de la Saskatchewan, pour ne nommer que ceux-là.

Nous avons identifié 24 bases de données administratives et 7 bases de données d'enquêtes pouvant servir à étudier l'état de santé des CFSM et ses déterminants, selon divers niveaux de découpage géographique. Ces bases abordent des thèmes relativement vastes, mais plusieurs d'entre elles offrent des possibilités d'inférence statistique limitées pour les régions sociosanitaires.

Nous avons ensuite recensé les études des 15 dernières années qui ont utilisé les bases de données administratives ou d'enquêtes comme source principale d'information. Nous avons ainsi constaté que les chercheurs recourent à diverses façons d'identifier les francophones issus des communautés en situation minoritaire. L'identification de la population minoritaire est généralement rendue possible en fonction soit de la disponibilité des variables, soit d'algorithmes créés par les chercheurs, ce qui permet de tirer partie d'un amalgame de variables linguistiques disponibles. Le cadre d'échantillonnage différent d'une étude à l'autre et la faiblesse des effectifs composant les CFSM limitent considérablement les possibilités d'analyses comparatives ou de sous-groupes particuliers (soit par rapport au sexe, au groupe d'âge, etc.). Ces facteurs constituent deux raisons majeures pour lesquelles la comparabilité des études fondées sur les grandes bases de données canadiennes est bien souvent discutable.

Dans la dernière partie du rapport, nous discutons des défis scientifiques et des enjeux liés à l'exploitation des bases de données sur la santé. À partir des entrevues que nous avons menées avec 13 personnes-clés, nous avons noté six défis et enjeux :

1. L'absence d'une variable linguistique (autre que la langue de l'entrevue) dans les bases de données administratives de santé et dans plusieurs enquêtes de Statistique Canada et d'autres organismes gouvernementaux.
2. La taille d'échantillon des CFSM dans les bases de données d'enquêtes souvent trop petite pour établir des statistiques précises et valides, surtout au niveau des régions sociosanitaires.
3. Le manque d'harmonisation des variables linguistiques dans les diverses bases de données administratives et d'enquêtes, donc dans la littérature sur les CFSM.
4. L'absence de la langue de communication avec le professionnel de la santé dans plusieurs bases de données.
5. Le coût prohibitif et la complexité du suréchantillonnage des CFSM dans les bases de données d'enquêtes.
6. L'isolement et le manque de ressources dans les provinces pour l'exploitation des données sur les CFSM.

En conclusion, nous croyons qu'il est nécessaire de former un groupe de travail composé de chercheurs, de gestionnaires de bases de données administratives et d'enquêtes sur la santé, de décideurs et de planificateurs de services de santé (provinciaux et nationaux) afin de trouver des solutions pour améliorer la capacité de documenter la santé des CFSM à partir des données provinciales et nationales.

1 MISE EN CONTEXTE

Dans la *Loi sur les langues officielles* de 1969 et dans la *Charte canadienne des droits et libertés* de 1982, les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) ont obtenu une reconnaissance qui leur confère des droits linguistiques. La modification de la *Loi sur les langues officielles*, en 1988, a permis d'approfondir cette reconnaissance en favorisant le développement des minorités francophones et anglophones du Canada (Gouvernement du Canada, 1988). En effet, aux termes de l'article 41 de la loi modifiée, 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 ». Cette partie de la Loi vise donc beaucoup plus à combattre la discrimination linguistique et à garantir la prestation des services dans les deux langues, puisque c'est le développement des communautés que le législateur entend assurer.

Depuis 1994, le gouvernement canadien doit définir un plan de mise en œuvre de ces dispositions législatives. Cette planification a culminé en 2003 avec le document intitulé *Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne*. Suivant ce document communément appelé Plan Dion, l'État fédéral entend revitaliser la dualité linguistique. À cette fin, il cible cinq axes d'intervention : l'éducation, le développement des communautés, la fonction publique fédérale, la petite enfance et la santé (Gouvernement du Canada, 2003).

En décembre 2005, le gouvernement fédéral adopte le *Projet de Loi S-3* modifiant la *Loi sur les langues officielles* (Gouvernement du Canada, 2005). Ainsi, la partie VII de la Loi prévoit que toutes les institutions fédérales ont l'obligation juridique de prendre des mesures positives pour remplir leur engagement à veiller à ce que le français et l'anglais aient un statut égal dans la société canadienne. L'article 41 de la Loi de 1988 se voit donc modifié par adjonction : « Il incombe aux institutions fédérales de veiller à ce que soient prises des mesures positives pour assurer la mise en œuvre de cet engagement. » En ce qui a trait à la mise en œuvre de cette obligation juridique en matière d'égalité des deux langues officielles, l'article 43(1) de la Loi de 1988 est remplacé par l'énoncé suivant : « Le ministre du Patrimoine canadien prend des mesures pour favoriser la progression vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne. » L'engagement de l'État est dorénavant exécutoire.

Parallèlement, la recherche sur la santé en contexte minoritaire commence à prendre forme (par exemple, on voit les premières équipes de recherche financées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)). Apparaît dès lors la difficulté de documenter, à partir des bases de données de santé, les déterminants de la santé en contexte minoritaire, principalement pour deux raisons : les faibles effectifs de cette population et l'absence de variables linguistiques valides dans certaines bases de données administratives et d'enquêtes. C'est dans ce contexte que la Commission conjointe de recherche du Consortium national de formation en santé (CNFS) et de la Société Santé en français (SSF) a entrepris d'examiner plus à fond ce problème. Diverses représentations ont été faites auprès d'organismes subventionnaires et gouvernementaux, notamment le Comité permanent des langues officielles auquel on a transmis des recommandations officielles (Chambre des communes du Canada, 2007) :

« Recommandation 1 : Que le gouvernement du Canada suggère aux provinces d'inscrire la variable linguistique dans les dossiers de santé, s'assurant de bien respecter leurs champs de compétence et que Statistique Canada procède au suréchantillonnage des communautés de langue officielle en situation minoritaire lors de sa prochaine enquête nationale sur la santé des populations. » (p. 54)

« Recommandation 37 : Que le ministre de la Francophonie et des langues officielles s'assure que toutes les institutions fédérales, dans le cadre de leur mandat respectif, se donnent une stratégie en faveur de la vitalité communautaire qui soit basée sur des données factuelles et de la recherche soutenue, axée sur des résultats concrets, et que soit créé un fonds permanent de subventions de recherche sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire. » (p. 163)

Les premières analyses secondaires de l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO) réalisées par le Groupe de santé publique de Sudbury et district dans les années 1990 avaient relevé des différences significatives entre les francophones et les anglophones de l'Ontario démontrant que les francophones se perçoivent en moins bonne santé et adoptent des comportements plus compromettants pour leur santé (Boudreau et Framer, 1999; Picard, 2000). Les quelques études menées par la suite à partir de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) sur l'ensemble de la population francophone minoritaire canadienne (excluant le Québec) ont confirmé ce différentiel de santé en défaveur des francophones (Bouchard *et al.*, 2005a; 2005b; 2009). Statistique Canada a également produit quelques rapports sur les soins de santé en français (Corbeil, 2003; Marmen et Delisle, 2003; Corbeil *et al.*, 2007).

La recherche a également mis en évidence le fait que la minorité francophone présente un profil diversifié selon son contexte démographique et socioéconomique propre. Ces constatations sont d'autant plus vraies lorsqu'on examine les répertoires sur les professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français et vivant dans un contexte linguistique minoritaire.

Il faut signaler que le *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* recommandait déjà un certain nombre de solutions à cet effet, recommandations renouvelées dans le second rapport du même titre (Picard, 2000; Picard et Allaire, 2005). On suggérait aux ministères de la santé provinciaux et aux organismes gouvernementaux de remédier au problème fondamental de l'absence de données sur la variable linguistique dans plusieurs bases de données provinciales, ce qui limitait l'accès aux renseignements propres à la population minoritaire. On suggérait également le suréchantillonnage de la population minoritaire afin de permettre des analyses fiables et des comparaisons entre diverses variables et plusieurs régions ainsi qu'un soutien à la recherche sur la santé de ces populations.

Dans une allocution prononcée en 2000, le statisticien en chef du Canada (Fellegi, 2000) a clairement mentionné « qu'il est essentiel dans une société démocratique, que les politiques et les programmes soient conçus à partir d'une information de qualité. Nous croyons également que tous devraient avoir l'égalité d'accès à cette information. »

Devant ces constats, il apparaît pertinent d'investiguer plus à fond les bases de données administratives et d'enquêtes sur la santé pour déterminer le potentiel d'analyse des déterminants de la santé des CFSM. Nous avons donc entrepris le présent rapport dans cet esprit. Pour ce faire, nous avons procédé en deux phases distinctes :

1. Phase descriptive

- a. Inventorier les sources de données sur l'état de santé et les besoins en services de santé des populations francophones en milieu minoritaire et sur les déterminants de la santé, en portant une attention particulière aux professionnels de la santé capables d'offrir des services en français.
- b. Identifier les variables linguistiques.
- c. Préciser les modalités d'accès et le format des données.
- d. Clarifier les étapes à réaliser pour rendre les données utilisables.
- e. Estimer les coûts associés pour accéder aux bases de données.

2. Phase analytique

- a. Examiner la littérature sur la santé des CFSM, puis la recherche sur les professionnels de la santé qui pratiquent en français, en prenant comme sources d'analyse les bases de données administratives et d'enquêtes canadiennes sur la santé.
- b. Relever les défis scientifiques et les enjeux que vivent les chercheurs dans l'utilisation de ces données, tels qu'ils sont rapportés dans la littérature et au moyen d'entrevues avec des personnes-clés gestionnaires de bases de données et/ou préoccupées par la planification des services pour les CFSM.
- c. Proposer des solutions pouvant être mises de l'avant afin d'exploiter à leur pleine capacité les données existantes et d'augmenter le potentiel d'exploitation des données sur les CFSM.

Le présent rapport a pour but de mieux comprendre les possibilités d'exploitation des données administratives et d'enquêtes nationales de santé en fonction des variables linguistiques et de l'analyse des déterminants de la santé des CFSM. Il vise également à faire le point sur les enjeux reliés à la mise en place de mesures assurant une utilisation optimale de ces bases de données. Notre investigation a porté sur les francophones minoritaires dispersés dans les différentes provinces canadiennes, mais plusieurs enjeux et éléments qu'elle soulève sont tout aussi valables pour les communautés anglophones du Québec en situation minoritaire, notamment en ce qui concerne les enquêtes nationales de santé.

2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

Le projet visait à dresser un état de la situation en ce qui concerne l'exploitation des bases de données administratives et d'enquêtes par les moyens suivants :

- 1) le recensement des bases de données;
- 2) l'exploration et la discussion des possibilités et des limites des bases de données pour documenter l'état de santé des CFSM.

Dans le présent rapport, une base de données administratives comprend, entre autres, les bases de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui amasse systématiquement – à l'aide des données recueillies par les hôpitaux, les établissements de santé et les organismes prestataires de services de santé – une foule d'informations sur la population canadienne, par exemple : l'utilisation d'un service de soins de santé ou le diagnostic d'un problème de santé particulier. La sélection des sujets des bases de données administratives ne se fait donc pas de façon aléatoire, mais bien de façon systématique¹. Par contre, la sélection des répondants des bases de données d'enquêtes se fait selon un plan d'échantillonnage statistique précis. Dans ce cas, un échantillon de la population canadienne est prélevé et sondé afin de permettre la généralisation des résultats au pays en entier.

Notre rapport expose la recherche entreprise auprès d'organismes, de ministères et d'instituts de recherche afin de faire un inventaire des enquêtes sur la santé ayant des variables linguistiques :

- Statistique Canada (Service d'information et d'analyse sur la santé et Division de la démographie);
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS);
- Patrimoine canadien;
- Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada (ASPC);
- ministères provinciaux et autres organismes gouvernementaux.

2.1 Objectifs

En somme, l'état de la situation vise trois objectifs distincts :

1. Identification des bases de données et du processus d'accès auprès des organismes canadiens qui permettent la recherche sur les CFSM et leurs professionnels de la santé capables de s'exprimer en français;
2. Recensement des études canadiennes sur les déterminants de la santé qui comprennent des variables linguistiques (enquêtes nationales sur les CFSM, leurs professionnels de la santé et les déterminants de la santé);
3. Synthèse des obstacles et des enjeux pour la recherche sur les CFSM.

2.2 Méthodologie

Afin de répondre aux objectifs fixés, nous avons utilisé les méthodologies suivantes :

1. Analyse d'archives permettant l'examen et le repérage des variables linguistiques dans les larges bases de données produites ou utilisées durant les 10 dernières années par des institutions canadiennes telles que Santé Canada, Statistique Canada, Patrimoine canadien, l'ICIS et divers organismes provinciaux.
2. Bibliographie commentée des publications savantes et des rapports gouvernementaux des 15 dernières années répertoriés dans les bases de données Medline, Health Star, Embase, CSA Illuminca et CINALH ainsi qu'à l'aide d'une recherche manuelle à partir des références obtenues lors de la recherche électronique. La stratégie de recherche de documents a été effectuée à l'aide de l'interface de recherche OVID.
3. Réalisation d'entrevues semi-dirigées avec des personnes-clés de Santé Canada, de Statistique Canada, de Patrimoine canadien, de l'ICIS et de divers organismes provinciaux afin d'approfondir le processus d'utilisation des bases de données (y compris les coûts) et les enjeux reliés à la collecte de données sur les CFSM.

Pour atteindre le dernier objectif, nous n'avons utilisé aucun guide d'entrevue formel. Les entrevues ont été menées de manière ouverte, de façon à connaître à la fois la position de l'organisation sur cette problématique et le besoin de mieux comprendre ces populations. Cependant, nous avons en général abordé les thèmes suivants :

- Discussion des objectifs du présent rapport

¹ Il est toutefois important de noter que la couverture des établissements ou des régions géographiques du pays n'est pas complète pour plusieurs bases de données administratives.

- Pour les organismes provinciaux :
 - existence et contenu des bases de données (administratives ou d'enquêtes) de l'organisme permettant l'étude des CFSM;
 - utilisation des bases de données nationales d'enquête;
 - s'il y a lieu, discussion des enjeux et des obstacles relatifs à la collecte de données pour la province par l'intermédiaire des organismes nationaux.
- Pour les organismes nationaux :
 - initiatives passées, présentes et futures pour la collecte de données sur les CFSM;
 - discussion des enjeux et des obstacles relatifs à l'échantillonnage, au choix des variables et aux coûts de ces initiatives de collecte de données.

3 IDENTIFICATION DES BASES DE DONNÉES DISPONIBLES (1997-2008)

Après une recherche approfondie des bases de données administratives et d'enquêtes auprès d'organismes gouvernementaux tant provinciaux que fédéraux, nous avons pu identifier 31 bases de données qui permettent d'étudier l'état de santé des CFSM, y compris celles fournissant de l'information sur les professionnels de la santé. Notre répertoire se limite toutefois aux bases des 10 dernières années. Le choix des bases présentées dans les prochaines sections a été guidé par la présence de variables permettant l'identification de francophones (indépendamment de la définition utilisée). Notre rapport ne s'attarde donc pas aux enquêtes où seule la langue de l'entrevue a été inscrite et peut servir d'identificateur pour les CFSM.

La section suivante répertorie toutes les bases de données recensées, puis donne une brève description de leur contenu, de leur potentiel d'analyse et des façons d'y accéder. Nous recommandons la consultation des tableaux des annexes A à D pour connaître plus précisément le contenu des bases sélectionnées, mais aussi leurs limites d'exploitation méthodologique, plus particulièrement en ce qui a trait aux CFSM. Nous offrons aussi un aperçu des compétences nécessaires pour l'analyse de ces données pour chaque ministère et organisme pour lequel nous avons pu identifier des données.

3.1 Statistique Canada

Statistique Canada, à titre d'agence nationale de statistiques, est la principale source de données au pays. Il offre un vaste répertoire de bases de données sur la santé, les professionnels de la santé et l'utilisation des services de santé. Il offre également des bases de données qui, sans porter exclusivement sur la santé, contiennent néanmoins des variables sur la santé et les déterminants sociosanitaires. Nous avons recensé plus de 40 enquêtes sur la santé, tous thèmes confondus. De ce nombre, 20 comptaient au moins une variable linguistique et avaient été menées durant les 10 dernières années (voir l'annexe A). Nous avons retenu cinq autres enquêtes qui n'ont pas pour objet le domaine de la santé, mais qui comportent des variables linguistiques et des questions relatives à l'état de santé. De ce fait, nous avons identifié 15 enquêtes de Statistique Canada en plus des recensements (l'échantillon de 20 % et le fichier public de microdonnées à grande diffusion qui repose sur un échantillon plus restreint).

Les variables servant à identifier la langue du répondant dans ces enquêtes sont, en général, les trois variables principales employées dans le recensement : la langue maternelle; la connaissance des langues officielles; et la langue parlée le plus souvent à la maison. À partir de ces renseignements, on dérive la première langue officielle parlée, une variable définie dans le *Règlement sur les langues officielles — communications avec le public et prestation des services*, lequel précise certaines dispositions de la *Loi sur les langues officielles*. Le recensement comprend quatre autres variables linguistiques : depuis 1991, la connaissance des langues non officielles et, depuis 2001, les autres langues parlées régulièrement à la maison, la langue utilisée le plus souvent au travail et les autres langues utilisées régulièrement au travail. Statistique Canada définit comme suit les variables dont la désignation n'est pas explicite :

- la langue maternelle correspond à la « première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement »;
- la connaissance des langues officielles « indique si le recensé peut soutenir une conversation en français seulement, en anglais seulement, en français et en anglais, ou dans aucune des deux langues officielles »;
- la connaissance des langues non officielles « indique les langues autres que le français ou l'anglais dans lesquelles le recensé peut soutenir une conversation ».

Les francophones peuvent être définis de différentes façons selon les besoins de l'analyse ou selon la disponibilité des variables. Au plan de la recherche, la définition du groupe à l'étude est cruciale, car d'elle dépendra l'élaboration de politiques et d'interventions efficaces. Par exemple, si l'on utilise uniquement la langue maternelle comme variable de définition, comme ce fut longtemps le cas, on exclut de l'analyse plusieurs immigrants francophones qui n'ont pas le français comme langue maternelle. Dans le

domaine de la santé où la communication entre le professionnel de santé et le patient est cruciale, la définition du groupe prend toute son importance. Dans certaines enquêtes, seule la langue de l'entrevue est utilisée, ce qui limite les analyses sur les francophones, car plusieurs francophones en contexte minoritaire utilisent couramment l'anglais. Le document de Forgues et Landry (2006) permet d'envisager différentes définitions statistiques à partir des variables de Statistique Canada puisqu'il montre la variation des nombres selon la définition choisie.

3.1.1 Bases de données

Nous présentons d'abord les bases de données dont la collecte se fait de façon répétée (par cycle) à cause de leur plus grand effectif des CFSM et, ensuite, les bases de données représentant des initiatives uniques de collecte.

3.1.1.1 Recensements – Échantillon 20 %

Sur le site Web de Statistique Canada [www.statcan.gc.ca], le grand public peut consulter les questionnaires (abrégés et complets) ainsi qu'une sélection de tableaux des données issues des recensements. Ces recensements fournissent de l'information sur les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population canadienne. Avec ses renseignements gratuits sur toutes les communautés canadiennes, la page « Profils des communautés » permet d'obtenir de l'information sur les comtés ou les régions.

Les chercheurs peuvent aussi avoir accès aux données de l'échantillon de 20 % des recensements. À partir de cet échantillon, il est possible d'obtenir des renseignements sur la formation en santé et les professionnels de la santé. La formation est présentée selon les *Titres scolaires du niveau postsecondaire* et le principal domaine d'études² à partir desquels on peut filtrer les professions de la santé. La profession, quant à elle, est décrite en fonction de la population active totale de 15 ans et plus³. Le secteur de la santé est l'une des catégories de classification. Les caractéristiques de l'industrie⁴ tiennent compte de la population active totale de 15 ans et plus. Une catégorie distingue les institutions de soins de santé et les autres industries connexes (Soins de santé et assistance sociale).

Comme variable linguistique, le recensement contient *la langue maternelle, la connaissance des langues officielles, la première langue officielle parlée, la langue parlée le plus souvent à la maison et la langue utilisée le plus souvent au travail*. Des variables géographiques permettent de faire des analyses d'ordre national ou provincial ainsi qu'à divers niveaux de découpage du territoire canadien (voir l'annexe E). D'autres variables portent notamment sur le sexe, l'âge, le lieu de naissance, la nationalité, les caractéristiques liées à l'emploi et au revenu du répondant.

L'échantillon des recensements semble suffisant pour permettre des analyses selon la langue, la géographie (lieu de résidence), les domaines d'études et de travail. Les variables linguistiques peuvent être croisées selon la formation et la profession, ce qui permet de déterminer les professionnels de la santé francophones et ceux pouvant offrir des services en français. Ces analyses peuvent aussi tenir compte des données sur plusieurs déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé ainsi que des variables géographiques.

À noter qu'un CD-ROM réunissant les données du recensement de 2006 sur les communautés de langue officielle en situation minoritaire (qui incluent les CFSM) est disponible depuis mars 2009 sous le titre *Portrait des communautés de langue officielle au Canada, Recensement de 2006*. On peut en tirer des statistiques descriptives et certains croisements.

3.1.1.2 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'ESCC a pour but de fournir des estimations transversales⁵ des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé de la population canadienne. Elle permet de faire des estimations pour les régions sociosanitaires dans l'ensemble des provinces et des territoires. Résultant d'une collecte biennale menée depuis 2001, les trois cycles principaux ont été effectués par région sociosanitaire avec un échantillon de 131 535 répondants pour le cycle 1.1, de 135 573 répondants pour le cycle 2.1 et de 132 947 répondants pour le cycle 3.1. Pour chacun des cycles, les francophones (y compris les répondants du Québec) représentaient environ 20 % de la population totale; lorsque les répondants du Québec sont exclus, on trouve plus ou moins 5 % de francophones. Le cycle 1.1 a été réalisé en 2000-2001, le cycle 2.1 en 2003 et le cycle 3.1 en 2005-2006. Depuis 2007, la collecte de données se fait sur une base annuelle et approche environ 65 000 répondants par année.

² « Principale discipline dans laquelle ont étudié les personnes ayant obtenu une attestation d'études postsecondaires (grade, certificat ou diplôme). Il s'agit de la plus haute attestation d'études obtenue parmi toutes les études postsecondaires faites par ces personnes. Principale discipline ou principal domaine dans lequel le recensé a fait ses études ou reçu sa formation et obtenu son plus haut grade, certificat ou diplôme postsecondaire. »

³ « La profession est déterminée à partir du type d'emploi occupé et de la description des tâches faites par la personne recensée. Les données sur la profession du recensement de 2001 sont produites selon la Classification nationale des professions pour statistiques 2001 (CNP-S 2001). »

⁴ « Nature générale de l'activité de l'établissement où travaille la personne. Les données sur l'industrie du recensement de 2001 sont produites en fonction du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) de 1997. Ce dernier, qui assure une meilleure comparabilité entre les données sur l'industrie des trois partenaires de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) (Canada, États-Unis et Mexique), consiste en un répertoire systématique et détaillé des industries regroupées en 20 secteurs, 99 sous-secteurs et 300 groupes. Les critères utilisés pour créer ces catégories sont la similitude des structures d'intrants, des qualifications de la main-d'œuvre ou des processus de production utilisés par l'établissement. »

⁵ Une enquête transversale recueille des données auprès d'un échantillon ou d'une population à un moment précis dans le temps, contrairement à une étude dite longitudinale.

Entre chacun des cycles de 2001 à 2007, trois collectes de données ont été réalisées à l'échelle provinciale sur des sujets particuliers avec un échantillon de 36 984 répondants pour le cycle 1.2 et de 35 107 répondants pour le cycle 2.2. Pour chacun des cycles, les francophones représentaient environ 15 % de la population totale. Cela limite le potentiel d'analyse pour les francophones hors Québec puisqu'il faut soustraire de ce 15 % les francophones résidant au Québec. Le cycle 1.2 réalisé en 2002 portait sur la santé mentale et le bien-être, le cycle 2.2 réalisé en 2005-2006 traitait de la nutrition et le cycle 3.2 réalisé en 2007 portait sur les personnes âgées.

Le volet de l'ESCC nommé *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – santé mentale et bien-être – Forces canadiennes* a été réalisé en 2002 avec 5 155 répondants de la Force régulière et 3 286 de la Réserve. Cette enquête avait pour but de recueillir des renseignements sur la santé, le bien-être, les facteurs influant sur la santé et l'utilisation des services de soins de santé de la population des Forces canadiennes. Cependant, vu le nombre total de répondants, la possibilité de faire des analyses sur les francophones en situation minoritaire est quasi nulle.

Les enquêtes abordent les principaux thèmes suivants : l'état de santé et les changements pour l'améliorer; le rendement et l'utilisation des soins de santé; les problèmes de santé chroniques et les blessures; les comportements à risques et de santé; la santé mentale et le bien-être. Elles peuvent être analysées selon trois ensembles de variables pertinentes : *des variables linguistiques (langue maternelle, connaissance des langues officielles, langue parlée avec le médecin, langue parlée le plus souvent à la maison, langue de l'interview et langue de préférence de l'interview)*⁶; des variables géographiques de découpage du territoire (voir l'annexe E); des variables sur quelques déterminants de la santé, y compris des caractéristiques sociodémographiques⁷ (âge et sexe) et socioéconomiques⁸ (niveau de scolarité, statut d'emploi, profession⁹ et revenu) mais aussi toutes les questions se rapportant à la santé (voir l'annexe A). Les cycles 1.1, 2.1, 3.1 et 1.2 des ESCC et l'enquête des Forces canadiennes incluent aussi des variables sur l'accès aux soins de santé dans l'une des langues officielles en fonction des difficultés éprouvées lors de besoins de soins de santé. Les enquêtes permettent ainsi de connaître les difficultés vécues lorsque les répondants ont voulu recevoir des soins de santé exigeant différents tests (examen général, mammographie, soins dentaires, examen de la vue, vaccin contre la grippe, etc.).

Les variables linguistiques, dont la langue maternelle, présentes dans ces enquêtes peuvent être croisées avec la liste des variables relatives aux difficultés mentionnées, ce qui permet de voir les besoins de services de santé en français. Elles offrent aussi un potentiel d'analyse avec l'état de santé, par exemple l'indice de l'état de santé, les maladies chroniques, etc. Elles peuvent être croisées avec les comportements des répondants tels que l'usage du tabac, la consommation d'alcool, la nutrition, etc. Les croisements avec les variables linguistiques, l'état de santé et les comportements peuvent aussi être faites avec l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, la profession et le revenu. Étant donné la méthode d'échantillonnage de l'ESCC, tous les cycles offrent un potentiel d'analyse à l'aide des variables géographiques au niveau des provinces et des territoires¹⁰, mais aussi des régions sociosanitaires (voir l'annexe A). Le cycle des Forces canadiennes se limite aux régions de l'Atlantique, au Québec, au Centre et à l'Ouest. Cependant, les analyses tenant compte des francophones en situation minoritaire sont parfois limitées. La fusion de plusieurs vagues d'enquêtes de l'ESCC peut s'avérer nécessaire pour remédier à ce problème. À noter que chaque province peut commander certaines variables en fonction de ses besoins de planification et que la nature des analyses (tant au point de vue du contenu que des limites liées à l'effectif) peut donc varier d'un cycle à l'autre.

3.1.1.3 Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP)

Le troisième cycle de l'ENSP – volet ménages – transversal a été réalisé en 1998-1999 (avec 49 046 répondants pour la composante générale et 17 244, pour la composante santé). Le sixième cycle de l'ENSP – volet ménages – longitudinal a été réalisé en 2004-2005 (avec 17 276 répondants). Quant à l'ENSP – volet établissements de soins de santé – longitudinal, elle comprend cinq cycles allant de 1994 à 2003 (avec 2 287 répondants pour chaque cycle) et elle vise à amasser de l'information générale sur la santé de la population canadienne.

L'état de santé et les changements s'y reliant, le rendement et l'utilisation des soins de santé, les problèmes de santé chroniques et les blessures, les comportements à risques et de santé ainsi que la santé mentale et le bien-être sont les principaux thèmes abordés. Les ENSP contiennent aussi des *variables linguistiques (langue parlée le plus souvent à la maison, connaissance des langues officielles, langue de l'interview et langue de préférence de l'interview)*, des variables géographiques, des variables sur quelques déterminants sociaux de la santé (âge, sexe, statut d'emploi et revenu) ainsi que le niveau de scolarité indiquant le diplôme en médecine, en médecine dentaire ou vétérinaire et en optométrie (voir l'annexe A)¹¹. Les questionnaires des ENSP, longitudinale (2006) et transversale, posent des questions sur l'accès aux soins de santé dans l'une des deux langues officielles en fonction des

⁶ Les variables linguistiques varient selon les cycles de l'ESCC.

⁷ Les déterminants sociodémographiques varient selon les cycles de l'ESCC.

⁸ Les déterminants socioéconomiques varient selon les cycles de l'ESCC.

⁹ Sous la variable *Genre de travail que faisaient les personnes pendant la semaine de référence*, lequel est défini d'après le type d'emploi occupé par le recensé et la description des tâches les plus importantes qui s'y rattachent. Il s'agit d'une question ouverte qui n'offre pas de choix multiples de réponse.

¹⁰ Les territoires ne font pas partie des enquêtes des cycles 1.2 et 2.2.

¹¹ Les deux premiers cycles de l'ENSP – volet établissements de soins de santé ne concernent que les personnes vivant en établissement de soins de santé et contiennent deux variables linguistiques (langue maternelle et connaissance des langues officielles), des caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (niveau de scolarité et revenu). Les trois derniers cycles font une comparaison entre les personnes vivant en établissement de soins de santé et celles vivant dans un ménage. Ces trois cycles n'ont qu'une seule variable linguistique (langue de l'interview) et une seule caractéristique socioéconomique (revenu). Toutefois, les cinq cycles n'indiquent pas les variables géographiques et le niveau de formation en santé.

difficultés éprouvées lors de besoins de soins de santé. Il est donc possible de croiser les variables linguistiques avec les difficultés d'accès aux services.

Ces enquêtes, longitudinale (2006) et transversale, permettent de distinguer les professionnels de la santé pouvant offrir des services en français. Les variables linguistiques peuvent être croisées avec le niveau de scolarité le plus élevé¹² qui comprend la formation en santé. Le statut d'emploi est une troisième variable pouvant être croisée avec les variables linguistiques et le niveau de scolarité. Ces croisements ne permettent toutefois pas de distinguer la langue du travail et la spécialité de formation.

L'état de santé des francophones peut être investigué à partir des variables linguistiques des ENSP, de l'autoévaluation de la santé, de la taille, du poids, des maladies chroniques, des limitations et des blessures. Les variables linguistiques peuvent aussi être croisées avec les comportements qui ont un impact sur la santé tels que la nutrition, l'activité physique et l'usage du tabac. Une troisième analyse est possible avec les déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé. Les trois derniers cycles de l'ENSP – volet établissements de soins de santé n'ont qu'une seule variable linguistique, la langue de l'interview, qui peut être analysée avec l'état de santé (limitation des activités, équilibre et maladies chroniques), les comportements (usage du tabac et consommation d'alcool ou de médicaments) et un déterminant socioéconomique (revenu).

Les enquêtes longitudinale et transversale offrent un potentiel d'analyse pour les 10 provinces canadiennes. Avec l'enquête longitudinale (2006), on peut pousser l'analyse géographique en précisant, par exemple, la région rurale (RR) ou urbaine (RU) et d'autres variables qui permettent de découper le territoire canadien (voir l'annexe A). L'analyse des francophones en situation minoritaire à ces niveaux de découpage géographique est cependant limitée, voire impossible.

3.1.1.4 Enquête sociale générale – Santé (ESG)

Les six premiers cycles de l'ESG ont été réalisés de 1986 à 1992 avec environ 10 000 répondants, nombre qui a varié d'un cycle à l'autre¹³. Ces enquêtes avaient pour but d'observer l'évolution des conditions de vie et du bien-être de la population canadienne. Elles comportent des variables linguistiques (*langue maternelle et langue parlée le plus souvent à la maison*), des variables sur quelques déterminants sociaux de la santé (âge, sexe, niveau de scolarité, statut d'emploi et revenu) ainsi que l'état de santé ou l'état émotionnel, l'utilisation des services de santé et les comportements à risques et de santé (voir l'annexe A). Les professionnels de la santé francophones peuvent être identifiés à partir du niveau de scolarité qui comprend le diplôme en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie. Comme variables géographiques, on trouve les provinces et les territoires, l'adresse postale dont le code postal, à condition que le répondant ait accepté de faire le suivi de l'enquête.

Vu les effectifs modestes de chacun des cycles, ces enquêtes offrent un potentiel limité d'analyse pour identifier les professionnels de la santé francophones en croisant les variables linguistiques et le niveau de scolarité. On ne peut toutefois pas distinguer dans quelle spécialisation ils ont été formés. Il est aussi impossible de savoir s'ils utilisent le français dans leur milieu de travail. Cependant, on peut déterminer s'ils sont capables d'offrir des services en français. De plus, des questions portent sur les conditions de travail comme source possible de problèmes de santé.

Les variables linguistiques peuvent aussi être croisées selon l'état de santé des répondants à partir des indicateurs sur l'état de santé et les limitations ainsi que les comportements tels que l'usage du tabac, la consommation d'alcool et les activités physiques. Les déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé peuvent aussi faire partie des analyses possibles.

À l'aide des variables géographiques, il est possible de préciser les analyses selon la région de résidence des répondants. Les variables linguistiques, le niveau de scolarité dans le domaine de la santé, les déterminants sociaux de la santé, les variables sur l'état de santé et les comportements à risques et de santé peuvent être croisés selon la province ou le territoire de résidence de façon assez précise grâce à l'adresse postale et au code postal du répondant lorsque celui-ci a accepté de faire le suivi de l'enquête. À noter encore une fois que la taille d'échantillon varie d'un cycle à l'autre, donc l'inférence statistique sur les CFMS est probablement limitée, voire impossible pour certains cycles.

3.1.1.5 Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle (EVMLO)

L'EVMLO réalisée avec 52 000 répondants (30 000 adultes et 22 000 enfants) en 2006-2007 vise à faciliter la compréhension de la situation actuelle des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada. Les grands thèmes touchent l'enseignement de la langue de la minorité, l'accès à différents services (comme les soins de santé) et les pratiques linguistiques à l'intérieur et à l'extérieur de la maison. L'enquête comporte plusieurs variables linguistiques (*langue maternelle, langue parlée le plus souvent à la maison, connaissance des langues officielles, compétences linguistiques, trajectoires linguistiques et dynamique linguistique familiale*). Elle comprend aussi des variables géographiques (province ou territoire, adresse postale et code postal), sociodémographiques (sexe et âge) et socioéconomiques (niveau de scolarité et revenu) (voir l'annexe A).

¹² Population de 15 ans et plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint. « Plus haut certificat, diplôme ou grade » renvoie au plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu selon une hiérarchie généralement liée au temps passé « en classe ». Dans le cas des études postsecondaires, on considère qu'un diplôme universitaire est plus élevé qu'un diplôme collégial et qu'un diplôme collégial est plus élevé qu'un diplôme d'une école de métiers. Même si certains programmes d'écoles de métiers peuvent durer aussi longtemps ou plus longtemps que certains programmes collégiaux ou universitaires, la majorité des heures des programmes de métiers est consacrée à la formation en cours d'emploi et un moins grand nombre d'heures est consacré à la formation en classe.

¹³ À partir de 1999, l'échantillon de l'ESG a été porté à 25 000 personnes.

Des analyses sont possibles entre les variables linguistiques et l'accès aux soins de santé dans la langue de la minorité, l'importance d'avoir des soins de santé dans l'une des langues officielles, l'aisance à demander des soins de santé ou des services de santé dans l'une des langues officielles et le niveau de difficulté à recevoir des services de santé dans l'une des langues officielles. Ces composantes linguistiques peuvent aussi être croisées avec des déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé. Sur le plan géographique, les dix provinces, les trois territoires et le code postal sont des variables qui peuvent être croisées avec les variables linguistiques et les réponses aux questions sur les soins et les services de santé. Il est à noter qu'aucune comparaison n'est possible avec les répondants en situation majoritaire étant donné le plan d'étude.

3.1.1.6 Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)

L'ECMS porte sur 5 000 répondants et elle a pour but de recueillir des renseignements sur la santé de la population canadienne. La collecte de données (une partie questionnaire et une partie clinique) s'est déroulée de 2007 à 2009 et la diffusion des données est prévue pour 2010. Les variables linguistiques (*langue maternelle, langue parlée le plus souvent à la maison et connaissance des langues officielles*), l'état de santé, les déterminants sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (niveau de scolarité, statut d'emploi et revenu) de la santé ainsi que les comportements à risques et de santé sont des composantes présentes dans l'ECMS (voir l'annexe A). En plus de l'état de santé et des comportements, les grands thèmes abordés sont les problèmes de santé chroniques et les relations entre parents et enfants.

Le croisement des composantes peut se faire avec les variables linguistiques et l'état de santé des répondants. Il semble toutefois très limité, si l'on veut préserver la confidentialité des répondants.

3.1.1.7 Enquête sur la santé des jeunes ontariens (ESJO)

Réalisée en 2004 avec 3 294 répondants, la deuxième enquête¹⁴ de suivi de l'ESJO a pour but d'évaluer l'incidence des expériences vécues durant la petite enfance sur la santé, la qualité de vie et le fonctionnement ultérieurs des personnes. On y trouve une variable linguistique (*langue parlée le plus souvent à la maison*) et quelques données sur les déterminants sociaux de la santé comme le niveau de scolarité, le statut d'emploi et le revenu (voir l'annexe A). Quatre grands thèmes sont abordés : la santé, l'attachement à l'emploi, la vie sociale et le rôle de parent.

Les analyses des francophones de l'ESJO sont limitées puisque la langue parlée le plus souvent à la maison est la seule variable linguistique présente. Il est à noter qu'il ne s'agit pas du meilleur indicateur pour identifier les francophones. En raison de situation familiale d'exogamie, plusieurs francophones parlent en effet l'anglais à la maison. De plus, la taille d'échantillon ne semble pas permettre des croisements valides entre la variable linguistique et les autres variables de l'enquête.

3.1.1.8 Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI)

Réalisée en 2005-2006, l'ENTSPI a pour but principal de connaître le travail et la santé du personnel infirmier. Elle porte sur 18 676 répondants et elle compte une variable linguistique (connaissance des langues officielles), une variable géographique (province ou territoire) et des déterminants sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (niveau de scolarité en soins infirmiers et revenu) de la santé (voir l'annexe A). Les grands thèmes abordés sont les études et le travail en soins infirmiers, la satisfaction et les particularités du travail en soins infirmiers, l'état de santé, les problèmes de santé chroniques, la santé mentale et les comportements à risques et de santé.

À partir de l'ENTSPI, il est possible de connaître le nombre de répondants qui peuvent offrir des services de santé en français et l'endroit où ils peuvent le faire en croisant la connaissance des langues officielles avec le niveau de scolarité en soins infirmiers et les variables géographiques. On peut aussi distinguer l'état de santé et les comportements à risques et de santé selon la connaissance des langues officielles. Plus précisément, on peut croiser la variable linguistique et l'état de santé contenant des questions sur l'autoévaluation de l'état de santé, les maladies chroniques, la taille et le poids ainsi que l'intensité de la douleur. Les comportements liés à l'usage du tabac et à la consommation d'alcool et de médicaments font partie des analyses possibles en fonction de la connaissance des langues officielles. Les croisements peuvent aussi se faire entre la variable linguistique, l'état de santé, les comportements et les déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé. L'analyse géographique est uniquement possible à l'échelle provinciale et territoriale. Pour l'analyse des CFSM, ce niveau de découpage géographique n'est toutefois pas recommandé.

3.1.1.9 Enquête sur les expériences de la maternité (EEM)

Réalisée en 2006-2007, l'EEM a porté sur 8 542 répondantes dont 21,7 % étaient de langue maternelle française (y compris les répondantes du Québec). Elle a pour but de recueillir des renseignements sur la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que sur la période postnatale. Le questionnaire ne contient qu'une seule variable linguistique (*connaissance des langues officielles*),

¹⁴ L'enquête initiale s'est déroulée en 1983 et la première enquête de suivi, en 1987.

mais il examine l'accès aux soins de santé dans l'une des langues officielles en fonction des difficultés éprouvées lors de besoins de soins de santé. Il comporte aussi des variables géographiques (province ou territoire et code postal) et des déterminants socioéconomiques de la santé (niveau de scolarité, statut d'emploi et revenu) (voir l'annexe A). Les grands thèmes abordés sont les particularités de la grossesse, le travail et l'accouchement, la naissance et les comportements à risques et de santé.

Les analyses peuvent porter sur les difficultés à recevoir des services dans la langue de la répondante et sur les déterminants socioéconomiques de la santé. La connaissance des langues officielles est une variable linguistique que l'on peut croiser avec les déterminants socioéconomiques de la santé, mais aussi avec les comportements à risques et de santé, tels que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, les procédures et les tests ainsi que la gestion de la douleur. Les dix provinces et les trois territoires de résidence de même que le code postal sont les variables qui offrent un potentiel d'analyse géographique assez précise. Cependant, l'inférence statistique sur les CFSM à ce niveau de découpage est probablement limitée.

3.1.1.10 Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)

Réalisée en 2007 avec 9 547 répondants, l'ESUTC étudie les changements liés au statut de fumeur, surtout pour les personnes âgées de 15 à 24 ans qui sont les plus à risques. Elle comporte une variable linguistique (*langue parlée le plus souvent à la maison*), des variables géographiques (province et code postal), des déterminants sociaux de la santé (âge et niveau de scolarité) et un comportement à risques, soit l'usage du tabac (voir l'annexe A). Elle aborde surtout les habitudes et les comportements liés à l'usage du tabac ainsi que les méthodes pour cesser de fumer.

Les analyses pour la population francophone peuvent être faites selon la seule variable linguistique disponible, soit la langue parlée le plus souvent à la maison, et les comportements liés à l'usage du tabac. L'âge et la scolarité sont des variables pouvant être croisées avec la variable linguistique et le comportement. L'analyse au niveau des provinces semble limitée en raison du nombre de répondants.

3.1.1.11 Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS)

Réalisée en 2001 avec 17 616 répondants, l'EASS a pour but de connaître leur expérience en ce qui concerne l'attente des services spécialisés en santé et l'accès aux services de santé de base. Les deux thèmes abordés sont le temps d'attente et l'accès à des services de santé de premier contact 24/7. L'enquête comporte une variable sur *l'accès aux soins de santé dans l'une des langues officielles* en fonction des difficultés éprouvées lors de besoins de soins de santé. Le découpage géographique se fait à partir des 10 provinces canadiennes.

L'EASS peut donner lieu à des analyses en croisant les difficultés vécues lors de besoins de soins de santé et le temps d'attente ainsi que l'accès à des services de santé de premier contact 24/7. Si les analyses portaient sur les CFSM, elles pourraient se faire en fonction de certaines provinces de résidence des répondants.

3.1.1.12 Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP)

Réalisée en 2007 avec 3 800 répondants, l'ECE-SSP a pour but d'évaluer l'expérience de la population canadienne en matière de soins de santé et d'accessibilité des services de santé. On y mentionne les difficultés à recevoir des services de santé dans l'une des langues officielles, des déterminants sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (niveau de scolarité, statut d'emploi et revenu) de la santé, et des variables géographiques (province ou territoire, ville et code postal). L'état de santé, l'utilisation et l'accessibilité des soins de santé ainsi que la confiance envers le système de santé sont les grands thèmes abordés.

L'ECE-SSP ne tient pas compte de la langue maternelle, mais elle signale l'état de santé des répondants (autoévaluation) avec une attention particulière aux maladies chroniques. Elle permet de croiser les variables sur l'état de santé et les difficultés à recevoir des services de santé dans l'une des langues officielles. Ces difficultés peuvent aussi être analysées en fonction des déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé. L'inférence statistique sur les CFSM est probablement très limitée, voire impossible pour cette enquête.

3.1.1.13 Enquête sur le milieu de travail et les employés (EMTE)

Réalisée en 2005, l'EMTE porte sur 6 159 employeurs et 16 804 employés. Elle explore les relations entre, d'une part, la compétitivité, les innovations, l'utilisation des technologies et la gestion des ressources humaines des employeurs, et, d'autre part, l'utilisation des technologies, la formation, la stabilité et les revenus des employés. L'enquête permet des analyses pour connaître l'état de santé avec la partie sur les employés. Elle comporte des variables linguistiques (*langue parlée le plus souvent à la maison et langue parlée au travail*), des variables géographiques (province, région et région rurale et urbaine), des déterminants sociaux de la santé

(âge, sexe, niveau de scolarité, formation, situation professionnelle et revenu) et de l'état de santé (voir l'annexe A). Le niveau de scolarité comprend le diplôme en médecine, en médecine dentaire ou vétérinaire, en droit, en optométrie ou en théologie et le baccalauréat en éducation. Le niveau de formation comprend santé et sécurité au travail, et protection de l'environnement.

Puisque la langue maternelle est une variable linguistique absente de l'EMTE, le potentiel d'analyse en ce qui concerne les francophones demeure limité. Toutefois, les autres variables linguistiques peuvent être croisées avec des variables sur l'état de santé telles que les limitations dues à l'état physique et à l'état mental. Le croisement des variables linguistiques et de l'état de santé est possible avec les déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé. On peut aussi le faire selon la formation, mais sans distinguer dans quelle spécialisation le répondant a été formé. Au niveau géographique, les analyses peuvent être faites par province, région, région rurale et urbaine, mais elles demeurent limitées en raison de la taille de l'échantillon.

3.1.1.14 Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)

Cette enquête du sixième cycle réalisée en 2005 avec 26 000 répondants a pour but de suivre la croissance, le bien-être, les facteurs sociaux et émotionnels ainsi que les comportements d'enfants et de jeunes canadiens, depuis la naissance jusqu'au début de l'âge adulte. Un questionnaire a également été remis aux parents. L'enquête compte des variables linguistiques (*langue maternelle, connaissance des langues officielles, langue parlée le plus souvent à la maison, langue de l'interview et langue de l'éducation*), des variables géographiques (province, région rurale et urbaine) et des déterminants sociaux de la santé (âge, sexe, niveau de scolarité, statut d'emploi et revenu) (voir l'annexe A). Elle comprend aussi des questions relatives à l'état de santé et aux comportements à risques et de santé.

L'analyse peut se faire en fonction des variables linguistiques et de l'état de santé, qui comprend l'autoévaluation de l'état de santé, la taille et le poids ainsi que les problèmes de santé. Les variables linguistiques peuvent aussi être croisées avec les comportements à risques et de santé tels que la sécurité pour l'enfant et le jeune, l'usage du tabac et la consommation d'alcool pour les parents. Les déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé peuvent être analysés en fonction des variables linguistiques, de l'état de santé et des comportements. L'analyse avec les variables géographiques est possible par province et par région rurale ou urbaine, mais elle demeure limitée si elle se concentre sur les CFSM.

3.1.1.15 Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada (ELIC)

Réalisée en 2001-2002, l'ELIC avait pour but de voir le processus d'adaptation des nouveaux immigrants à la société canadienne et les facteurs pouvant faciliter ou freiner ce processus. Cette enquête longitudinale est basée sur trois cycles qui comportent chacun 7 700 répondants. On y trouve des variables linguistiques (*langue maternelle, langue parlée le plus souvent à la maison, connaissance des langues officielles et langue de l'interview*), une variable géographique (province), des déterminants sociaux de la santé (sexe, âge, niveau de scolarité, emploi, profession, industrie et revenu) et l'état de santé (voir l'annexe A). Le niveau de scolarité comprend le diplôme en médecine, en médecine dentaire ou vétérinaire, en optométrie, en droit et en théologie. Le choix du domaine de la santé est présent pour les variables suivantes : emploi, profession et industrie.

Des analyses peuvent porter sur le niveau de scolarité en fonction des variables linguistiques. Le questionnaire de l'ELIC demande d'indiquer le niveau de scolarité atteint à l'extérieur du pays et il offre, parmi les choix de réponses, le domaine de la santé. On ne peut toutefois pas distinguer dans quelle discipline le répondant est classé. L'emploi, la profession et l'industrie dans le domaine de la santé avant de venir au Canada sont d'autres variables pouvant être analysées en fonction des variables linguistiques. Des analyses sont aussi possibles en fonction de l'état de santé, par exemple l'autoévaluation de l'état de santé, les problèmes d'ordre physique, dentaire, émotionnel, mental et médical. Le croisement peut aussi se poursuivre avec certaines caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des répondants.

3.1.1.16 Enseignement dans la langue de la minorité et dans la langue seconde – écoles primaires et secondaires indépendantes

Réalisée en 2004-2005, cette enquête de Statistique Canada a pour principal but de « collecter de l'information sur les programmes d'enseignement de langues officielles dans les écoles primaires et secondaires indépendantes ». Elle contient une variable linguistique (langue officielle de l'école), des variables géographiques se rapportant aux écoles (provinces, adresse postale et code postal) et les services de santé offerts dans les écoles (voir l'annexe A). On décrit l'école, le personnel et les personnes-ressources ainsi que les programmes de langues officielles.

Le potentiel d'analyse réside dans les variables linguistiques telles que la *langue officielle de l'école* et les services de santé offerts dans l'école. L'analyse peut se poursuivre au niveau provincial¹⁵, mais de façon plus précise grâce à l'adresse postale et au code postal. La base de données pourrait être utile pour connaître la répartition des écoles où l'on enseigne le français dans un contexte minoritaire.

3.1.2 Accès aux bases de données

Deux options s'offrent aux chercheurs désireux d'utiliser les données produites par Statistique Canada : l'accès aux bases de données maîtresses ou l'accès aux fichiers de microdonnées à grande diffusion.

L'accès aux bases de données maîtresses de Statistique Canada est en général gratuit. Le chercheur doit toutefois savoir utiliser un logiciel statistique tel que SAS, SPSS ou Stata et pouvoir se rendre à l'un des 21 Centre de données de recherche (CDR) et aux antennes des CDR de Statistique Canada. Les CDR sont répartis dans tout le pays et souvent associés à une université¹⁶. Les chercheurs intéressés à consulter les bases de données doivent présenter une proposition de recherche au CDR ou une demande au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Il est à noter que l'exploitation des bases se limite à des fins d'enseignement et de recherche. L'information qu'elles contiennent est traitée de manière confidentielle parce que l'utilisateur perspicace pourrait identifier un répondant. Cela explique pourquoi l'accès est restreint et se fait uniquement à Statistique Canada ou dans l'un de ses CDR. La diffusion des résultats obtenus par le chercheur est alors rigoureusement contrôlée.

Une deuxième option consiste à consulter les fichiers de microdonnées à grande diffusion. Les prix pour ce faire peuvent varier, mais certaines bases de données sont offertes gratuitement. Cependant, les fichiers de microdonnées constituent une version modifiée du fichier maître puisque le retrait de certaines variables-clés réduit les risques d'identification des répondants (p. ex. langue maternelle, valeurs extrêmes, suppression de répondants). La manipulation de ces données pour en tirer des statistiques nécessite également la connaissance d'un logiciel statistique reconnu. Lorsque des frais sont exigés pour l'accès aux fichiers (p. ex. l'Enquête sociale générale, Recensement), ils varient selon la taille du fichier en fonction des variables désirées. Pour obtenir plus d'information sur le contenu de chacune des bases de données, on peut consulter le site de Statistique Canada [<http://www.statcan.gc.ca>].

Les bibliothèques universitaires offrent également les données des enquêtes dans le cadre de l'Initiative de démocratisation des données (IDD). La différence avec un CDR réside dans le fait que l'IDD regroupe certaines variables, mais élimine toute information permettant d'identifier les répondants, p. ex. le code postal. Seuls les professeurs et les étudiants des établissements postsecondaires participants peuvent se prévaloir de ce service. L'Internet Data Library System (IDLS)¹⁷ de l'Université de Western Ontario possède différentes bases de données sur la santé, mais l'accès est réservé à 41 institutions d'enseignement (collèges et universités).

Outre ces modes d'accès aux sources de données, il est toujours possible de commander des tableaux personnalisés à partir des enquêtes mentionnées. Toutefois, cela entraîne des coûts variables selon la nature de la commande et exige de connaître précisément ses besoins en matière de données.

3.1.3 Capacités d'analyse requises

Pour réaliser des analyses à partir des enquêtes de Statistique Canada, on peut commander des tableaux personnalisés en format Beyond 20/20 en fonction des besoins de recherche. S'ils sont plus facilement utilisables, ces tableaux nécessitent toutefois quelques manipulations pour être présentables dans un rapport. Ils ont l'avantage de répondre à des besoins précis, ce qui exige cependant de connaître à l'avance les données exactes nécessaires. Le désavantage tient à leur prix. Si les organismes ont besoin de plusieurs tableaux durant une année, ils peuvent trouver plus profitable d'embaucher à contrat un analyste qui effectuera les analyses dans un centre de données de recherche ou une bibliothèque universitaire.

La réalisation d'analyses directement dans les bases de données de Statistique Canada demande une maîtrise des outils d'analyse quantitatifs informatiques (SPSS, STATA et SAS). Pour avoir accès aux données, les organismes non universitaires devront peut-être embaucher un analyste quantitatif. L'avantage de procéder ainsi est que cela permet de préciser et de définir les besoins en matière de données et d'analyse au fur et à mesure des sorties des tableaux. Il n'est donc pas nécessaire de connaître précisément à l'avance les types d'analyses qu'il faut effectuer.

3.2 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) offre plusieurs bases de données sur le système de santé et la santé de la population au Canada. Nous avons recensé sept bases de données sur la santé, les services de santé et les professionnels de la

¹⁵ Cette enquête s'est uniquement déroulée en Ontario, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba.

¹⁶ Pour plus d'informations, voir le site [<http://www.statcan.gc.ca/rdc-cdr/index-fra.htm>].

¹⁷ L'IDLS donne accès aux microdonnées d'enquêtes de Statistique Canada qui peuvent être reçues en format Beyond 20/20.

santé qui tiennent compte d'au moins une variable linguistique. À noter que la méthode de collecte des variables linguistiques dans les bases de l'ICIS n'est pas normalisée et qu'elle n'a fait l'objet d'aucune validation. Cela limite donc les conclusions que l'on pourrait en tirer.

3.2.1 Bases de données

3.2.1.1 Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD)

Source d'informations cliniques et administratives, le SISLD fournit des renseignements détaillés (cliniques, fonctionnels et sur les services) qui permettent d'établir les préférences, les besoins et les forces des pensionnaires. Il donne un aperçu des services que ces derniers utilisent. Mis sur pied en 2003, le SISLD ne contient que les données provenant de l'ancien système sur les maladies chroniques en Ontario (SMCO). En 2004, la Nouvelle-Écosse a fourni ses données sur les soins de longue durée. L'ICIS prévoit recevoir des soumissions de données des autres provinces et des territoires au cours des prochaines années. Le SISLD obtient des données de toutes les personnes admises dans les établissements de soins de santé qui y participent. Statistique Canada confirme qu'en 2001, 275 000 personnes ont reçu des soins de longue durée dans ces établissements. Le SISLD couvre les thèmes suivants : fonction cognitive, vision, bien-être psychosocial, continence, problèmes de santé, affections cutanées, traitements et interventions, communication et ouïe, humeur et comportement, fonction physique, diagnostic de maladies, état nutritionnel et buccodentaire, et activité. Il mentionne aussi une variable linguistique, soit la *langue que le pensionnaire parle ou comprend le mieux*, une variable géographique (code postal) et des déterminants sociaux de la santé (âge, sexe et niveau de scolarité) (voir l'annexe B).

La variable linguistique peut être analysée en fonction de l'état de santé physique et psychologique, des problèmes de santé et des comportements à risques et de santé, ce qui comprend la nutrition, les activités physiques, la médication et les traitements. Certains déterminants sociaux de la santé peuvent aussi permettre des analyses en fonction de la géographie (avec le code postal).

3.2.1.2 Système d'information sur les services à domicile (SISD)

Le SISD a été conçu pour « répondre aux besoins actuels et changeants en matière d'information sur les services à domicile servant à la prise de décisions, à la responsabilisation et à l'amélioration de la qualité sur le plan local, régional et national » (ICIS). La collecte des données s'est déroulée en 2006 pour la Colombie-Britannique et en 2006-2007 pour l'Alberta et le Yukon. Selon l'ICIS, les autres provinces et territoires vont sans doute fournir leurs données au cours des prochaines années. En Colombie-Britannique, 77 000 personnes sont admises au programme des services à domicile (service public). Statistique Canada rapporte que 43 000 à 64 000 personnes en bénéficient en Alberta et 400 à 600, au Yukon. Le SISD aborde les thèmes suivants : l'accès aux services à domicile, les mesures de la santé et de l'état fonctionnel, les résultats cliniques et le temps d'attente, la qualité des soins, le soutien informel et l'utilisation des services selon le milieu et le fournisseur. Comme variable linguistique, il précise la *langue que le client parle et comprend en tout premier lieu*. Il comprend une variable géographique (code postal) et des déterminants sociodémographiques (sexe et âge) et socioéconomique (niveau de scolarité) de la santé (voir l'annexe B).

Des analyses peuvent être réalisées à partir de la variable linguistique et de l'état de santé (physique, psychologique, problèmes de santé) ainsi qu'à l'aide de certains comportements de santé (nutrition et médication). Elles peuvent être mises en relation avec les déterminants sociaux de la santé et la variable géographique.

3.2.1.3 Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)

Le SIOSM « propose de l'information clinique, administrative et sur les ressources afin d'appuyer la planification des services de santé mentale dispensés aux patients hospitalisés dans les établissements de l'Ontario qui possèdent des lits en santé mentale pour adultes hospitalisés » (ICIS). La collecte des données, qui a débuté en 2005, a été réalisée à partir de 70 établissements¹⁸. Le SIOSM explore les antécédents de troubles mentaux, les indicateurs de l'état mental et le diagnostic psychiatrique, la consommation de médicaments, d'alcool et de drogues, les comportements excessifs, les troubles du comportement et les autres problèmes de santé, les fonctions cognitives, la communication et la vision, l'utilisation des services, les traitements et les interruptions de traitement, les relations sociales et la situation lors du congé de l'établissement. Le SIOSM comporte une variable linguistique (*langue que le patient préfère généralement utiliser dans ses communications courantes*), une variable géographique (code postal) et certains déterminants sociodémographiques de la santé (âge et sexe) (voir l'annexe C).

Des analyses peuvent donc se faire en fonction de la variable linguistique et de l'état de santé, à l'aide des indicateurs de l'état mental, des troubles du comportement et des comportements à risques et de santé comme la consommation d'alcool et de drogues, les soins personnels, la nutrition, la médication et les traitements. Les déterminants sociodémographiques de la santé et le code postal peuvent aussi faire partie des analyses.

¹⁸ L'information sur le nombre de répondants n'est pas disponible.

3.2.1.4 Registre ontarien des traumatismes (ROT)

Le ROT a pour principal but d'identifier, de décrire et de quantifier les traumatismes (blessures) en Ontario. Les données sont réparties dans trois fichiers distincts :

- 1) des diagnostics et des interventions pour toutes les hospitalisations en soins de courte durée à la suite de blessures subies en Ontario;
- 2) des données sur des patients hospitalisés à la suite d'un traumatisme grave, sur les soins préhospitaliers et hospitaliers, les résultats et le suivi de six mois;
- 3) des données sur les décès survenus en Ontario à la suite de blessures, en plus de données démographiques, les causes de décès, les détails des blessures, l'information sur les collisions impliquant un véhicule à moteur et les facteurs ayant contribué au décès (ICIS).

Réalisé de 1996 à 2004, le ROT contient des données sur l'admission et la sortie, les diagnostics, les interventions, les soins spéciaux et les indicateurs de la santé mentale¹⁹. Il compte une variable linguistique (*langue parlée*), une variable géographique (code postal) et des déterminants sociodémographiques de la santé (sexe et âge) (voir l'annexe B). La collecte des données est toujours en cours, mais l'information sur l'identité linguistique n'est plus recueillie depuis 2004 pour des raisons de confidentialité.

Le croisement des variables peut être fait selon la variable linguistique et les données présentes dans les trois fichiers mentionnés, mais aussi avec la variable géographique et les déterminants sociodémographiques de la santé.

3.2.1.5 Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)

Le SNIR a pour but principal de recueillir des données sur les clients auprès des établissements participants de réadaptation pour les adultes hospitalisés au Canada. Réalisé en 2000-2001, il renferme les données obtenues de 100 établissements situés dans 9 provinces²⁰. Il aborde les thèmes suivants : les données administratives, les caractéristiques de santé, les activités et la participation ainsi que les interventions. Le SNIR comporte la *langue maternelle* comme seule variable linguistique, mais il comprend des variables géographiques (province, région et code postal) et des déterminants sociodémographiques de la santé (âge et sexe) (voir l'annexe B).

La variable linguistique, les déterminants sociodémographiques de la santé et les questions relatives aux thèmes abordés dans le SNIR sont des données qui peuvent servir à réaliser des analyses. L'analyse géographique peut se faire par province, région et code postal. Cependant, elle est fonction du nombre de répondants francophones pour chacun de ces niveaux de découpage géographique, vu la nature transversale du plan d'échantillonnage.

3.2.1.6 Base de données médicales Scott's

La Base de données médicales Scott's, qui se nommait antérieurement la base de données médicales Southam (BDMS), fournit de l'information sur le nombre, la répartition et la migration des médecins canadiens. Mise à jour chaque année, elle existe depuis 1980²¹. Les thèmes abordés sont la spécialité, l'intérêt principal, le statut d'activité, le statut de l'inscription, l'affiliation et la nomination à un hôpital ainsi que le pays, l'école et l'année d'obtention du diplôme en médecine. La base de données ne comporte pas de variable linguistique précise, mais elle indique *la langue dans laquelle le médecin veut recevoir sa correspondance*. On y trouve aussi des variables géographiques (province ou territoire, code postal, type d'adresse professionnelle et pays du diplôme en médecine), des déterminants sociodémographiques de la santé (sexe et âge) et plusieurs questions sur la profession du répondant (voir l'annexe B).

Des analyses peuvent être menées en fonction de la variable linguistique, des déterminants sociodémographiques de la santé et des variables géographiques. Elles peuvent aussi être faites avec la profession, par exemple la catégorie de médecin, la spécialité médicale, le principal intérêt médical, etc. (voir l'annexe B).

3.2.1.7 Base de données sur les physiothérapeutes (BDPT)

La BDPT a pour but principal d'offrir l'accès à des informations ainsi qu'à des rapports comparatifs et normalisés sur les caractéristiques démographiques et géographiques, la formation et les conditions d'emploi des physiothérapeutes au Canada. Réalisée en 2007-2008, elle contient des éléments qui touchent essentiellement la profession de la physiothérapie²². *La connaissance des langues officielles* est la seule variable linguistique qu'elle renferme. On y trouve toutefois des variables géographiques (province²³, pays et province d'inscription, code postal du lieu d'emploi) et des déterminants sociaux de la santé (âge, sexe, niveau de scolarité, statut d'emploi et emploi actuel).

¹⁹ L'information sur le nombre de répondants n'est pas disponible.

²⁰ L'information sur le nombre de répondants n'est pas disponible.

²¹ L'information sur le nombre de répondants n'est pas disponible.

²² L'information sur le nombre de répondants n'est pas disponible.

²³ Les territoires n'ont pas fait partie de l'enquête.

Les analyses peuvent être réalisées à partir de la connaissance des langues officielles et de toutes les questions sur la profession et le parcours professionnel des répondants. Les déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé peuvent aussi donner lieu à des analyses. Au niveau géographique, le parcours professionnel peut être analysé grâce au pays et à la province d'inscription actuels et antérieurs.

3.2.2 Accès aux bases de données

L'accès aux bases de données de l'ICIS est payant et il se fait à partir d'un fichier de microdonnées que prépare l'ICIS selon les besoins du chercheur. L'ICIS n'autorise que les chercheurs ayant un projet de recherche bien établi. Habituellement, il demande une revue par les pairs et une revue par un comité d'éthique. Il suffit de remplir un formulaire de demande. On peut consulter les bases répertoriées dans la présente section sur son site Web [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f]. L'ICIS fournit aussi, pour chacune d'elles, le courriel des personnes-ressources [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=contact_f]. Enfin, il offre les données en différents formats dont les plus courants sont SPSS et Excel.

3.3 Patrimoine canadien

Patrimoine canadien a pour but de promouvoir, entre autres, la culture et les langues officielles. Il a fait plusieurs analyses en matière de santé à partir des données de Statistique Canada et de certaines enquêtes internes. Seulement trois enquêtes traitent des professionnels de la santé et tiennent compte des variables linguistiques (voir l'annexe C). Il faut noter que, depuis 2005, Patrimoine canadien inclut dans toutes ses enquêtes une question qui a été validée afin d'identifier les répondants issus des CFMS : « Peu importe toute autre langue que vous parlez, considérez-vous l'anglais ou le français comme votre première ou principale langue officielle ? » La généralisation des résultats à l'échelle provinciale est fonction du nombre total de répondants et elle varie donc d'une enquête à l'autre.

3.3.1 Bases de données

3.3.1.1 Profils des communautés de langue officielle en situation minoritaire

Les profils des communautés de langue officielle en situation minoritaire offrent un survol des données pour les provinces et les régions économiques au Canada sous l'angle des langues officielles. Ces tableaux personnalisés faits à partir des données du recensement de Statistique Canada tiennent compte des dix provinces et des trois territoires ainsi que des déterminants sociaux de la santé tels que le sexe, le niveau de formation et la profession. Ils mentionnent aussi la majorité et la minorité, en d'autres mots la langue maternelle des deux groupes linguistiques. Par rapport à la formation et à la profession, les tableaux précisent les domaines d'études et d'emploi où l'on trouve, comme choix, la santé (voir l'annexe C).

Puisque les tableaux sont déjà personnalisés, le potentiel d'analyse des bases de données est limité. Ils peuvent toutefois être consultés afin d'avoir un aperçu des professionnels de la santé qui sont francophones. Certains croisements entre les variables demeurent aussi possibles.

3.3.1.2 Recensement de 2001 : Langue et professionnels de la santé selon les régions sociosanitaires et les provinces/territoires

Cette base de données disponible en format Beyond 20/20 est un sous-ensemble des données du Recensement de 2001. Elle contient des variables linguistiques telles que *la langue maternelle, la langue de travail, la connaissance des langues officielles et la première langue officielle parlée*. Au niveau géographique, elle offre des informations sur les provinces ou territoires et les régions sociosanitaires. De plus, elle présente certains déterminants sociaux de la santé (âge, sexe et profession en santé) (voir l'annexe C).

Les variables linguistiques peuvent être croisées avec la profession (la base de données comporte 22 choix de professions dans le domaine de la santé). Le croisement peut se poursuivre avec les déterminants sociaux de la santé, mais aussi en comparant les provinces, les territoires et les régions sociosanitaires.

3.3.1.3 Attitudes et perceptions à l'égard des langues officielles du Canada

Patrimoine canadien a utilisé les données de l'Enquête sur les attitudes et perceptions à l'égard des langues officielles du Canada. Menée par GPC International, l'enquête de 2002 comptait 3 154 répondants canadiens dont 2 002 vivant en situation minoritaire (1 138 francophones hors Québec) et 1 152 vivant en situation majoritaire. Réalisée par le Centre de recherche Décima, l'enquête de 2006 comptait 3 332 répondants dont 2 073 vivant en situation minoritaire (1 506 francophones hors Québec) et 1 259 vivant

en situation majoritaire. Les thèmes abordés sont l'éducation des membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire, l'apprentissage de la langue seconde, la coopération et la coordination intergouvernementales, l'aide au développement communautaire, la promotion de la dualité linguistique, les services au public et la participation publique. On trouve aussi des questions sur les services de santé, la langue (*langue maternelle, langue parlée le plus souvent à la maison et connaissance des langues officielles*), la géographie (province ou territoire et code postal) et des déterminants sociaux de la santé (sexe, statut d'emploi et revenu) (voir l'annexe C).

Les analyses peuvent être entreprises à partir de divers éléments : les variables linguistiques et les questions sur les services de santé comportant la satisfaction par rapport à la langue des soins de santé et des services sociaux; les changements en matière de langues officielles dans l'accessibilité des soins de santé et des services sociaux; les mesures d'organisation des soins de santé et des services sociaux afin de servir les intérêts des anglophones et des francophones. Les déterminants sociaux de la santé et les variables géographiques font aussi partie des analyses possibles avec les variables linguistiques et les services de santé.

3.3.2 Accès aux bases de données

L'accès aux bases de données de Patrimoine canadien est gratuit. L'utilisateur doit toutefois signer une entente écrite avec le ministère. Patrimoine canadien ne partage ces données ni pour des fins commerciales ni pour la distribution sur Internet. Il peut fournir les bases de données en format Beyond 20/20 et une partie de celles-ci en format Excel.

3.4 Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada

Au moment de rédiger notre rapport, nous n'avions pu établir aucun contact fructueux avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Cependant, selon la personne approchée à Santé Canada, aucune des bases de données que gère le ministère (autres que les bases communes avec Statistique Canada comme l'ESCC) ne contenait des variables linguistiques pouvant servir à l'identification des CFSM. Elle croyait qu'il en était de même pour les bases de données administratives de l'ASPC. Les personnes intéressées à poursuivre cette recherche sont invitées à consulter le *Répertoire des sources de données et des activités de surveillance fédérales, provinciales et territoriales portant sur l'hygiène du milieu et du travail*. Cette publication de Santé Canada, parue en 2004, répertorie toutes les bases de données que gère ou finance le ministère (et, maintenant, l'ASPC) et elle donne une brève description de chacune. On ne mentionne pas la collecte d'information concernant les variables linguistiques, mais cela ne signifie pas que celles-ci n'existent pas. Il faudrait communiquer avec les personnes-ressources de chaque base de données afin de vérifier ce qu'il en est. Les thèmes abordés sont, en général, la qualité de l'air et de l'eau, le cancer, les contaminants de l'environnement et des aliments, la sécurité des produits, les polluants du sol, les pesticides, les matières dangereuses, les lieux contaminés, les maladies infectieuses, la santé respiratoire, la santé et sécurité au travail, les intoxications, l'environnement général et autres. Il est possible de consulter la version de 2004 sur le site Web de Santé Canada [www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/eval/inventory-repertoire/index-fra.php].

3.5 Ministères provinciaux et autres organismes gouvernementaux

À partir des contacts établis avec différents ministères et organismes des provinces ou territoires, nous avons obtenu certaines informations sur des enquêtes en santé tenant compte des variables linguistiques. Il existe également des répertoires des services bilingues et des professionnels bilingues de la santé. Toutefois, seulement cinq bases de données sur la santé comportent des variables linguistiques dans les provinces et les territoires au Canada (voir l'annexe D).

3.5.1 Bases de données

3.5.1.1 Sondage national auprès des médecins (SNM)

Effectué en 2007 par le Collège des médecins de famille du Canada, le SNM a pour but de produire une base de données complète qui documente ce que font tous les médecins du pays dans l'exercice de leur profession en réponse aux besoins de santé de la population canadienne, leurs intérêts personnels et leurs plans de carrière. La base de données doit aussi englober les perspectives et les intentions de pratique des médecins de demain [www.cfpc.ca]. En tout, 19 239 répondants ont participé au sondage. La variable linguistique est la *langue parlée avec le médecin*; les variables géographiques sont la province des études universitaires et la province ou le territoire de résidence. Les déterminants sociaux de la santé sont l'âge, le sexe, le milieu de travail, le niveau de scolarité et le revenu.

Il est possible d'avoir accès aux bases de données en remplissant un formulaire sur le site du Collège des médecins de famille du Canada. Les bases de données sont offertes en différents formats et les frais varient selon la nature de la demande. Des croisements peuvent être faits entre les variables linguistiques et les questions touchant le milieu de travail et la pratique du médecin de famille. Les déterminants sociaux de la santé et les variables linguistiques peuvent aussi faire partie des analyses.

3.5.1.2 Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS)

Le Secrétariat à la santé et au développement social de l'Assemblée des Premières Nations a réalisé l'ERS, qui doit se faire tous les quatre ans. Cette enquête comprend deux phases : la première a été menée en 2002-2003 (avec 22 602 répondants dans 238 communautés²⁴) et la deuxième, en 2007-2008. Elle a pour but de recueillir des renseignements sur la santé et le bien-être des Premières Nations. Des questionnaires ayant pour thèmes principaux la santé et les services de santé visaient les adultes, les jeunes et les enfants. Les variables linguistiques sont *la langue parlée le plus souvent tous les jours, la langue comprise et la langue parlée*. Les variables géographiques sont les communautés des Premières Nations ainsi que la province et le territoire. Il y a aussi des déterminants sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (niveau de scolarité et revenu) de la santé.

Il est possible d'obtenir des bases de données aux fins de recherche en soumettant une demande aux personnes-ressources de l'ERS. Pour de plus amples informations, on peut consulter le site Web [\[www.rhs-ers.ca\]](http://www.rhs-ers.ca). Les bases de données sont offertes en différents formats et les coûts varient selon la demande. Les variables linguistiques peuvent être croisées avec l'état de santé (autoévaluation de l'état de santé, taille et poids, maladies chroniques, blessures et limitations des activités). Elles peuvent être croisées avec les comportements de santé comme la nutrition et les activités physiques, mais aussi avec les soins à domicile et les services de santé. Des analyses sont possibles à partir des déterminants sociaux de la santé et des variables géographiques, mais elles peuvent être limitées pour certaines provinces si elles portent sur les CFSM.

3.5.1.3 Analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé

Le rapport en question du ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick a été préparé par Fujitsu Conseil (Canada) Inc. et réalisé en novembre 2002. Il avait pour but de présenter une analyse de 27 professions de la santé et un inventaire de la main-d'œuvre actuelle dans cette province²⁵. Il a mis en évidence les pénuries pour l'ensemble de la main-d'œuvre. L'enquête s'est déroulée avec 1 200 employeurs du secteur privé; les questions portaient surtout sur la description de l'employeur et les données de l'offre. Elle comportait deux variables linguistiques (*compétences linguistiques et langue de préférence du questionnaire*), une variable géographique (régions sanitaires), des déterminants sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (niveau de scolarité, statut d'emploi et secteur d'emploi) de la santé (voir l'annexe D).

Le rapport offre des tableaux personnalisés selon la profession de la santé (sciences sociales, professionnels de la réadaptation, groupes techniques, groupes infirmiers, groupes dentaires et autres professions), la Régie régionale de la santé au Nouveau-Brunswick et les compétences linguistiques. Les données brutes étant confidentielles, il est impossible de faire des analyses personnelles. Le ministère provincial de la Santé prévoit avoir terminé une base de données confidentielle sur les professionnels de la santé d'ici deux ans. Pour y avoir accès, il faudra obtenir l'autorisation d'associations professionnelles.

3.5.1.4 Médicentre Saint-Jean – Analyse des besoins spécifiques de la communauté francophone de Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)

Le document de travail en question a été réalisé pour les responsables de l'Unité de promotion de la santé Médicentre Saint-Jean. Publié en juin 2006, il a pour but de connaître les ressources disponibles, les défis et les besoins de la population de Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick, afin d'agir sur les déterminants de la santé pour améliorer l'état de santé. À partir des informations fournies par 165 répondants, l'analyse examine l'utilisation des services de santé, le style de vie, l'amélioration de l'état de santé, la santé cardiaque, l'exercice, le tabagisme, la santé sexuelle et les suggestions de programmes. Elle comporte des variables linguistiques telles que *la langue parlée le plus souvent à la maison, la langue maternelle et le bilinguisme du médecin ou de l'infirmière praticienne*²⁶. Elle comprend aussi une variable géographique (lieu de résidence), des déterminants sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (niveau de scolarité et revenu) de la santé (voir l'annexe D).

Le document de Médicentre Saint-Jean n'offre qu'une compilation des données du sondage en tableaux personnalisés. Toutefois, il est possible d'obtenir les formulaires originaux et le fichier Excel de la transcription des questionnaires.

²⁴ Comprend neuf provinces et deux territoires, mais exclut l'Île-du-Prince-Édouard et le Nunavut.

²⁵ Les données brutes de cette étude sont confidentielles.

²⁶ La question posée dans le questionnaire est : « Avez-vous un médecin ou une infirmière praticienne bilingue ? »

3.5.1.5 Aging in Manitoba (AIM, Manitoba)

L'AIM est une enquête longitudinale qu'a réalisée le département des sciences de santé communautaire de l'Université du Manitoba. Les six collectes de données se sont déroulées entre 1971 et 2001 avec des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage privé ou en établissement. L'échantillon varie de 1 000 à 4 000 répondants selon les années. L'enquête avait pour but de recueillir de l'information sur les thèmes suivants : situation sociodémographique, psychologique, physique, mentale et économique, état de santé, activités et loisirs, réseaux de soins et de soutien, et utilisation des services. Elle comprend une variable linguistique (*langue de l'interview*), des variables géographiques (code postal, région et province) et des déterminants sociodémographiques (âge et sexe) et socioéconomique (revenu) de la santé. Le potentiel d'inférence statistique paraît cependant limité à l'ensemble de la province, vu les petites tailles d'échantillon de chaque collecte.

Les bases de données de l'enquête sont accessibles en remplissant un contrat de confidentialité avec l'AIM et peuvent être reçues en format SPSS. À partir de cette enquête, il est possible de faire des analyses en fonction des variables linguistiques et des problèmes de santé (vue, ouïe, cœur, etc.) ainsi que des comportements à risques et de santé comme les activités physiques et la consommation d'alcool. Les analyses peuvent aussi être faites avec les déterminants sociaux de la santé et les variables géographiques.

3.5.2 Informations complémentaires

En Nouvelle-Écosse, quelques rapports ont traité des services de santé en français. Cependant, il n'existe pas de bases de données sur l'état de santé des communautés francophones en situation minoritaire qui tiendraient compte des variables linguistiques. Le Service de santé en langue française du ministère provincial de la Santé veut toutefois entreprendre ce genre d'enquête dans un proche avenir.

Pour l'Île-du-Prince-Édouard, il existe des bases de données sur l'état de santé et l'utilisation des services de santé, mais celles-ci ne tiennent pas compte des variables linguistiques. Il y a toutefois un partenariat entre le ministère de la Santé et le Réseau des services de santé en français afin, entre autres, d'identifier les besoins et les priorités de la population francophone en matière de santé, et de tenter de trouver des solutions viables.

En ce qui concerne Terre-Neuve-et-Labrador, un plan d'action pour la prestation des services de santé primaires en français a été publié. Il n'existe toutefois aucune base de données faisant un lien entre la santé et les variables linguistiques pour cette province.

Pour l'Ontario, l'utilisation des données sur la santé se fait à partir des recensements de Statistique Canada. Un document interne sur les professionnels de la santé et les ressources humaines incluant des variables linguistiques est prévu pour 2009.

Pour l'Ouest canadien, il n'y a pas de bases de données qui fournissent des informations spécifiques sur la santé des francophones en Alberta ou qui tiennent compte de la langue. Pour le Manitoba, l'utilisation des données sur la santé se fait surtout à partir des recensements de Statistique Canada. Quant à la Saskatchewan, à l'Alberta et à la Colombie-Britannique, il n'existe pas de bases de données sur la santé qui tiennent compte des variables linguistiques.

Quant aux territoires, il y a peu de recherches sur l'état de santé des francophones au Yukon et les bases de données sur la santé ne tiennent pas compte des variables linguistiques. Pour les Territoires du Nord-Ouest, il n'existe pas de base de données sur la santé qui comportent des variables linguistiques. Toutefois, le ministère de la Santé et des Services sociaux se réunit régulièrement pour discuter des besoins des francophones en matière de santé tout en se basant sur les recensements de Statistique Canada. Pour le Nunavut, il n'y a pas de bases de données sur la santé qui comptent des variables linguistiques.

3.5.3 Répertoires des services bilingues

Divers répertoires des services bilingues sont accessibles dans Internet. La région métropolitaine de recensement de Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick, offre un tel répertoire qui permet d'exécuter une recherche par ordre alphabétique [www.lebottin.org/]. La grande région de Fredericton dispose aussi d'un répertoire des professionnels francophones de la santé et des services de santé [www.franco-fredericton.com/sante/repertoire.htm]. La recherche peut se faire selon les spécialités (médecine générale, physiothérapie, etc.), la région, les services (hôpitaux, santé physique, etc.), le nom du professionnel ou de l'organisme.

Le Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard a créé un répertoire en ligne des intervenants bilingues qui offrent des services de santé et des services sociaux [www.santeipe.ca/resultat.cfm?page=107]. Ce répertoire permet de faire une recherche selon la région et les professionnels de la santé (secteurs privé et public) pouvant offrir des services bilingues.

La Nouvelle-Écosse possède aussi ce type de répertoire en ligne, mais il porte plutôt sur les fournisseurs de soins de santé primaires francophones. La recherche se fait selon la région et la profession [www.gov.ns.ca/health/frhcp/].

Offert en ligne, le répertoire des fournisseurs de services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador permet de faire une recherche par nom, par région ou par secteur [<http://www.francoatl.ca/FichiersUpload/Documents/20071024reperoiresservicessante-francaistnl.pdf>]. Il donne aussi la possibilité au nouveau professionnel de la santé d'y faire inscrire son nom en remplissant un questionnaire où il doit indiquer son niveau de français.

Le Réseau santé albertain offre un répertoire d'intervenants en santé classés par profession, spécialité et critère géographique que l'on peut consulter en ligne [www.reseausantealbertain.ca/fmi/xsl/intervenants_fr/findrecords.xsl?-view]. De plus, il offre un répertoire des ressources en matière de santé qui permet la recherche par mots-clés.

Le Partenariat communauté en santé (PCS) du Yukon tient un répertoire, à inscription volontaire, des professionnels de la santé bilingues dans les secteurs privé, public et communautaire. Il publie le répertoire une fois par année dans le journal francophone *L'Aurore boréale*. Chaque année, il produit aussi une version papier du répertoire des services de santé en français (en collaboration avec l'Association franco-yukonnaise). Offert également en ligne, ce répertoire permet la recherche par région, nom de l'entreprise ou mots-clés [www.repertoiresante.ca/?page=recherche&t=yu].

4 REVUE DE LA LITTÉRATURE (1995-2008)

Dans cette section, nous présentons une recension d'études et d'analyses secondaires des bases de données qui nous ont paru les plus importantes sur les questions de santé des CFSM. Notre recherche documentaire concerne les publications présentant des statistiques tirées des bases de données administratives et d'enquêtes colligées uniquement pour les Canadiens et Canadiennes.

Nous avons ainsi constaté que l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO) et les cycles de recensement sont les sources les plus utilisées dans la littérature qui traite des CFSM et qui se fonde sur les bases de données administratives ou d'enquêtes. Nous avons remarqué que de plus en plus de chercheurs utilisent des algorithmes de variables linguistiques plutôt qu'une seule de ces variables pour identifier les répondants francophones (Marmen et Delisle, 2003; Legault, 2005; Bouchard *et al.*, 2009), surtout dans la littérature des cinq dernières années. Lorsqu'une seule variable est utilisée, la langue maternelle et la langue parlée le plus souvent à la maison ou la connaissance des langues officielles sont les plus fréquentes. À la suite des entrevues menées pour rédiger notre rapport (voir la section 5 pour plus de détails), nous savons maintenant que les bases de données du Recensement et des Enquêtes sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC tous cycles confondus) sont très populaires auprès des provinces pour documenter l'état de santé des CFSM.

Toutefois, le cadre d'échantillonnage des populations francophones étudiées varie passablement d'une recherche à l'autre. Selon la définition de francophone utilisée, certaines études incluent le Québec dans l'ensemble canadien-français, p. ex. les études de Kopec *et al.* (2000; 2001). Cependant, il ne faut pas oublier que le concept de minorité linguistique est relativement récent. Un autre facteur relié à la définition de la population francophone concerne l'inclusion ou non d'immigrants ou de répondants se déclarant bilingues. Il s'agit d'éléments à prendre en considération lors de la comparaison des résultats de différentes études. Nous discuterons d'autres problèmes techniques, obstacles et enjeux reliés plus directement à l'exploitation des bases de données administratives ou d'enquêtes à la section 5.1.

Trois grandes études d'importance composent le corpus de connaissances sur la santé en situation linguistique minoritaire : les deux études du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) du ministère de la Santé de l'Ontario dirigées par Louise Picard (Picard, 2000; Picard et Allaire, 2005); l'étude menée sous la direction de Léandre Desjardins sur la santé au Nouveau-Brunswick (2003); et les études de Louise Bouchard sur les déterminants de la santé en situation minoritaire (2002; 2005a; 2005b; 2009).

La première étude de l'équipe de santé publique de Sudbury et district constitue la première enquête d'envergure sur la santé à l'échelle de l'Ontario. L'enquête sur la santé en Ontario (ESO) 1996-1997 (rendue possible par une demande de suréchantillonnage de la province à Statistique Canada) et le recensement canadien de 1996 sont les sources principales de données pour les analyses du *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (Picard, 2000). Dans ce rapport, la définition de francophone est établie à partir de la variable *langue maternelle*. Outre la publication de ce rapport, les comptes-rendus de ces analyses ont fait l'objet d'un numéro spécial de la revue *Reflets* (vol. 5, n° 2, 1999). Les principaux résultats montrent que la population francophone de l'Ontario est plus âgée et moins scolarisée; a un revenu inférieur à la moyenne provinciale; se perçoit en moins bonne santé; ressent davantage de limitations dans ses activités quotidiennes; adopte un style de vie plus nuisible à la santé en termes de tabagisme, de consommation d'alcool et de diète. On note également que les jeunes adopteraient des comportements plus à risques en matière de sexualité. Les auteurs avancent le rôle important des déterminants sociaux et des conditions de vie comme facteur explicatif de ce portrait de santé (Picard et Hébert, 1999).

Au Nouveau-Brunswick, Léandre Desjardins a établi, en 2003, un portrait statistique de l'état de santé de la population francophone dans une grande étude produite par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick (SAANB). Cette étude a été commandée pour donner suite à l'étude effectuée par Jean-Bernard Robichaud et pour établir des comparaisons temporelles (1985). Les données provenaient des bases administratives de santé de la province et des recensements de 1996. L'auteur examine les taux de mortalité et d'hospitalisation, la qualité et les habitudes de vie, et certains déterminants sociaux tels que le chômage, la criminalité et l'alcoolisme. Il conclut que si l'état de santé des francophones s'est amélioré depuis 1985, certaines régions continuent de présenter des indicateurs plus défavorables à la santé ainsi que des défaillances notables en termes d'infrastructure et d'équipements hospitaliers (c'est notamment le cas des régions de Campbellton et de Miramichi). Des disparités prononcées entre le nord et le sud de la province en ce qui a trait au ratio médecin/population ont été relevées. La recherche fait également état des difficultés à documenter la population francophone en raison de la rareté des données. L'auteur expose aussi les transformations du système de santé au Nouveau-Brunswick et recommande la création d'un *Observatoire de la santé des francophones* (Desjardins, 2003).

Les travaux de Louise Bouchard sur les déterminants de la santé en situation minoritaire ont été réalisés grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada. Ils représentent les premiers efforts de modélisation de la situation linguistique minoritaire en tant que déterminant de la santé à l'échelle canadienne. Les analyses secondaires de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC cycles 1.1 et 2.1) effectuées par l'équipe de recherche permettent, d'une part, de confirmer les observations des études antérieures, mais cette fois-ci à l'échelle canadienne et, d'autre part, d'objectiver une relation entre la situation linguistique minoritaire et la mauvaise santé perçue (2005a; 2005b; 2009). Avec le soutien de l'équipe de modélisation de la santé de Statistique Canada, l'équipe de Louise Bouchard a conceptualisé un algorithme permettant de sélectionner la population à travers un filtre de quatre variables présentes dans l'ESCC. Pour l'équipe de recherche, il s'avérait important de déterminer la population en capturant tous les locuteurs francophones, qu'ils soient de souche ou nouvellement arrivés au pays. En combinant plusieurs cycles de l'ESCC, les analyses permettent d'obtenir des résultats plus robustes et d'établir des comparaisons intraprovinciales et interprovinciales. La base de données ainsi constituée permet de nombreuses analyses de sous-groupes de la population, comme le projet de thèse de maîtrise de Valérie Bourbonnais sur la santé des aînés francophones de l'Ontario (2007; 2009).

Nous devons également souligner les travaux de Corbeil *et al.* (2007). Pour la première fois au Canada, les auteurs ont consacré une enquête et un rapport complet à la vitalité des communautés canadiennes en situation minoritaire, y compris les anglophones du Québec. Les résultats du rapport, comme ils l'annoncent eux-mêmes, sont largement descriptifs. Il faut cependant souligner le grand potentiel d'analyses secondaires qu'offrira cette enquête postcensitaire.

Même si la question n'est pas directement liée aux objectifs de notre rapport, nous jugeons important de souligner la contribution d'études documentant l'état de santé des CFMS au moyen d'initiatives locales et provinciales de collecte de données. Parmi celles-ci, l'étude de Zunzunegui *et al.* (2004) portait sur les réseaux sociaux de communautés de personnes âgées francophones du Québec et du Nouveau-Brunswick. Des comparaisons statistiques n'ont pas pu être établies entre les deux communautés en raison du plan d'étude, mais les répondants du Nouveau-Brunswick semblent rapporter une meilleure santé que leurs homologues québécois. L'étude conclut également que l'association entre l'état de santé et les réseaux et supports sociaux se définit de façon différente selon les populations et les cultures. Toujours pour le Nouveau-Brunswick, le rapport de l'Unité de promotion de la santé de Saint-Jean (Médicentre Saint-Jean, 2006) fait état d'une étude sur les besoins spécifiques de la communauté francophone où l'on recense les ressources disponibles et les programmes pressentis comme prioritaires pour un meilleur accès à des services de soins de santé en français. De plus, les études de Sanmartin *et al.* (2002; 2004) documentent les obstacles à l'accès aux soins de santé. Ces deux rapports utilisaient les données de l'Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS) ainsi qu'un supplément à l'ESCC de 2000-2001 et de 2003. Les auteurs n'ont pas pu identifier la langue comme obstacle important à l'accès aux soins de santé. Compte tenu de la taille de l'échantillon des deux enquêtes (environ 17 000 et 36 000 répondants pour chacun des cycles, la proportion de francophones n'étant pas mentionnée), il est bon de s'interroger sur la représentativité des CFMS, donc sur la possibilité de généraliser les résultats obtenus à ces communautés.

Du côté de la littérature sur les professionnels de la santé, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) a dressé un profil linguistique des professionnels de la province (2005). Néanmoins, au moment d'écrire notre rapport, elle mentionnait devoir poursuivre sa collecte de données afin de mieux déterminer les besoins en ressources humaines francophones dans le domaine de la santé. Pour l'Ontario, le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario a mené une étude afin de répertorier les programmes de formation en santé offerts en français dans la province. Son rapport aborde aussi la pénurie de professionnels de la santé francophones dans l'Est ontarien. Il donne donc un aperçu des besoins provinciaux en matière de services de santé en français.

Par ailleurs, la plupart des études sur les professionnels de la santé ne tiennent pas compte des variables linguistiques. Nous avons cependant noté l'ouvrage de l'Institut canadien d'information sur la santé (2007) qui traite de la répartition et de la migration interne de certains corps professionnels de la santé à partir de la Base de données médicales Scott's. Cette base utilise la variable de la langue de correspondance préférée des médecins, ce qui ne permet pas de distinguer la langue maternelle ni la langue parlée au travail. Pareillement, l'ouvrage de Marmen et Delisle (2003) rédigé à partir du recensement de 2001 de Statistique Canada examine la langue parlée au travail par les professionnels de la santé. De même, l'ouvrage d'Allen *et al.* (2006) de Statistique Canada aborde la formation des professionnels de la santé en tenant compte de la langue maternelle et de la langue dans laquelle ils ont été formés.

Enfin, bien que le présent rapport ne se prête pas au recensement des études de type qualitatif, nous avons noté que quelques-unes des études sélectionnées ici proposaient aussi des résultats de type qualitatif. Entre autres, les résultats de Boudreau (1999) dressent un portrait unique de l'expérience de 22 francophones vivant en situation minoritaire qui sont aux prises ou ont été aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'étude de Bouchard et Cardinal (1999) offre également une exploration plus approfondie de l'accès aux services de santé en français dans certaines villes de l'ouest, du centre et du nord de l'Ontario pour 24 participantes francophones vivant en situation minoritaire. En raison de leur méthodologie qui diffère de celle des études quantitatives répertoriées ici, les résultats des études qualitatives peuvent jeter une lumière intéressante sur les résultats des publications présentées dans les deux prochaines sections.

En résumé, l'éventail des travaux où les auteurs ont utilisé les bases de données administratives et d'enquêtes est relativement restreint. Ce constat suggère une faible utilisation de ces bases, notamment celles de Statistique Canada qui proposent une vaste gamme de données sur les CFSM. L'annexe F présente un résumé de la littérature sur les CFSM et leurs professionnels de la santé qui se rapportent de façon directe aux renseignements tirés des bases de données administratives et d'enquêtes. Pour chaque étude, nous signalons l'auteur(s), la date de publication, la ou les bases de données utilisées ainsi que la ou les variables linguistiques utilisées. Nous notons aussi les défis techniques rapportés par les auteurs, que nous reprenons plus en détail dans la section 5.

5 SYNTHÈSE DES DÉFIS SCIENTIFIQUES ET DES ENJEUX POUR LA RECHERCHE SUR LES CFSM

Dans cette section, nous présentons un sommaire des défis techniques et des enjeux pour la recherche sur la santé des CFSM qui exploite les bases de données administratives et d'enquêtes. Pour le rédiger, nous nous sommes d'abord inspiré du contenu des articles et des rapports décrits à la section 3. Nous avons aussi repris les informations tirées des entrevues réalisées avec des personnes-ressources qui sont responsables de collecter ou susceptibles d'utiliser les données administratives et d'enquêtes. Pour ce faire, nous avons pris contact avec elles par courriel, puis nous avons fait un suivi téléphonique ou en personne si cela s'avérait nécessaire pour documenter le rapport.

Personnes-ressources approchées (courriel ou entrevue)	
Nom	Organisme fédéral
Caroline DaSilva	Agence de la santé publique du Canada
Jean-Marie Berthelot	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Jean-Pierre Corbeil	Statistique Canada
Marcel Dubois	Santé Canada
William Floch	Patrimoine canadien
Organisme provincial	
Annie Bédard	Conseil Communautés en Santé, Manitoba
Amélie Lombard	Ministère de la Santé, Nouvelle-Écosse
France Roussel	Office de coordination des affaires francophones (OCAF), Saskatchewan
Jean-Louis Bouchard	Ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick
Jean-Paul Ngana	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario
Luc Therrien	Réseau santé albertain, Alberta
Richard Loiselle	Santé et Vie Saine, Manitoba
Sandra St-Laurent	Partenariat communauté en santé, Francophone Health Network, Yukon

5.1 Défis scientifiques et enjeux pour la recherche sur les CFSM

Notre revue de la littérature et nos entrevues avec des personnes-ressources nous ont permis d'identifier six défis scientifiques et enjeux :

- a. L'absence d'une variable linguistique (autre que la langue de l'entrevue) dans les bases de données administratives et d'enquêtes sur la santé.
- b. Le manque d'harmonisation des variables linguistiques dans les diverses bases de données administratives et d'enquêtes, ainsi que l'absence de variables utiles à l'analyse de la santé dans les tronc communs d'enquête pour toutes les provinces.
- c. La taille d'échantillon des CFSM dans les bases de données d'enquêtes souvent trop petite pour établir des statistiques précises et valides, surtout au niveau des régions sociosanitaires.
- d. L'absence de variables sur la langue de communication avec le professionnel de la santé dans plusieurs bases de données.
- e. Le coût prohibitif et la complexité du suréchantillonnage des CFSM dans les bases de données d'enquêtes, surtout dans certaines provinces.
- f. L'isolement des chercheurs et des gestionnaires de santé et des bases de données, et le manque de ressources dans les provinces pour l'exploitation des données sur les CFSM.

Nous examinerons maintenant tour à tour ces défis et ces enjeux en nous appuyant sur les points marquants des entrevues.

ABSENCE D'UNE VARIABLE LINGUISTIQUE

La majorité des personnes interrogées a déploré l'absence d'une variable linguistique dans les bases de données administratives. Ces bases ont un potentiel d'exploitation intéressant pour la planification des services de soins de santé puisqu'elles amassent de l'information sur la population canadienne de façon systématique. De plus, elles comblent un biais attribuable aux données d'enquêtes qui ne couvrent généralement pas la population en institution (par exemple, hospitalisée). En ce moment, la majorité de ces bases de données peut, au mieux, être utilisée avec des variables servant de variables approximatives pour localiser les CFSM dans leur province; cela diminue grandement la validité des statistiques utilisées. Une autre option consiste à recourir uniquement à la langue de l'entrevue pour identifier les CFSM. Bien que cette variable puisse fournir des pistes pour identifier les CFSM, elle est insuffisante au plan analytique.

Lorsque les variables linguistiques sont disponibles, comme dans certaines bases de données de l'ICIS, la validité de ces variables et de leur méthode de collecte parfois indirecte est remise en question (information fournie par le professionnel de la santé plutôt que question posée au prestataire) puisque l'information obtenue n'a jamais fait l'objet d'une vérification approfondie. Donc, ces variables ne permettraient pas en ce moment d'identifier avec efficacité et certitude les francophones inclus dans ces bases de données.

Le problème s'étend aux bases de données d'enquêtes. Certains organismes responsables de collecter des données administratives et d'enquêtes (par exemple l'ICIS, Statistique Canada, Santé Canada ou l'Agence de la santé publique du Canada) n'ont pas de pouvoirs législatifs. En d'autres mots, leur responsabilité se limite à inviter les principaux acteurs à définir le contenu de la base de données et à collecter ensuite les données. Selon l'article 41 de la Loi sur les langues officielles (Gouvernement du Canada, 1988), il incombe (par obligation juridique) aux institutions fédérales de veiller à ce que soient prises des mesures positives pour favoriser l'épanouissement et le développement des communautés de langue officielle minoritaire. Il est important de noter que l'ICIS n'est pas un organisme fédéral, mais une organisation non gouvernementale (ONG); les dispositions de la Loi sur les langues officielles ne s'appliquent donc pas à l'ICIS. Il revient au comité de décideurs ou décideurs-payeurs (par exemple les gouvernements provinciaux ou les équipes spéciales au sein des ministères) de choisir les variables incluses dans les bases de données. C'est donc vers eux que l'on devrait orienter les requêtes d'ajout de variables linguistiques. Au-delà de la sensibilisation à la situation des CFSM, le temps accordé à l'administration des questionnaires, le coût associé à la collecte de données supplémentaires et les thèmes sur lesquels les décideurs souhaitent amasser de l'information demeurent des enjeux importants et complexes lors du choix du contenu final des enquêtes.

Avant d'envisager l'ajout d'une ou de plusieurs variables linguistiques dans les bases de données administratives, il faudra se pencher sur la nature de la variable linguistique. Veut-on connaître la capacité d'expression en français du répondant ou sa préférence linguistique lorsqu'il reçoit des soins de santé ? L'ajout d'une telle variable n'a qu'un faible impact sur les soins reçus

en situation d'urgence et les soins hospitaliers aigus, comparativement aux soins offerts à domicile, lors d'un suivi médical ou pour les maladies chroniques, par exemple. Il revient donc aux gestionnaires et aux chercheurs de s'entendre sur ce qui serait le plus approprié. Dans le cas des bases de données d'enquêtes, il faudra se demander quelle variable permet de mieux déterminer l'identité francophone d'un répondant.

Lors de nos entrevues, l'ICIS et certains représentants provinciaux ont aussi mentionné que l'ethnicité avait parfois priorité sur la notion de langue officielle pour les décideurs gouvernementaux et régionaux qui font le choix de l'information colligée dans les bases de données. Dans certaines régions du Canada, l'ethnicité n'est pas toujours fortement corrélée à la variable linguistique. L'argumentaire sur l'utilité d'inclure une nouvelle composante linguistique devra démontrer à ces décideurs une réflexion sur ce point et sur la valeur ajoutée qui compense le fardeau supplémentaire de cette collecte.

Enfin, il faut noter le contexte très politisé des services de santé au Canada. En effet, ces services sont de compétence provinciale et territoriale. Certaines personnes interrogées ont mentionné la difficulté de traiter la collecte des données d'un point de vue national et/ou intraprovincial lorsque les services sont principalement gérés à un niveau d'administration inférieur (provincial et territorial, par région sociosanitaire ou un autre groupement intraprovincial). Cela complexifie le processus décisionnel, vu la diversité des objectifs à atteindre et des priorités des décideurs responsables du développement et de la collecte des données. Cela entraîne parfois un manque de cohésion quant au contenu des outils de collecte de données, un point traité ci-dessous.

MANQUE D'HARMONISATION DES VARIABLES LINGUISTIQUES

Nous avons noté à plusieurs reprises dans la littérature une mention du manque d'harmonisation des variables linguistiques dans les bases de données administratives et d'enquêtes. Comme nous l'avons rapporté dans la section 4, nous avons ainsi recensé au moins quatre variables linguistiques fondamentales : langue maternelle ou langue apprise et encore comprise; connaissance des langues officielles; langue parlée le plus souvent à la maison; et langue parlée au travail (pour les bases de données sur les professionnels de la santé). S'ajoutent à cette liste les variables dérivées de ces quatre variables ainsi qu'une série de variables propres à certaines enquêtes qui renferment de l'information sur la langue de l'interview et la langue de préférence pour l'interview. De plus, les chercheurs ont maintenant de plus en plus fréquemment recours à des algorithmes utilisant plusieurs de ces variables pour identifier les répondants des CFSM. Comme nous l'avons mentionné, plusieurs définitions basées sur l'effectif en fonction de la variable sélectionnée sont possibles et elles rendent très complexe le processus de comparaison des résultats des différentes études puisque la variable linguistique choisie détermine la population à l'étude (Forgues et Landry, 2006).

À cet effet, un comité consultatif composé de gestionnaires de Statistique Canada travaille depuis quelques années à harmoniser les variables linguistiques collectées dans les différentes enquêtes. L'objectif principal est d'arriver à s'entendre sur un libellé de la question linguistique (et d'autres variables) qui pourra s'arrimer aux questions linguistiques posées dans des enquêtes menées sur la scène internationale afin d'assurer une certaine comparabilité des mesures. Le projet en question devra d'abord être approuvé par le Comité des normes et méthodes de Statistique Canada, mais il pourra un jour faciliter la comparaison des résultats interenquêtes sur les CFSM. Il pourrait aussi aider les personnes intéressées à la recherche sur les CFSM en ce qui concerne la définition du locuteur francophone à des fins statistiques et une meilleure compréhension de la composition du groupe puisque nos entrevues montrent que l'on s'interroge encore sur ce problème d'identification linguistique.

Sur ce point, les chercheurs s'entendent pour dire que la présence de plusieurs variables linguistiques lors de la collecte des données permet de cerner certaines composantes de l'identité linguistique ou des pratiques linguistiques (par exemple la langue parlée le plus souvent à la maison ou au travail). Bien que le fait d'avoir plusieurs variables linguistiques vienne enrichir la recherche sur les CFSM, nos entrevues montrent qu'il est parfois impossible d'en inclure plusieurs dans une enquête pour des raisons de temps et de coûts. Il serait donc opportun de tendre vers l'utilisation d'une ou de quelques variables d'une enquête à l'autre pour assurer la comparabilité des résultats entre les bases de données, mais aussi dans une perspective longitudinale.

TAILLE D'ÉCHANTILLON TROP PETITE

Comme le rapportent plusieurs articles et rapports, les chercheurs se butent fréquemment à de petites tailles d'échantillon des CFSM dans les bases de données d'enquêtes. Cette situation limite souvent les analyses statistiques à plan complexe et même parfois l'utilisation de certaines variables dans les profils descriptifs des CFSM pour des raisons de confidentialité et de validité

des résultats. Le problème est d'autant plus présent lorsqu'on essaie de tirer des conclusions pour des provinces où les francophones minoritaires sont présents en faible proportion ou de répartir les résultats des enquêtes au niveau des régions sociosanitaires. Les représentants provinciaux que nous avons consultés ont aussi souligné le manque de données longitudinales et de processus d'enquête constant pour les CFSM.

Cet obstacle a également été mentionné lors des entrevues avec certains gestionnaires. Les représentants du Yukon et du Manitoba ont notamment décrié ce problème qui limite la planification adéquate des services de santé offerts à leur population. Ils ont soulevé des arguments uniques et pertinents qui pourraient justifier une collecte de données plus exhaustive de leur population francophone.

Le territoire du Yukon présente une structure sociodémographique unique. En effet, il subit une rotation d'environ 40 % de sa population tous les cinq ans. De plus, selon les statistiques recueillies ou les études pilotes menées dans cette région, les habitants qui souffrent de problèmes de santé aigus ou chroniques choisissent souvent de partir s'établir en Colombie-Britannique ou en Alberta où ils pourront recevoir des soins plus appropriés. S'ajoute à cela le fait que les territoires canadiens sont parfois exclus des compilations de données canadiennes sur la santé. Pour les CFSM, ces phénomènes ont pour répercussions : 1) d'empêcher des études longitudinales ou de cohorte; 2) de complexifier le calcul de la morbidité et de la mortalité du territoire. Ces éléments rendent extrêmement difficile l'obtention de statistiques fiables sur les communautés franco-yukonnaises et la comparaison de leur état de santé avec celui de leurs homologues anglophones. Les gestionnaires observent que la population yukonnaise fait face à des problèmes de santé reliés à une consommation excessive ou régulière d'alcool et de substances illicites ainsi qu'à la vie dans un contexte nordique. Ils ne peuvent toutefois, en ce moment, documenter la situation des CFSM ni, par conséquent, établir une planification adéquate des services pour contrer ces problèmes. Lorsqu'ils soulignent aux instances politiques le besoin d'obtenir de meilleures statistiques sur cette population, leurs demandes donnent lieu à peu de suivi, voire à aucun. On leur recommande parfois d'utiliser les statistiques tirées des provinces environnantes ou des populations autochtones, ce qui démontre le manque de sensibilisation aux problèmes des CFSM propres au Yukon. Quoiqu'il en soit, il faut garder en tête que les francophones des trois territoires canadiens représentent uniquement environ 0,2 % des CFSM. La collecte de données pour cette région pourrait donc représenter des coûts très élevés pour une petite portion de citoyens. Cependant, cela ne remet pas en cause le manque ni le besoin d'informations sur cette population.

Au Manitoba, les raisons justifiant une collecte de données de meilleure qualité pour les CFSM sont très différentes. En 2006, à la suite d'une initiative de la communauté francophone, le gouvernement provincial a en effet injecté des fonds pour stimuler l'immigration de francophones. Cette volonté d'agrandir la communauté francophone aura pour effet d'augmenter de près de 5 % la population immigrante francophone (Manitoba Labour and Immigration, 2006). Ces immigrants, surtout de provenance internationale, ont des besoins de santé différents de la population actuelle. La situation nécessite donc une planification des services de soins de santé plus élaborée et orientée vers ces nouveaux arrivants francophones; une planification qui sera, il va sans dire, laborieuse vu le manque de données sur les communautés francomanitobaines. Un autre enjeu spécifique concerne la répartition des Offices régionaux de santé (ORS) à l'intérieur de la province. En effet, chacun des 11 ORS (dont 7 bilingues) peut, s'il le désire, collecter des données sur les francophones dénombrés sur son territoire. Il le fait toutefois de façon autonome et indépendante des autres ORS. Comme chaque ORS n'a pas les mêmes priorités par rapport aux CFSM, une collecte supplémentaire de données devient complexe et coûteuse pour celui qui souhaiterait le faire, comme ce fut le cas il y a quelques années au niveau provincial.

Afin d'augmenter les échantillons et de dresser des portraits provinciaux des francophones, rappelons qu'il est possible de combiner plusieurs cycles de certaines enquêtes transversales de Statistique Canada (p. ex. l'ESCC). Cette technique s'avère une solution fructueuse, mais elle nécessite certaines procédures de validation.

ABSENCE DE LA LANGUE DE COMMUNICATION AVEC LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

L'absence de la langue de communication entre le patient et le professionnel de la santé est souvent soulignée dans la littérature. Certains gestionnaires interrogés l'ont aussi dénoncée. L'impact principal de cette omission touchent la planification des services et la recherche puisque la relation qui unit la concordance linguistique entre patient et professionnel de la santé et l'impact sur la santé demeure méconnue. Or, la question de la langue de préférence avec le professionnel de la santé revêt probablement autant d'intérêt. Cependant, il faut concevoir qu'elle n'a peut-être pas la priorité dans les bases de données administratives, vu les enjeux de temps et de collecte d'information énumérés dans le présent rapport.

À noter qu'un CD-ROM sur les langues officielles (Portrait des communautés de langue officielle au Canada, Recensement de 2006) permet de remédier à ce problème et d'accroître la recherche dans ce domaine. Dans le cadre de la Feuille de route sur la dualité linguistique 2008-2013, Santé Canada a demandé à Statistique Canada un portrait des professionnels de la santé pouvant desservir, dans leur langue, les CLOSM. Dans ce contexte, vient d'être publié un cahier sur l'état des lieux des professionnels de la santé et les minorités de langue officielle (Blaser, 2009).

COÛT PROHIBITIF ET COMPLEXITÉ DU SURÉCHANTILLONNAGE

Plusieurs personnes interrogées, surtout au niveau provincial, ont mentionné le coût prohibitif du suréchantillonnage des CFSM dans les bases de données d'enquêtes. Conjugués aux ressources limitées de certains organismes provinciaux, ces coûts (qui varient de 100 \$ à 400 \$ par répondant supplémentaire) empêchent la commande de données supplémentaires. Pourtant, ces données seraient utiles, surtout lorsque l'information sur les CFSM est requise par région. À noter que seule l'ESCC de Statistique Canada peut fournir de l'information exacte selon les régions sociosanitaires pour la population canadienne en général, mais sans distinction linguistique.

Du côté des organismes fédéraux, rappelons que Statistique Canada n'a pas la capacité de financer ces enquêtes et doit donc s'en remettre aux ministères-clients provinciaux, territoriaux et nationaux pour payer les coûts du suréchantillonnage des CFSM, le cas échéant. Cette technique particulière permet d'échantillonner dans une proportion plus élevée une sous-population de la population à l'étude. Cette initiative s'est révélée très ardue dans le passé, car ce ne sont pas tous les ministères ni tous les comités d'experts-conseils qui voient la nécessité d'ajouter une question linguistique aux enquêtes qu'ils appuient financièrement ou de financer un suréchantillonnage des CFSM. D'autres thèmes ou priorités font parfois obstacle à cet appui. Cependant, il est à noter que la Loi sur les langues officielles représente un levier à tout le moins idéologique (par opposition à financier) pour la collecte de données sur les CFSM. Rappelons que les amendements des articles 41 et 43 obligent juridiquement les institutions à prendre des mesures positives pour remplir leur engagement à veiller à ce que le français et l'anglais aient un statut égal (Gouvernement du Canada, 2005).

Patrimoine canadien a aussi mentionné les coûts élevés nécessaires à l'identification des répondants issus des CFSM lorsqu'un cadre d'enquête exhaustif (p. ex. le recensement) n'est pas disponible. En effet, lors des deux enquêtes sur les attitudes et perceptions à l'égard des langues officielles au Canada, la firme embauchée devait, dans certaines régions, faire environ 200 appels téléphoniques pour rejoindre un francophone. Le ministère s'est donc maintenant doté d'un système d'identification des francophones selon les lieux connus de résidence des CFSM. Cette méthode peut entraîner un certain biais de sélection (si la probabilité de sélection ne peut être déterminée pour chacun des répondants de l'enquête), mais elle permet de diminuer les frais associés à l'identification de répondants francophones.

ISOLEMENT ET MANQUE DE RESSOURCES DANS LES PROVINCES

Parallèlement à l'enjeu précédent, quelques représentants des provinces ont fait état du manque de ressources pour exploiter à leur plein potentiel les bases de données administratives et d'enquêtes. Outre le manque de fonds, ils ont rapporté qu'il leur était difficile de trouver et de négocier l'aide technique nécessaire pour analyser les données. Ils ont aussi mentionné qu'il était difficile d'identifier quels documents ou rapports gouvernementaux étaient disponibles ou de déterminer ce qui avait été fait jusqu'à maintenant sur les CFSM.

Nos entrevues ont fait ressortir l'isolement de certains chercheurs et gestionnaires. Nos répondants s'étonnaient parfois du manque de communication, qui pouvait mener au doublement des efforts de recherche, donc à une perte de temps pour arriver à atteindre des objectifs communs. Il semble que la mise en place d'un plus grand éventail d'activités de transfert de connaissances serait bénéfique afin d'assurer une meilleure exploitation des bases de données ainsi qu'une maximisation du potentiel de diffusion et d'impact des recherches sur les CFSM.

En terminant, un autre obstacle mérite d'être mentionné. La revue de la littérature sur l'état de santé des CFSM est composée en grande partie d'une littérature non indexée (dite grise). Il s'agit de documents difficilement repérables par les moteurs de recherche typiques (par exemple OVID). D'une part, cette littérature plus souvent publiée dans des revues francophones est faiblement représentée dans les grandes bases de données servant à la recherche de littérature révisée par les pairs. D'autre part, presque la moitié de la littérature sur les CFSM est publiée sous forme de rapports gouvernementaux qui ne sont pas indexés, sauf parfois dans les archives de ces organismes publics. La difficulté d'accès aux données et le faible nombre de chercheurs dans

ce domaine particulier contribuent à limiter la production scientifique. De plus, il faut souligner que la reconnaissance par les pairs, passant de plus en plus par la publication en anglais, oblige les chercheurs francophones à publier en anglais. Cette particularité fait en sorte que la recherche de documents sur la santé des CFSM peut être biaisée du fait que les études publiées en anglais ou dans une revue savante sont plus susceptibles d'être recensées par une recherche superficielle. Les individus ou les organismes intéressés à poursuivre la recherche sur les CFSM doivent être conscients de cette difficulté supplémentaire lors de la compilation de documents reliés à leur question de recherche ou d'intérêt.

5.2 Pistes de solution et opportunités

Notre investigation a permis d'apporter quelques pistes de solution pour faciliter la collecte de données sur les CFSM. Nous discutons maintenant de ces pistes et de ces opportunités.

Du côté de Statistique Canada, un comité directeur travaille à bâtir le « fichier maître » qui contiendra les données sociodémographiques de toute la population canadienne. Ce fichier servira de cadre d'échantillonnage pour les enquêtes futures. Il identifiera chacun des résidents canadiens de façon unique, ce qui permettra par la suite de l'apparier à n'importe quelle base de données, donc de connaître les données sociodémographiques du répondant. Des pourparlers sont en cours pour ajouter une variable linguistique à ce fichier qui devrait voir le jour d'ici au maximum cinq ans.

Statistique Canada, moyennant l'autorisation des provinces, pourrait apparier les données du recensement ou certaines de ses enquêtes aux bases de données administratives d'intérêt de l'ICIS. Cette initiative a déjà été mise en œuvre avec succès dans le passé. De cette façon, il serait possible : 1) de valider l'exactitude des variables linguistiques déjà comprises dans les bases de données de l'ICIS; 2) d'ajouter une variable linguistique aux bases de données qui ne collectent pas cette information, donc de décupler le nombre de bases dont on pourrait tirer de l'information sur les CFSM.

Une troisième piste de solution envisageable serait pour l'ICIS d'obtenir des provinces l'information sur la langue des prestataires inscrits au régime d'assurance-maladie et d'ajouter cette information aux collectes de données en cours.

Cependant, ces initiatives soulèvent des enjeux majeurs de confidentialité et de protection de la vie privée. Les méthodes d'appariement de données sont également coûteuses et parfois très complexes d'un point de vue méthodologique, comme le prouvent les travaux entrepris en ce sens à Statistique Canada. Puisque l'étude des déterminants de la santé exige une multitude de variables de différentes sources, certains chercheurs ont tenté le couplage de données afin d'établir des plans plus complexes d'analyse, à l'instar du projet d'appariement du recensement et des fichiers de soins de santé du Manitoba (Houle et al., 1996). Bien qu'elle soulève un enjeu majeur d'invasion de la vie privée des Canadiens et Canadiennes, cette méthode constitue néanmoins, de l'avis du statisticien en chef, une « source d'information statistique précieuse » que l'intérêt public peut justifier (Fellegi, 2000).

Enfin, il faut se rappeler que les registres d'assurance-maladie sont de compétence provinciale, donc qu'il faudrait convaincre chaque province de la valeur ajoutée d'un tel projet d'envergure. À ce sujet, l'Alberta étudie en ce moment la possibilité d'ajouter une variable linguistique à la base de données du plan de santé provincial. Puisqu'elle est renouvelable tous les trois ans, cette base pourrait être achevée et utilisable dans un court laps de temps. Tout comme pour le fichier maître de Statistique Canada, la décision d'inclure une variable linguistique – et si oui, laquelle ? – n'a pas encore été prise. S'il voit le jour, le projet devrait débuter en 2009. Le Nouveau-Brunswick envisage aussi un projet similaire. Au moment d'écrire notre rapport, il semble qu'il en soit encore au stade de la discussion.

6 CONCLUSION

En conclusion de notre investigation, il ressort qu'un bon nombre de bases de données incluant des variables linguistiques sont disponibles pour l'étude des communautés francophones en situation minoritaire (CFSM). Cela dit, elles demeurent extrêmement limitées au plan analytique, car elles ne permettent pas d'analyses poussées des déterminants de la santé, y compris les états de santé, l'utilisation et la disponibilité des services dans la langue de la minorité. Notre investigation a permis de voir le potentiel d'analyse des professionnels de la santé, de l'état de santé, des déterminants de la santé et des besoins en services de santé des CFSM. Nous avons ainsi remarqué que les bases de données proviennent en majeure partie de Statistique Canada. À l'aide de ces enquêtes, certaines analyses peuvent être menées sur l'état de santé, les comportements et les styles de vie, l'utilisation des services ainsi que les déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé en fonction de variables linguistiques

et géographiques. Cependant, nous avons dû scruter près d'une centaine de bases de données afin de dresser une liste de celles contenant au moins une variable linguistique. Cela démontre qu'il y aurait encore de multiples opportunités à exploiter pour arriver à obtenir un portrait mieux défini des CFSM. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que la taille d'échantillon des CFSM dans les bases de données étudiées est souvent limitée.

La plupart des enquêtes recensées incluent de nombreux déterminants de la santé, mais, vu la nature de leur construction, elles ne se prêtent pas toujours facilement à une conceptualisation contextuelle de la santé et encore moins pour des populations particulières aux faibles effectifs. De plus, l'étude des professionnels de la santé en fonction de la langue officielle minoritaire accuse une faille encore plus importante. Outre l'étude très récente de Blaser (2009), l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI) comprend des informations sur la connaissance des langues officielles. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) offre deux bases de données sur les professionnels de la santé qui comptent des variables linguistiques. La première, la Base de données médicales Scott's, ne permet pas de déterminer avec exactitude les professionnels francophones puisque la seule variable linguistique utilisée est la langue dans laquelle le médecin veut recevoir sa correspondance. La seconde, la Base de données sur les physiothérapeutes (BDPT), comporte de l'information sur la connaissance des langues officielles; elle permet donc de préciser si le professionnel de la santé (ici le physiothérapeute) peut offrir des services en français. En ce qui concerne les provinces et les territoires, peu d'enquêtes sur la santé comprennent des variables linguistiques. Le Sondage national auprès des médecins (SNM) donne la possibilité de déterminer si le professionnel de la santé peut offrir des services en français grâce à la variable de la langue parlée avec le médecin. Les répertoires des services bilingues dans les provinces ne sont pas des bases de données spécialisées, mais ils donnent un aperçu des professionnels de la santé pouvant offrir des services en français dans différentes régions au Canada.

D'autres bases de données qui ne portent pas uniquement sur les professionnels de la santé comportent des caractéristiques socioéconomiques, par exemple le niveau de scolarité et la profession de la santé. C'est le cas de diverses bases de Statistique Canada. Ainsi, les recensements permettent d'identifier les professionnels dans le domaine de la santé. L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur le milieu de travail et les employés (EMTE) permettent de déterminer les professionnels de la santé pouvant offrir des services en français. L'Enquête sociale générale (ESG) et l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) permettent de distinguer les professionnels de la santé francophones, mais ceux-ci sont représentés par de très faibles nombres; cela limite fortement l'utilisation de ces deux bases de données. Également, le dernier CD-ROM de 2009 des Langues officielles, créé à partir du recensement de 2006, permet certains croisements de données sociodémographiques et professionnelles.

Nous avons également noté un manque d'harmonisation des variables linguistiques parmi les bases de données administratives et d'enquêtes, ce qui a un impact important sur la comparabilité entre différentes bases et parfois à l'intérieur d'une même base lorsque les informations sont collectées de façon longitudinale. Notre revue de la littérature a fait ressortir plus de six façons d'identifier les CFSM, en plus des algorithmes créés par les chercheurs. Elle a aussi démontré de plus en plus clairement un différentiel de santé en défaveur des CFSM par rapport aux anglophones majoritaires, même si ces deux communautés partagent le profil de certains déterminants de la santé. Des études à plan complexe plus poussées semblent jeter de la lumière sur cette association entre la situation minoritaire et un état de santé moins favorable des CFSM, mais elles doivent être approfondies. De toute évidence, l'accès à des sources de données fiables et robustes constitue le principal défi pour la recherche. Par ailleurs, nous constatons que les bases de données actuelles (malgré certaines limites dues à leur plan d'échantillonnage et à leur contenu) sont encore très peu exploitées par les chercheurs, les gestionnaires de données et les planificateurs de services.

Enfin, les entrevues menées avec 13 répondants concernés par la collecte d'information ou préoccupés par l'étude des CFSM nous ont permis d'identifier six défis et enjeux, présents ou futurs, lors de l'exploitation des bases de données administratives et d'enquêtes pour étudier l'état de santé des CFSM :

- 1) L'absence d'une variable linguistique (autre que la langue de l'entrevue) dans les bases de données administratives et d'enquêtes.
- 2) Le manque d'harmonisation des variables linguistiques dans les bases de données administratives et d'enquêtes, donc dans la littérature sur les CFSM.
- 3) L'absence de la langue de communication avec le professionnel de la santé dans plusieurs bases de données.
- 4) La taille d'échantillon des CFSM dans les bases de données d'enquêtes souvent trop petite pour établir des statistiques précises et valides, surtout au niveau des régions sociosanitaires.
- 5) Le coût prohibitif et la complexité du suréchantillonnage des CFSM dans les bases de données d'enquêtes.
- 6) L'isolement et le manque de ressources dans les provinces pour l'exploitation des données sur les CFSM.

En terminant, certaines des stratégies qui nous ont été suggérées pourraient être mises en place (ou à tout le moins consolidées) afin de surmonter ces obstacles. On pourrait ainsi favoriser l'exploitation des données et maximiser la recherche sur les CFSM. Il semble important de poursuivre la discussion en vue de mettre sur pied un comité de travail composé de chercheurs, de gestionnaires de données et de planificateurs de services de santé pour trouver des mesures positives qui permettraient l'étude approfondie de la santé des CFSM. Parmi les stratégies à envisager, soulignons les diverses possibilités de couplage des données de santé provinciales avec les recensements. Ces initiatives renforceraient la capacité de recherche et l'accès à des données de qualité sur les CFSM. Un autre grand obstacle à l'exploitation judicieuse des bases de données demeure le manque de ressources financières pour entreprendre de tels travaux. À cet égard, l'injection de fonds pour l'analyse des données existantes pourrait grandement stimuler la recherche sur les CFSM et ainsi maximiser les sommes déjà déboursées pour la collecte de ces données.

Notre mandat pour ce rapport était de documenter la situation de l'exploitation des bases de données administratives et d'enquêtes permettant l'étude de la santé des CFSM. Par conséquent, nous n'avons pas relevé toutes les bases de données qui ne satisfaisaient pas à ces critères. Une étude plus exhaustive des enquêtes menées à plus petite échelle par des instituts universitaires ou des programmes d'évaluation offrirait un complément d'information pertinent afin d'évaluer pleinement la capacité de recherche et l'information utile pour améliorer l'état de santé des CFSM.

7 ANNEXE A : Bases de données administrées par Statistique Canada

Statistique Canada					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFSM
Recensements – Échantillon 20 %; tous les 5 ans (dernière collecte en 2006)	- Langue maternelle - Connaissance des langues officielles - Première langue officielle parlée - Langue parlée le plus souvent à la maison	- Comté - Région - Code postal	Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé	- Titres scolaires au niveau postsecondaire selon le principal domaine d'études - Population active totale de 15 ans et plus selon la profession - Population active totale de 15 ans et plus selon l'industrie	S.O.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) cycle x.1 – enquête générale; collecte biennale entre 2000 et 2007, annuelle depuis 2007	- Langue maternelle - Connaissance des langues officielles - Langue parlée le plus souvent à la maison - Langue de l'interview - Langue de préférence de l'interview - Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	- Province ou territoire - Région sociosanitaire - Circonscription électorale fédérale - Division de recensement - Région métropolitaine de recensement - Secteur de dénombrement - Aire de diffusion - Ontario District Health Council	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Blessures - Bien-être psychologique - Utilisation des soins et des services de santé et de santé mentale - Habitudes de vie	S.O.	- Fusion de plusieurs vagues nécessaires pour obtenir des statistiques pour certaines provinces et/ou variables - Achat de variables possible pour les provinces ou les régions sociosanitaires, donc inconstance de la base de données intracycle et intercycles
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) cycle x.2 – enquête à thème; collecte biennale depuis 2002	- Langue maternelle - Connaissance des langues officielles - Langue parlée le plus souvent à la maison - Langue de l'interview - Langue de préférence de l'interview - Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	- Province ou territoire - Région sociosanitaire - Circonscription électorale fédérale - Division de recensement - Région métropolitaine de recensement - Secteur de dénombrement - Ontario District Health Council	Enquête sur un échantillon différent et plus restreint de l'ESCC cycle x.1 qui aborde des thèmes différents à chaque enquête : 2002 : Nutrition 2004 : Santé mentale et bien-être 2006 : Vieillesse en santé 2008 : Stigmatisation et discrimination en santé mentale	S.O.	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse au niveau des régions sociosanitaires et autres - Achat de variables possible pour les provinces ou les régions sociosanitaires, donc inconstance de la base de données intracycle - Échantillon limité à une population de 15 ans et plus pour certains cycles

Statistique Canada					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFSM
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Forces canadiennes; 2003	- Langue parlée le plus souvent à la maison - Connaissance des langues officielles - Langue de préférence de l'interview - Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	Province ou territoire	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Habitudes de vie - Dépistage - Consommation de médicaments	S.O.	Possibilité probablement nulle de tirer des statistiques sur les CFSM
Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP) – volet ménages (transversal); collecte biennale de 1994 à 1999	- Langue parlée le plus souvent à la maison - Connaissance des langues officielles - Langue de l'interview - Langue de préférence de l'interview - Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	Province	- État de santé - Nutrition - Utilisation des services et santé, médecine préventive et consommation de médicaments - Limitation des activités et problèmes de santé chroniques - Blessures - Habitudes de vie - Santé mentale	S.O.	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse au niveau des régions sociosanitaires et autres - Achat de variables possible pour les provinces ou régions sociosanitaires, donc inconstance de la base de données intracycle et intercycles
Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP) – volet ménages (longitudinal); collecte biennale depuis 1994-1995	- Langue parlée le plus souvent à la maison - Connaissance des langues officielles - Langue de l'interview - Langue de préférence de l'interview - Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	- Province - Division de recensement - Région métropolitaine de recensement - Circonscription électorale fédérale - Code postal	- État de santé - Nutrition - Utilisation des services et santé, médecine préventive et consommation de médicaments - Limitation des activités et problèmes de santé chroniques - Blessure - Habitudes de vie - Santé mentale	Niveau de scolarité le plus élevé (Domaines de formation en médecine, en médecine dentaire ou vétérinaire et en optométrie)	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse au niveau des régions sociosanitaires et autres - Achat de variables possible pour les provinces ou les régions sociosanitaires, donc inconstance de la base de données au niveau interprovincial
Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP) – volet établissements de soins de santé (longitudinal); de 1994 à 2003	Cycles 1 et 2 - Langue maternelle - Connaissance des langues officielles Cycles 3, 4 et 5 - Langue de l'interview	S.O.	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Limitation des activités - Habitudes de vie - Consommation de médicaments - Maladies chroniques	S.O.	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM - Achat de variables possible pour les provinces ou régions sociosanitaires, donc inconstance de la base de données au niveau interprovincial
Enquête sociale générale (ESG); collecte annuelle depuis 1985	- Langue maternelle - Langue parlée le plus souvent à la maison	- Province - Coordonnées personnelles si le répondant désire faire le suivi	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - Accès aux services de soins de santé - Habitudes de vie - La santé était le thème des cycles de 1985 et de 1991. Pour les suivants, les données sur la santé, les habitudes de vie et l'utilisation des services de santé sont plutôt limitées (p. ex. cycle 17 sur le capital social en lien avec l'état de santé).	Niveau de scolarité le plus élevé (Domaines de formation en médecine, en médecine dentaire ou vétérinaire et en optométrie)	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM - Échantillon limité à une population de 15 ans et plus

Statistique Canada					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFSM
Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle (EVMLO); collecte unique en 2006	- Langue maternelle - Langue parlée le plus souvent à la maison - Connaissance des langues officielles - Compétences linguistiques - Trajectoires linguistiques - Dynamique linguistique familiale - Accès aux soins dans la langue de la minorité - Importance d'avoir des soins dans l'une des langues officielles - Aisance à demander des soins ou services dans l'une des langues officielles - Difficulté à recevoir des services de santé dans l'une des langues officielles	- Province ou territoire - Adresse postale - Code postal	- Autoévaluation de la santé - Accès et utilisation des soins de santé - Réseaux sociaux, appartenance identitaire et participation communautaire - Mobilité géographique - Activité économique - Vécu familial et communautaire - Scolarisation	S.O.	Structure du plan d'étude ne permettant pas la comparaison avec les populations issues des majorités linguistiques
Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS); 2007-2009	- Langue maternelle - Langue parlée le plus souvent à la maison - Connaissance des langues officielles	Province	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Indice de l'état de santé - Maladies chroniques - Santé buccodentaire - Habitudes de vie, y compris la consommation de drogues illicites	S.O.	Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM
Enquête sur la santé des jeunes en Ontario (ESJO); collecte unique en 2004	Langue parlée le plus souvent à la maison	S.O.	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Limitations physiques ou émotionnelles des activités physiques ou sociales - Problèmes de santé chroniques - Blessures - Habitudes de vie	S.O.	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM - Échantillon de jeunes de 8 à 20 ans
Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI); collecte unique en 2005-2006	Connaissance des langues officielles	Province ou territoire	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Maladies chroniques - Intensité de la douleur - Habitudes de vie	Niveau de scolarité	Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM au niveau provincial

Statistique Canada					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFSM
Enquête sur les expériences de la maternité (EEM); collecte unique en 2006-2007	- Connaissance des langues officielles - Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	- Province ou territoire - Code postal	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - Habitudes de vie - Procédures et tests - Gestion de la douleur	S.O.	Effectif trop petit pour permettre l'analyse des CFSM au niveau provincial et limité pour l'ensemble de la population
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC); collecte unique en 2007	Langue parlée le plus souvent à la maison	- Province - Code postal	Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé	S.O.	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM au niveau provincial et limité pour l'ensemble de la population - Échantillon limité à une population de 15 à 24 ans
Enquête sur l'accès aux services de santé (EASS); collecte unique en 2001	Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	Province	S.O.	S.O.	- Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM au niveau provincial - Échantillon limité à une population de 15 ans et plus
Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP); collecte unique en 2007	Difficultés à recevoir des services dans l'une des langues officielles	- Province ou territoire - Code postal	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Maladies chroniques	S.O.	Possibilité probablement nulle de tirer des statistiques pour les CFSM
Enquête sur le milieu de travail et les employés (EMTE); collecte unique en 2005	- Langue parlée le plus souvent à la maison - Langue parlée au travail	Province	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - Limitation de l'état physique ou mental	- Niveau de scolarité le plus élevé (formation en médecine, médecine dentaire ou vétérinaire, optométrie, droit, théologie ou éducation) - Formation (choix : santé et sécurité au travail, protection de l'environnement)	Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM au niveau provincial
Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ); 6e cycle en 2005	- Langue maternelle - Connaissance des langues officielles - Langue de l'interview - Langue parlée le plus souvent à la maison - Langue de l'éducation	Province	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Problèmes de santé (général) Parents - Niveau de scolarité - Statut socioéconomique	S.O.	- Effectif possiblement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM au niveau provincial - Échantillon limité à une population de 0 à 11 ans (en début de cohorte)
Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada (ELIC); collecte biennale depuis 2001-2002	- Langue maternelle - Connaissance des langues officielles - Langue parlée le plus souvent à la maison - Langue de l'interview	Province	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - État de santé (autoévaluation) - Problèmes d'ordre physique, dentaire, émotionnel, mental ou médical	- Niveau de scolarité le plus élevé (formation en médecine, médecine dentaire ou vétérinaire, optométrie, droit et théologie) - Emploi (profession et industrie : choix en santé)	Effectif possiblement trop petit pour permettre l'analyse des CFSM

ICIS					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFSM
Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD); depuis 1996-1997	Langue que le pensionnaire parle ou comprend le mieux	Code postal	- Fonction cognitive - Vision - Bien-être psychologique - Continence - Conditions de santé - Condition de la peau - Traitements et procédures - Communication ou audition - Humeur et comportement - Fonctions physiques - Diagnostic médical - Nutrition - Activités	S.O.	S.O.
Système d'information sur les services à domicile (SISD); depuis 2006-2007	Langue que le client parle et comprend en tout premier lieu	- Province - Code postal	- Accès aux services à domicile - Mesures de la santé et de l'état fonctionnel - Résultats cliniques et temps d'attente - Qualité des soins - Soutien informel - Utilisation des services selon le milieu et le fournisseur	S.O.	Vu les provinces sélectionnées et la proportion des CFSM représentée, l'analyse des CFSM pourrait être limitée pour certaines variables (à plusieurs niveaux de réponses)
Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM); depuis 2005-2006	Langue que le patient préfère généralement utiliser dans ses communications courantes	Code postal	- Antécédents de troubles mentaux - Indicateurs de l'état mental et diagnostic psychiatrique - Consommation de médicaments, d'alcool ou de drogues et comportements excessifs - Troubles du comportement et autres problèmes de santé - Fonctions cognitives, communication et vision - Utilisation des services ou des traitements - Fonctionnement lié au rôle et relations sociales - Situation au moment du congé de l'établissement	S.O.	S.O.
Registre ontarien des traumatismes (ROT); de 1996 à 2004	Langue parlée	Code postal	Données réparties en trois fichiers distincts : 1) diagnostics et interventions pour toutes les hospitalisations en Ontario en soins de courte durée à la suite de blessures 2) soins préhospitaliers et hospitaliers, résultats et suivi de six mois pour les patients hospitalisés à la suite d'un traumatisme grave 3) causes de décès, détails des blessures, information sur les collisions impliquant un véhicule à moteur et facteurs ayant contribué au décès	S.O.	S.O.

ICIS					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFMS
Système national d'information sur la réadaptation (SNIR); depuis 2006	Langue maternelle du bénéficiaire	- Province - Code postal	- Données administratives (p. ex. orientation, admission et congé) - Caractéristiques de santé - Activités et participation - Interventions	S.O.	S.O.
Base de données médicales Scott's; de 1980 à 2006	Langue dans laquelle le médecin veut recevoir sa correspondance	- Province ou territoire - Code postal - Type d'adresse professionnelle - Pays du diplôme en médecine	Données sociodémographiques	- Catégorie de médecin - Spécialité médicale	Effectif restreint pourrait limiter les analyses de certaines variables, surtout au niveau provincial
Base de données sur les physio-thérapeutes (BDPT); depuis 2008	Connaissance des langues officielles	- Province - Province d'inscription (présente et précédente) - Code postal du lieu de l'emploi	Données sociodémographiques	- Niveau de scolarité - Emploi actuel	Effectif restreint pourrait limiter les analyses de certaines variables, surtout au niveau provincial

9 ANNEXE C : Bases de données administrées par Patrimoine canadien

Patrimoine canadien					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFMS
Profil des communautés de langue officielle en situation minoritaire; collecte unique en 2007	Langue maternelle (fait allusion à la majorité et à la minorité)	Province ou territoire	Données sociodémographiques	Formation ou profession (choix en santé)	Peu de flexibilité au niveau des analyses possibles
Recensement de 2001: Langue et professionnels de la santé selon les régions et les provinces/territoires; 2001	- Langue maternelle - Langue de travail - Connaissance des langues officielles - Première langue officielle parlée	- Province ou territoire - Région sociosanitaire	Données sociodémographiques	Professions en santé	S.O.
Attitudes et perceptions à l'égard des langues officielles du Canada; 2002 et 2006	- Langue maternelle - Langue parlée le plus souvent à la maison - Connaissance des langues officielles	- Province ou territoire - Code postal	- Données sociodémographiques - Accès aux services de santé et aux services sociaux à divers paliers de gouvernement dans la langue de la minorité - Niveau de connaissance et satisfaction par rapport à ces services	S.O.	- Échantillon non probabiliste des CFMS, ce qui limite la validité des inférences statistiques - Faible effectif limitant les analyses statistiques

10 ANNEXE D : Bases de données administrées par les provinces

Administration provinciale					
Enquête; année de collecte, périodicité	Variable(s) linguistique(s)	Variable(s) géographique(s)	Thème(s) couvert(s)	Variable(s) sur les professionnels de la santé	Limites méthodologiques pour l'analyse des CFMS
Sondage national auprès des médecins (SNM) (toutes les provinces sauf l'Île-du-Prince-Édouard et le Nunavut); collecte unique en 2007	Langue parlée avec le médecin	- Province des études universitaires - Province ou territoire de résidence actuelle	Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé	- Scolarité - Milieu de travail	Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFMS au niveau provincial
Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS); tous les quatre ans depuis 2002-2003	- Langue parlée le plus souvent tous les jours - Langue comprise - Langue parlée	- Communautés des Premières Nations - Province ou territoire	- Principaux déterminants sociodémographiques et socioéconomiques de la santé - Habitudes de vie	S.O.	Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFMS
Analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé (Nouveau-Brunswick); 2002	- Compétences linguistiques - Langue de préférence du questionnaire	- Régions sociosanitaires - Coordonnées du lieu de travail	Données sociodémographiques	Profession en santé (sciences sociales, professionnels de la réadaptation, groupes techniques, groupes infirmiers, groupes dentaires et autres professions)	S.O. (cette base de données ne se prête pas facilement à l'analyse statistique, mais à la description des effectifs)
Médecine Saint-Jean – Analyse des besoins spécifiques de la communauté francophone de Saint-Jean (Nouveau-Brunswick); 2006	- Langue maternelle - Langue parlée le plus souvent à la maison - Bilinguisme du médecin ou de l'infirmière praticienne	Lieu de résidence	Données sociodémographiques	S.O.	S.O. (cette base de données ne se prête pas facilement à l'analyse statistique, mais à la description des effectifs)
Aging in Manitoba (AIM); six collectes entre 1971 et 2001	Langue de l'interview	- Région - Code postal	- Données sociodémographiques - État de santé - Utilisation des services de santé - Incapacité physique (plusieurs indices) - Maladies chroniques - Santé mentale - Habitudes de vie - Support social	S.O.	Effectif probablement trop petit pour permettre l'analyse des CFMS pour certaines variables

11 ANNEXE E : Unités géographiques (définitions de Statistique Canada)

Unités géographiques	Définition en langage simple
Agglomération de recensement (AR)	Territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres qui sont situées autour d'un grand centre urbain. Pour former une agglomération de recensement, le centre urbain doit compter au moins 10 000 habitants.
Aire de diffusion (AD)	Petite région composée d'un ou de plusieurs pâtés de maisons avoisinants et regroupant de 400 à 700 habitants. L'ensemble du Canada est divisé en aires de diffusion.
Circonscription électorale	Territoire dont les habitants sont représentés par un député élu à la Chambre des fédérale (CÉF) communes.
Classification des secteurs	Définition détaillée : La Classification des secteurs statistiques (CSS) regroupe les statistiques (CSS) subdivisions de recensement selon qu'elles font partie d'une région métropolitaine de recensement, d'une agglomération de recensement, d'une zone d'influence des régions métropolitaines de recensement et des agglomérations de recensement (ZIM forte, ZIM modérée, ZIM faible ou ZIM sans influence) ou des territoires (Territoires du Nord-Ouest, Territoire du Yukon et Nunavut). La CSS est utilisée aux fins de diffusion des données.
Code postal	Définition détaillée : Le code postal est un code à six caractères établi et utilisé par la Société canadienne des postes pour le tri et la distribution du courrier.
District Health Council	Dissous en mars 2005, le District Health Council porte actuellement le nom de Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui sont « des organismes locaux du secteur de la santé qui ont été conçus pour planifier, intégrer et financer les services de santé locaux, y compris les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les soins à domicile, les soins de longue durée, les services de santé mentale, les centres de santé communautaire ainsi que les services de toxicomanie et de soutien communautaire, dans une région particulière » (Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée).
Division de recensement (DR)	Groupe de villes voisines les unes des autres qui sont réunies pour des besoins de planification régionale et de gestion de services communs (comme les services de police et d'ambulance). Ces groupes sont créés selon les lois en vigueur dans certaines provinces et certains territoires du Canada. Par exemple, une division de recensement peut correspondre à un comté, à une municipalité régionale ou à un district régional. Dans d'autres provinces ou territoires dont les lois ne prévoient pas de telles régions, Statistique Canada définit des régions équivalentes à des fins statistiques en collaboration avec ces provinces et ces territoires.
Groupe de régions sociosanitaires	Un « groupe de régions homologues » est un groupe de régions sociosanitaires qui homologues comportent des caractéristiques sociales et économiques similaires.
Localité désignée (LD)	Correspond habituellement à une petite collectivité qui ne satisfait pas aux critères utilisés pour définir les municipalités ou les régions urbaines (régions d'au moins 1 000 habitants et d'au moins 400 habitants au kilomètre carré). Les localités désignées sont créées par les provinces et les territoires, en collaboration avec Statistique Canada
Région métropolitaine de	Territoire formé d'une ou de plusieurs municipalités voisines les unes des autres recensement (RMR) qui sont situées autour d'un grand centre urbain. Pour former une région métropolitaine de recensement, le centre urbain doit compter au moins 100 000 habitants.
Région sociosanitaire	Les régions sociosanitaires sont définies par les gouvernements provinciaux comme étant les secteurs de responsabilité des conseils régionaux de santé (établis aux termes de la loi) ou encore comme des régions intéressant les autorités sanitaires.
Secteur de dénombrement (SD)	Petite région composée d'un ou de plusieurs pâtés de maisons voisins, utilisée par Statistique Canada pour la livraison des questionnaires aux ménages et aux logements (collecte du recensement). L'ensemble du Canada est divisé en secteurs de dénombrement.
Subdivision de recensement (SDR)	Une municipalité ou une région jugée équivalente à des fins statistiques (p. ex. une réserve indienne ou un territoire non organisé). Le statut de municipalité est défini par les lois en vigueur dans chaque province et territoire au Canada.

Sources : Statistique Canada, Unités géographiques [www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Reference/dict/atoz_f.htm].
Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [www.health.gov.on.ca].

12 ANNEXE F : Sommaire des publications recensées

12.1 Sommaire des articles

Sommaire des articles				
Auteurs; année de publication	Base de données (institution)	Variable(s) linguistique(s)	Résultats	Limites de l'étude et obstacles mentionnés
Woloshin et al. (1997)	ESO 1990 (Ministère de la Santé de l'Ontario)	Langue parlée le plus souvent à la maison	L'utilisation de services de santé préventifs diffère selon les groupes linguistiques, notamment pour l'examen des seins et la mammographie entre francophones et anglophones.	- Soulève la difficulté de capter le concept de culture francophone en utilisant une seule variable linguistique. - Absence de données sur la langue parlée avec les prestataires de soins de santé. - Possibilité de biais causés par l'inclusion des immigrants dans l'analyse.
Boudreau (1999)	Supplément sur la santé mentale de l'ESO 1991 (Ministère de la Santé de l'Ontario) et Recensement 1991 (Statistique Canada)	Première langue officielle parlée (variable dérivée)	- Prévalence de diagnostics psychiatriques chez les francophones supérieure à celle observée chez les anglophones. - Utilisation des services de santé mentale comparable entre les groupes linguistiques. - Rapporte une plus grande disposition des francophones à admettre qu'ils ont un problème de santé mentale et reçoivent des services psychiatriques.	Absence de données sur l'utilisation des services et l'appréciation de ces derniers.
Boudreau et Frammer (1999)	ESO 1990 (Ministère de la Santé de l'Ontario)	Amalgame des variables d'identité ethnique ou culturelle et langues parlées à la maison	- Diverses statistiques descriptives faisant état d'un différentiel désavantageant les Franco-Ontariens par rapport à leurs homologues anglophones en ce qui concerne notamment : - les problèmes de santé et l'état de santé autoévalué; - le style de vie; - les consultations médicales et les visites en salle d'urgence. - Rapporte une plus grande proportion de francophones de 45 à 64 ans disant bénéficier d'un soutien social élevé. - Les analyses rapportent peu de différences entre les groupes linguistiques lorsque le profil des répondants est étudié.	Absence de données sur l'utilisation des services et l'appréciation de ces derniers.
McKellar (1999)	ESO 1990 (Ministère de la Santé de l'Ontario)	Amalgame des variables d'identité ethnique ou culturelle et langues parlées à la maison	- Série de statistiques descriptives sur la population francophone de 65 ans et plus de l'Ontario. - Démontre une perception plus positive des hommes par rapport à leur état de santé en soulignant toutefois une utilisation plus intense du système de santé. - Présente un profil socioéconomique et un style de vie généralement moins reluisant chez les femmes que chez les hommes.	Le choix de la variable linguistique n'est pas clairement rapporté par l'auteur. Cependant, des références à un autre article suggèrent l'utilisation d'une variable linguistique dérivée commune.
Picard et Hébert (1999)	ESO 1996-1997 (Ministère de la Santé de l'Ontario) et Recensement 1996 (Statistique Canada)	Langue maternelle (Première langue officielle apprise et encore comprise)	- Présente un portrait de l'état de santé des Franco-Ontariens, y compris l'incapacité physique, les maladies chroniques, les blessures et le soutien social. L'utilisation des services de santé et les comportements de santé sont répertoriés. - Dans certains tableaux, les francophones présentent un meilleur profil que les anglophones (habitudes tabagiques, consommation d'alcool et activité physique). - Utilisation plus accentuée des services d'urgence chez les francophones.	- Dénonce l'absence d'une définition standardisée du terme « francophone » qui limite les comparaisons possibles entre les études. - Manque de données sur la population des moins de 12 ans. - Absence de données sur le logement, la violence, les taux d'assistés sociaux. - Échantillon de petite taille limitant la possibilité d'analyse selon l'âge, le sexe, l'éducation et le revenu.

Sommaire des articles				
Auteurs; année de publication	Base de données (institution)	Variable(s) linguistique(s)	Résultats	Limites de l'étude et obstacles mentionnés
Picard et Charland (1999)	Recensement 1996 (Statistique Canada)	Langue maternelle (Première langue officielle apprise et encore comprise)	- Présente un profil sociodémographique des Franco-Ontariens (certaines variables disponibles pour différentes régions de la province). - Rapporte que la population franco-ontarienne n'est pas nécessairement défavorisée par rapport à la population anglophone en soulignant que les écarts avec cette dernière semblent s'être amenuisés depuis le recensement de 1991 (notamment quant à la proportion de personnes âgées, à l'éducation, au nombre de répondants sur le marché du travail et au revenu).	S.O.
Kopec et al. (2000)	ENSP 1994-1995 (Statistique Canada)	Lieu de naissance et langue de conversation (exclusion des immigrants et des répondants se déclarant bilingues)	- Forte corrélation entre l'indice de l'état de santé et l'état de santé autoévalué pour les deux groupes de répondants (anglophones et francophones). - Les comparaisons intragroupes linguistiques démontrent un gradient de l'indice de l'état de santé (mesuré par le HUI3) pour les groupes d'âge, le sexe et le revenu des répondants, tant chez les anglophones que chez les francophones. - Ne révèle aucune différence majeure entre les deux groupes linguistiques.	- Exclusion des répondants se déclarant bilingues (français-anglais) ou des immigrants. - Inclusion des résidents du Québec parmi le groupe de francophones, ce qui limite la généralisation des résultats aux CFSM.
Kopec et al. (2001)	ENSP 1994-1995 (Statistique Canada)	Lieu de naissance et première langue officielle parlée	- L'indice de l'état de santé (mesuré par le HUI3) pour l'invalidité fonctionnelle standardisé pour l'âge est inférieur chez les Canadiens français comparés à leurs congénères anglophones, une fois le modèle ajusté pour la présence de maladies chroniques. - Les Canadiens français rapportent un score cognitif supérieur aux Canadiens anglais; cependant, le niveau de douleur rapporté est supérieur à celui du groupe d'anglophones.	- Les résidents du Québec étaient inclus dans le groupe de Canadiens français. - La présence de petits échantillons empêche l'estimation précise de certains paramètres des modèles (surtout dans les populations d'immigrants).
Chen et Hou (2002)	ENSP 1994-1995 et 1996-1997 (Statistique Canada)	S.O.	Description et modèles statistiques étudiant les besoins non satisfaits et les raisons. Environ 7 % des répondants rapportent des besoins non satisfaits de services de santé au cours de l'année précédant l'enquête.	La proportion de répondants soulevant la possibilité d'un problème de langue pour expliquer les besoins non satisfaits ne peut être rapportée à cause du trop petit échantillon.
Corbeil (2003)	Recensement 2001 (Statistique Canada)	Langue maternelle (Première langue officielle apprise et encore comprise)	- Démontre une amélioration significative du niveau d'éducation des francophones hors Québec par rapport aux données de 1971. - L'amélioration serait encore plus évidente chez les femmes. - Présente d'autres statistiques descriptives pour les groupes linguistiques quant au niveau d'éducation.	Inclusion des résidents du Québec dans certaines statistiques pour le groupe de francophones.

Sommaire des articles				
Auteurs; année de publication	Base de données (institution)	Variable(s) linguistique(s)	Résultats	Limites de l'étude et obstacles mentionnés
Marmen et Delisle (2003)	Recensement 2001 (Statistique Canada)	Amalgame entre langue maternelle, première langue officielle parlée et langue de conversation	- Démontre qu'une proportion importante de répondants (surtout chez les personnes âgées) est unilingue francophone en situation minoritaire, un fait pouvant grandement limiter leur accès aux services de soins de santé dans leur langue. - Présente des ratios médecins/ usagers francophones supérieurs à 1 pour le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. - Quant aux ratios infirmières/ usagers, seules les provinces de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick ont des ratios supérieurs à 1.	- Impossible de fournir des estimations pour certaines provinces à cause de la taille de l'échantillon. - Les ratios rapportés ne reflètent probablement pas adéquatement la situation en milieu rural dans laquelle se trouve la majorité des principaux intéressés.
Legault (2005)	Recensement 2001 (sous-échantillon pour l'agglomération de la ville d'Ottawa)	Amalgame entre langue officielle, langue de conversation, langue maternelle et langue parlée le plus souvent à la maison	Rapport descriptif présentant des inégalités sociodémographiques entre francophones et anglophones, notamment par rapport à la structure d'âge, à la situation sur le marché du travail et au revenu.	S.O.
Bouchard et al.; 2009 (sous presse)	ESCC 2001-2003 (Statistique Canada)	Amalgame entre langue de conversation, langue maternelle, langue utilisée pour l'enquête et langue de préférence pour l'enquête	- Existence d'un gradient de santé entre francophones en situation minoritaire par rapport aux anglophones en situation majoritaire hors Québec. - Ce gradient demeure présent même après l'ajustement pour les grands déterminants de la santé dans la population masculine.	S.O.

12.2 Sommaire des rapports et des recueils

Sommaire des rapports et des recueils			
Titre	Auteurs, année de publication; éditeur (s'il y a lieu)	Base(s) de données (institution); variable(s) linguistique(s)	Sommaire et commentaires
Conditions de possibilités des services de santé et services sociaux en français en Ontario	Nicole Frenette, 1997; Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario	ESO 1996-1997 (Statistique Canada); identité ethnique et culturelle et langue parlée le plus souvent à la maison	Dresse un profil sociodémographique des femmes francophones et démontre qu'elles ont plus de problèmes de santé que les hommes francophones, ce qui va à l'encontre de la plupart des recherches sur le sujet. Offre également un éclairage sur les données quantitatives par l'ajout de données qualitatives.
Premier Rapport sur la santé des francophones en Ontario	Louise Picard et al., 2000; Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP)	Recensement 1996, ESO 1996-1997 (Statistique Canada); langue maternelle	Trace un premier profil de l'état de santé des Franco-Ontariens et des comportements affectant leur santé. Établit des comparaisons provinciales et régionales entre la population franco-ontarienne et l'ensemble de la population ontarienne ainsi qu'entre les communautés franco-ontariennes régionales elles-mêmes.
Santé en français : Pour un meilleur accès à des services de santé en français	Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA), 2001	Recensement 1996; langue maternelle	Profil démographique sommaire des CFMS du Canada mettant l'accent sur les disparités régionales. Présente un état de la situation des services de santé disponibles en français (automne 2000) par région. Propose cinq leviers d'intervention afin de renforcer les capacités communautaires pour la prévention et le traitement des problèmes de santé relatifs aux CFMS ainsi qu'un plan d'action.
La santé des francophones du Nouveau-Brunswick	Léandre Desjardins, 2003; Les Éditions de la Francophonie	Recensement 1981, 1985 et 1996 (Statistique Canada); langue maternelle	- Propose une comparaison de l'état de santé des francophones néo-brunswickois, des services de soins de santé offerts et de leurs effectifs francophones, de 1981 à 1996. - Répartition des répondants bilingues selon la proportion de francophones et d'anglophones pour la région.

Sommaire des rapports et des recueils			
Titre	Auteurs, année de publication; éditeur (s'il y a lieu)	Base(s) de données (institution); variable(s) linguistique(s)	Sommaire et commentaires
Les francophones en Ontario : Profil statistique	Office des affaires francophones de l'Ontario, 1996 et 2005	Recensement 1991, 1996 et 2001; langue maternelle	Comprend cinq documents dont l'un présente le profil général de la population, puis celui de quatre sous-groupes de la population ontarienne francophone : les femmes, les jeunes, les personnes âgées et les minorités raciales.
Deuxième Rapport sur la santé des francophones en Ontario	Louise Picard et Gratien Allaire, 2005; Institut franco-ontarien et Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP)	ESCC 2000-2001 et Recensement 2001; langue maternelle	Présente une mise à jour du premier rapport publié en 2000.
Tableaux comparatifs des Indicateurs de santé pour les francophones du Nouveau-Brunswick, pour la population totale du Nouveau-Brunswick et la population totale du Canada	Réseau-action formation et recherche (RAFR), 2006; Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick	Indicateurs de santé pour les francophones ESCC 2000-2001 et 2003 (Statistique Canada); langue maternelle et première langue officielle parlée	Ne présente pas de comparaisons statistiques.
Préparer le terrain	Société Santé en français et divers consultants, 2006	Recensement 2001; langue maternelle	Série de rapports pour chaque province ayant un Réseau pour les services de santé en français. Leur but était de passer en revue la documentation accumulée et de mener une évaluation des besoins de la clientèle des CFMS quant aux services de soins de santé accessibles dans leur région. Chacun des rapports propose des recommandations quant aux façons d'améliorer l'accès à ces services.
Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle	Statistique Canada, 2007	EVMO 2006 (Statistique Canada); amalgame entre langue maternelle, connaissance des langues officielles et langue parlée le plus souvent à la maison	- Fournit des statistiques sur les CFMS par rapport aux divers déterminants de la santé et domaines socioéconomiques, y compris le secteur de la santé et des services de santé. Propose également des statistiques utiles pour l'élaboration de programmes et de politiques touchant les minorités de langue officielle. - Présente un échantillon unique d'enfants de moins de 18 ans dont au moins l'un des parents (âgé de 15 ans ou plus) fait partie de la minorité de langue officielle.
Rapport sommaire : Répartition et migration interne des professionnels de la santé	Institut canadien d'information sur la santé, 2007	Base de données médicales Scott's; langue de correspondance préférée des médecins	S'appuie sur le système de classification des professions utilisé par Statistique Canada pour produire une série de publications sur la répartition et la migration interne des professionnels de la santé.

13 BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN, M. K., R. CEOLIN, S. OUELLETTE, J. PLANTE et C. VAILLANCOURT. Éducation et ressources humaines en santé : aperçu des besoins en information, Ottawa, Statistique Canada, 2006.
- BLASER, C. Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001-2006 (No cat. 91-550-X), Ottawa, 2009.
- BOUCHARD, L., J. M. BERTHELOT et I. GABOURY. Vivre en situation minoritaire influence-t-il la santé ? La minorité francophone au Canada, Association des Épidémiologistes de Langue Française (ADELF), Toulouse, 2005a.
- BOUCHARD, L. et L. CARDINAL. « Conditions de possibilités des services en français en Ontario dans les domaines de la santé et des services sociaux : un enjeu pour les femmes », *Reflets*, vol. 5, no 2, 1999, p. 109-122.
- BOUCHARD, L., I. GABOURY, M. H. CHOMIENNE, A. GILBERT et L. DUBOIS. « La santé en situation linguistique minoritaire », *Healthcare Policy*, vol. 4, 2009, p. 33-40.
- BOUCHARD, L., I. GABOURY, L. DUBOIS, A. GILBERT, M. H. CHOMIENNE, N. BEAUREGARD et al. Disparités de santé et francophonie minoritaire, 96e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, Ottawa, 2005b.
- BOUCHARD, L., J. F. ROY, L. LEMYRE et A. GILBERT. La santé des francophones minoritaires de l'Ontario : une analyse secondaire de l'enquête nationale de santé, Ottawa, CIRCEM et Institut de recherche en santé des populations, 2002.
- BOUDREAU, F. « Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto », *Reflets*, vol. 5, no 2, 1999, p. 123-154.
- BOUDREAU, F. et D. FRAMER. « Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario : les faits saillants revisités et comparés », *Reflets*, vol. 5, no 2, 1999, p. 103-108.
- BOURBONNAIS, V. La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire : État des lieux en Ontario, Ottawa, 2007.
- BOURBONNAIS, V., L. BOUCHARD, M. H. CHOMIENNE et I. GABOURY. La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire : état des lieux, Francophonie d'Amérique, 2009 (sous presse).
- CHAMBRE DES COMMUNES DU CANADA. La parole aux communautés : nous sommes là! La vitalité des communautés de langues officielles en situation minoritaire, Ottawa, Rapport du Comité permanent des langues officielles, présidé par Gay Lauzon, 39e Législature, 1re session, 2007.
- CHEN, J. et F. HOU. « Soins de santé : besoins non satisfaits », *Rapport sur la santé*, vol. 13, 2002, p. 27-40.
- CORBEIL, J. P. « 30 years of education: Canada's language groups », *Canadian Social Trends*, vol. 11-008, 2003, p. 8-12.
- CORBEIL, J. P., C. GRENIER et S. LAFRENIÈRE. Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle 2006 (No cat. 91-548-X), Ottawa, Statistique Canada, 2007.
- DESJARDINS, L. La santé des francophones du Nouveau-Brunswick. Étude entreprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick (SAANB), Moncton, Édition de la Francophonie, 2003.
- FELLEGI, I. P. Politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels à Statistique Canada, 2000.
- FORGUES, E. et R. LANDRY. Définitions de la francophonie en situation minoritaire : analyse de différentes définitions statistiques et de leurs conséquences, Ottawa, Commission conjointe de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire, 2006.

- GOUVERNEMENT DU CANADA. Loi sur les langues officielles, art. 41, chap. 31 (4e suppl.), 1988.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. Mise en oeuvre des articles 41 et 42 de la Loi sur les langues officielles, Ottawa, 2003.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. Projet de Loi S-3, 38e législature, 1re session, 2005.
- HOULE, C., J. M. BERTHELOT, P. DAVID, C. MUSTARD, L. ROOS et M. C. WOLFSON. Le projet d'appariement du recensement et des fichiers de soins de santé du Manitoba : Composantes des ménages privés (No cat. 11F1900MPF 91), Ottawa, 1996.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). Rapport sommaire : Répartition et migration interne des professionnels de la santé, Ottawa, ICIS, 2007.
- KOPEC, J. A., J. I. WILLIAMS, T. TO et P. C. AUSTIN, « Measuring population health: correlates of the Health Utilities Index among English and French Canadians », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, 2000, p. 465-470.
- KOPEC, J. A., J. I. WILLIAMS, T. TO et P. C. AUSTIN. « Cross-cultural comparisons of health status in Canada using the Health Utilities Index », *Ethnicity & Health*, vol. 6, 2001, p. 41-50.
- LEGAULT, M. J. « Les francophones d'Ottawa : une communauté diverse », *Reflets*, vol. 11, 2005, p. 165-177.
- MANITOBA LABOUR AND IMMIGRATION. Manitoba Immigration Facts: 2006 Statistical Report, Winnipeg, 2006.
- MARMEN, L. et S. DELISLE. « Healthcare in French outside Québec », *Canadian Social Trends*, vol. 11-008, 2003, p. 24-27.
- MCKELLAR, J. « L'état de santé des personnes âgées francophones en Ontario », *Reflets*, vol. 5, no 2, 1999, p. 290-291.
- MÉDICENTRE SAINT-JEAN. Analyse des besoins spécifiques de la communauté francophone de Saint-Jean, Nouveau-Brunswick, Association régionale de la communauté francophone de Saint-Jean (ARCF), 2006.
- PICARD, L. Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario, Sudbury, Division du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), 2000.
- PICARD, L. et G. ALLAIRE. Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario, Sudbury, Division du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) et Institut franco-ontarien, 2005.
- PICARD, L. et J. CHARLAND. « Le profil démographique et les déterminants de la santé des francophones en Ontario », *Reflets*, vol. 5, no 2, 1999, p. 44-63.
- PICARD, L. et D. HÉBERT. « L'état de santé de la population francophone de l'Ontario », *Reflets*, vol. 5, 1999, p. 64-102.
- ROBICHAUD, J. B. La santé des francophones : objectif 2000 : vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick, Moncton, Éditions d'Acadie, 1985.
- SANMARTIN, C., F. GENDRON, J. M. BERTHELOT et K. MURPHY. Accès aux services de soins de santé au Canada, 2003 (No cat. 82-575-XIF), Ottawa, Statistique Canada, 2004.
- SANMARTIN, C., C. HOULE, J. M. BERTHELOT et K. MURPHY. Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001 (No cat. 82-575-XIF), Ottawa, Statistique Canada, 2002.
- SOCIÉTÉ SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE EN FRANÇAIS DU NOUVEAU-BRUNSWICK (SSMEFNB). Compte-rendu : Étude de la firme Fujitsu : Analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé. Informations liées aux compétences linguistiques et à la langue, SSMEFNB, 2005.
- WOLOSHIN, S., L. M. SCHWARTZ, S. J. KATZ et H. G. WELCH. « Is language a barrier to the use of preventive services? », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, 1997, p. 472-477.
- ZUNZUNEGUI, M. V., A. KONE, M. JOHRI, F. BELAND, C. WOLFSON et H. BERGMAN. « Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65 », *Social Science and Medicine*, vol. 58, 2004, p. 2069-2081.