

La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada

Author(s)	Landry, Rodrigue ; Bibliothèque numérique canadienne (Firme) ; Scholars Portal
Imprint	[Québec, Québec] : Presses de l'Université Laval, [2014]
Extent	1 fichier PDF (viii, 338 pages)
Topic	P
Subject(s)	Linguistic minorities -- Canada
Language	French
ISBN	9782763718972, 9782763718965
Permalink	http://books.scholarsportal.info/viewdoc.html?id=678532
Pages	203 to 230

ACCÈS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN LANGUE MINORITAIRE

Isabelle Gagnon-Arpin

Université d'Ottawa

Louise Bouchard

Université d'Ottawa

Anne Leis

Université de la Saskatchewan

Mathieu Bélanger

Université de Moncton

1. CONTEXTE

Les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada, telles qu'elles sont définies par Patrimoine canadien, représentent les francophones vivant dans les provinces et territoires à l'extérieur du Québec ainsi que les anglophones vivant au Québec¹. Compte tenu de leur situation linguistique minoritaire, ces communautés peuvent voir entravée leur communication avec les professionnels de la santé et leur accès aux services. Des études menées au Canada et ailleurs

ont démontré que la présence de barrières linguistiques peut restreindre l'accès général aux services de santé²⁻⁴, incluant les services préventifs^{5, 6}, et avoir des répercussions sur la satisfaction des patients, la qualité des soins prodigués et l'état de santé⁵⁻¹¹. Les barrières linguistiques constituent un obstacle au suivi adéquat des patients¹², surtout lorsque les services sont largement basés sur la communication⁹.

L'accès aux services de santé par les CLOSM a fait l'objet de quelques études canadiennes. Du côté francophone, une étude menée en 2001 par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA) a révélé qu'à travers le pays, l'accès aux services de santé en anglais est de trois à sept fois plus élevé que l'accès aux services de santé en français. Les données de cette étude non scientifique avaient été recueillies par l'entremise d'environ 300 entrevues et rencontres de groupes menées auprès d'acteurs travaillant dans le milieu de la santé en français et issus de 71 communautés canadiennes¹¹.

Les quelques études fondées sur des analyses secondaires de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont fait ressortir qu'en Ontario, seulement 27,8 % des francophones âgés de 65 et plus parlent français avec leur médecin de famille¹³. Bourbonnais et coll. exposent également que, comparativement à leurs homologues anglophones, les personnes âgées francophones étaient moins satisfaites de l'accessibilité et de la qualité des services de santé provinciaux et communautaires¹³. L'étude menée par Bouchard et coll. sur le profil de santé des minorités linguistiques montre que 9,9 % des francophones hors Québec et 24,6 % des anglophones du Québec n'ont pas de médecin de famille attiré^{14, 15}.

Du côté de la minorité anglophone du Québec, le Plan d'action 2008-2013 du *Community Health and Social Services Network* (CHSSN) dévoile que les anglophones de la province se classent derrière les francophones en ce qui concerne les indicateurs clés suivants : avoir un médecin de famille attiré, être satisfait de la qualité des soins reçus, avoir utilisé des services hospitaliers, et avoir accès à de l'information sur la santé, à des tests diagnostiques et à des spécialistes médicaux¹⁶.

Une enquête menée en 2005 par le Centre de recherche sur l'opinion publique (CROP) pour le CHSSN a fait ressortir que 45,9 % des anglophones du Québec sont insatisfaits de l'accès aux services sociaux et de santé offerts en anglais dans leur région¹⁷. L'enquête, menée auprès

de 3 126 anglophones et 1 312 francophones du Québec, a également révélé des différences quant à l'accès à différents types de services de santé offerts en anglais. Plus précisément, 86 % des répondants anglophones avaient été servis en anglais par le médecin de famille. Les proportions diminuaient ensuite à 74 % pour les services offerts dans les hôpitaux et incluant un séjour de nuit, 70 % pour les services d'urgences offerts à l'hôpital, 67 % pour les CLSC et 63 % pour les services d'Info-Santé. De plus, des différences interrégionales importantes furent recensées en ce qui concerne le degré de satisfaction vis-à-vis l'accès aux services de santé offerts en anglais. La région de l'Ouest de Montréal, qui présente une forte concentration d'anglophones, affichait la satisfaction la plus élevée tandis que le niveau de satisfaction était très faible dans les régions de l'Abitibi-Témiscaminque et du Nord-du-Québec¹⁷.

La question de l'utilisation des services de santé par les CLOSM est étroitement liée à leur accès aux services de santé. Les services de santé offerts par le médecin de famille demeurent le type de service le plus utilisé par la population canadienne générale ainsi que par les communautés francophones et anglophones en situation minoritaire^{17, 18}. Alors qu'au Québec des études ont fait ressortir qu'après le médecin de famille, les anglophones de la province ont surtout recours aux services offerts par les hôpitaux, les cliniques de santé et les CLSC^{17, 18}, les profils d'utilisation des services de santé par les CLOSM des autres provinces et territoires demeurent largement inconnus. Ce chapitre est le premier à présenter des statistiques comparatives de l'accès et de l'utilisation des services de santé par les francophones en situation linguistique minoritaire, au niveau provincial, et dans certains cas intra-provincial.

2. DONNÉES ET MÉTHODES

L'objet du présent chapitre est de rendre compte de la section sur l'accès aux services de santé de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle (EVMLO), menée par Statistique Canada en 2006. Le volet santé de l'EVMLO comprend des variables de nature catégorique qui portent sur l'accès aux services de santé (en général et en langue minoritaire) ainsi que sur l'utilisation des services de santé par les CLOSM. La variable de la santé autoévaluée est le seul indicateur de l'état de santé inclus dans l'enquête.

La population cible de l'EVMLO comprend les minorités de langue officielle telles qu'elles sont définies par des questions portant sur la langue maternelle, la connaissance des langues officielles ainsi que la langue la plus souvent parlée à la maison. À Montréal, trois sous-groupes d'allophones avaient été créés afin de tenir compte de leur situation particulière par rapport aux langues officielles. Afin de simplifier la présentation des résultats des répondants du Québec, et compte tenu de l'objet du chapitre, ces sous-groupes ont été exclus des analyses statistiques.

Le taux de réponse au questionnaire est de 70,5 %, pour un total de 20 067 adultes qui ont participé à l'enquête. Après exclusion des sous-groupes d'allophones de la région métropolitaine de recensement de Montréal, l'échantillon final pour analyses comprend 17 576 adultes, soit 12 376 francophones vivant à l'extérieur du Québec et 5 200 anglophones vivant au Québec. Les participants ont également été stratifiés par province ou territoire de résidence, ainsi que par région sous-provinciale pour les CLOSM du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario et du Québec (seules ces provinces avaient des échantillons suffisamment larges pour permettre de tels découpages).

L'analyse de l'accès aux services de santé comprend le calcul des distributions de fréquence et de proportions correspondantes pour les variables sélectionnées. Les poids d'enquête ont été appliqués lors du calcul des proportions pour que les résultats soient représentatifs de la population cible de l'enquête. Certaines variables ont été recatégorisées pour des raisons d'ordre théorique ou pratique. Conformément aux règlements de Statistique Canada sur la divulgation des résultats, les proportions calculées à partir d'un échantillon trop faible de répondants ne sont pas présentés.

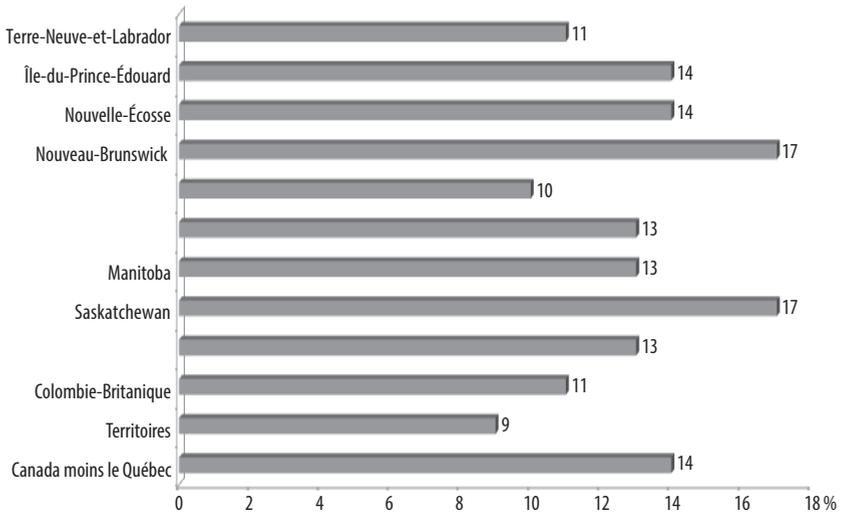
3. RÉSULTATS

3.1 Perception de la santé

Les perceptions de la santé varient substantiellement selon le contexte. De manière générale pour l'ensemble du Canada, la proportion de francophones (14 %) à se percevoir en mauvaise santé est plus élevée que celle

des anglophones du Québec (10 %) et c'est au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan (Graphique 1) qu'elle est la plus élevée (17 % respectivement).

GRAPHIQUE 1 SANTÉ PERÇUE COMME PASSABLE OU MAUVAISE CHEZ LES CLOSM PAR PROVINCES ET TERRITOIRES

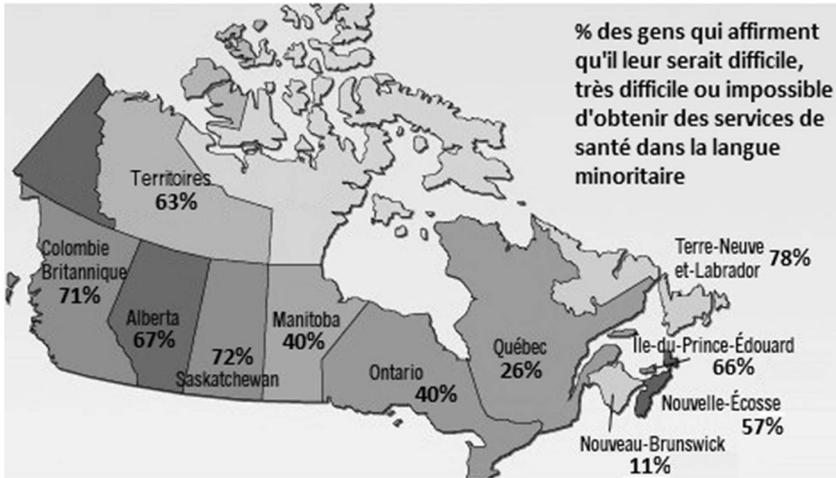


3.2 Difficulté à obtenir des services en langue minoritaire

La difficulté à obtenir des services en langue minoritaire reflète les perceptions des CLOSM en matière d'accès aux services de santé et constitue un indicateur de l'offre de services. La Figure 1 montre que 78 % des répondants de Terre-Neuve-et-Labrador disent avoir un accès difficile aux services de santé en langue minoritaire. Les proportions sont de 72 % en Saskatchewan, 71 % en Colombie-Britannique et 67 % en Alberta. En Ontario et au Manitoba, la proportion de répondants est de 40 %, alors qu'au Québec elle est de 26 %. C'est au Nouveau-Brunswick, seule province officiellement bilingue, que la proportion de répondants disant avoir de la difficulté à obtenir leur service en langue minoritaire est la plus faible (11 %).

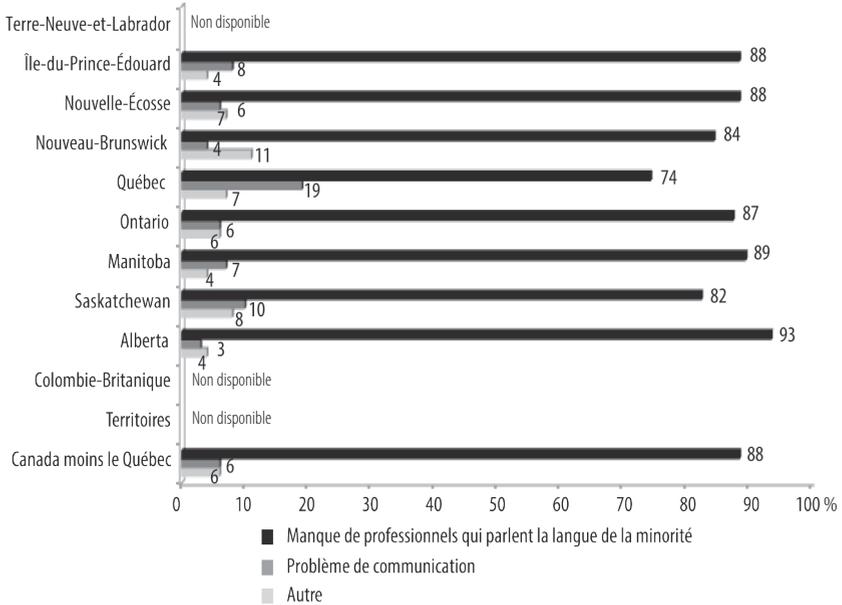
FIGURE 1

DIFFICULTÉ PERÇUE À OBTENIR DES SERVICES DE SANTÉ EN LANGUE MINORITAIRE PAR PROVINCES ET TERRITOIRES



Les répondants ayant affirmé qu'il leur serait difficile, très difficile ou impossible d'obtenir des services de santé en langue minoritaire furent ensuite interrogés sur la raison principale de cette difficulté d'accès. Le Graphique 2 montre que le manque de professionnels parlant la langue de la minorité a été exprimé comme raison principale par la majorité des CLOSM. Pour les répondants de la minorité francophone (88 % en moyenne), ce fait est unanime. Du côté de la minorité anglophone du Québec, la proportion est de 74 %. Au Québec, 20 % des répondants font part de problèmes de communication, alors que dans les autres provinces et territoires, ce problème est faiblement énoncé.

GRAPHIQUE 2 RAISON PRINCIPALE D'UN ACCÈS DIFFICILE, TRÈS DIFFICILE OU IMPOSSIBLE AUX SERVICES DE SANTÉ EN LANGUE MINORITAIRE PAR PROVINCES ET TERRITOIRES



3.3 Perception de la santé et accès aux services de santé

Afin d'établir une relation entre l'offre de services et une potentielle demande, nous avons examiné plus attentivement le groupe de répondants affirmant avoir une mauvaise santé en relation avec le fait de trouver important d'obtenir les services en langue minoritaire, de se sentir à l'aise de les demander et de trouver difficile de les obtenir. Les résultats sont présentés au tableau 1 en tenant compte des découpages géographiques en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick. Rappelons d'abord que la mauvaise santé perçue est la plus élevée au Nouveau-Brunswick (17 %) et plus particulièrement dans les régions nord (18 %) et sud-est (17 %), dans la région de l'est du Québec (19 %), dans la région du nord-est de l'Ontario (16 %) et en Saskatchewan (17 %)

TABLEAU 1 SANTÉ PERÇUE ET ACCÈS GÉNÉRAL AUX SERVICES DE SANTÉ DANS LA LANGUE MINORITAIRE PAR RÉGION DU CANADA

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	SANTÉ PERÇUE COMME PASSABLE OU MAUVAISE (%)	ACCORDE UNE IMPORTANCE À L'OBTENTION DE SERVICES DE SANTÉ DANS LA LANGUE MINORITAIRE (%)	SE SENT À L'AISE DE DEMANDER UN SERVICE DE SANTÉ DANS LA LANGUE MINORITAIRE (%)	TROUVE QU'IL SERAIT DIFFICILE, TRÈS DIFFICILE OU IMPOSSIBLE D'OBTENIR DES SERVICES DE SANTÉ POUR SOI-MÊME DANS LA LANGUE MINORITAIRE (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	11	68	44	78
Île-du-Prince-Édouard	14	74	47	66
Nouvelle-Écosse	14	67	49	57
Nouveau-Brunswick (total)	17	92	91	11
Région nord	18	94	96	6
Région sud-est	17	90	91	8
Région centre et sud-ouest (reste)	13	84	65	45
Québec (total)	10	92	77	26
Région Estrie et sud	15	87	77	31
Région est	19	92	78	37
Région Montréal	8	95	79	23
Région ouest	12	92	76	26

TABLEAU 1 (SUITE)

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	SANTÉ PERÇUE COMME PASSABLE OU MAUVAISE (%)	ACCORDE UNE IMPORTANCE À L'OBTENTION DE SERVICES DE SANTÉ DANS LA LANGUE MINORITAIRE (%)	SE SENT À L'AISE DE DEMANDER UN SERVICE DE SANTÉ DANS LA LANGUE MINORITAIRE (%)	TROUVE QU'IL SERAIT DIFFICILE, TRÈS DIFFICILE OU IMPOSSIBLE D'OBTENIR DES SERVICES DE SANTÉ POUR SOI-MÊME DANS LA LANGUE MINORITAIRE (%)
Région Québec et environs	9	69	48	57
Reste du Québec	14	82	63	50
Ontario (total)	13	75	71	40
Région nord-est	16	80	77	30
Région Ottawa	11	80	79	30
Région sud-est	14	89	85	17
Région Toronto	9	65	56	69
Reste de l'Ontario	14	65	51	64
Manitoba	13	67	65	40
Saskatchewan	17	56	43	72
Alberta	13	55	52	67
Colombie-Britannique	11	52	46	71
Territoires (regroupés)	9	59	*	63
Canada moins le Québec	14	74	73	35

*Résultat non divulgué en raison d'un échantillon trop faible de répondants

La proportion de gens qui disent trouver « important, très important ou moyennement important » d'avoir accès à des services de santé en langue minoritaire est la plus élevée au Québec (92 %) et au Nouveau-Brunswick (92 %). En deuxième et troisième place se trouvent l'Ontario (75 %) et l'Île-du-Prince-Édouard (74 %), suivies de Terre-Neuve-et-Labrador (68 %), du Manitoba (67 %), de la Nouvelle-Écosse (67 %) et finalement des autres provinces et territoires canadiens. Un pont peut être fait entre cette variable et le désir qu'ont les CLOSM d'obtenir des services de santé en langue minoritaire, offrant une indication de la demande portant sur des services linguistiquement concordants dans différentes régions.

Se sentir à l'aise de demander un service de santé en langue minoritaire est à la fois lié à la demande et à l'offre de ces services. Se sentir à l'aise de demander un service de santé en langue minoritaire est exprimé en plus grande proportion par les répondants du Nouveau-Brunswick, du Québec et de l'Ontario, bien que des différences régionales importantes ressortent à l'intérieur-même de ces trois provinces. Celles de l'Ouest canadien et des Maritimes (excluant le Nouveau-Brunswick) se trouvent loin derrière quant au confort exprimé de demander un service de santé en langue minoritaire.

3.4 Utilisation des services de santé en langue minoritaire selon le type de professionnel

Le Québec est la province où l'accès à un médecin de famille attiré qui parle la langue minoritaire est le plus élevé, avec 81 % des anglophones de cette province qui affirment avoir parlé anglais avec ce professionnel de la santé. Parmi les provinces hors Québec, le Nouveau-Brunswick se démarque avec 79 % des francophones qui disent parler français avec leur médecin de famille. L'Ontario est loin derrière avec 33 %, suivi des autres provinces et territoires canadiens qui présentent des proportions allant de 3 % à 17 %, là où les données sont disponibles.

Le Nouveau-Brunswick affiche la plus grande proportion de gens qui ont déclaré avoir utilisé la langue minoritaire avec l'infirmière (85 %), le professionnel de la ligne d'information sur la santé (87 %) et les autres professionnels de la santé (82 %) au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. En ce qui concerne les services offerts en langue minoritaire par ces trois types de professionnels de la santé, le Québec se trouve en

deuxième place et l'Ontario en troisième place. Dans l'Ouest canadien et les Maritimes (à l'exception du Nouveau-Brunswick), le nombre de gens ayant utilisé la langue minoritaire avec les professionnels de la santé était souvent trop faible pour être divulgué.

TABEAU 2 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ EN LANGUE MINORITAIRE OFFERTS PAR DIVERS TYPES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ LORS DES 12 MOIS PRÉCÉDENTS L'ENQUÊTE PAR RÉGION DU CANADA

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC LE MÉDECIN DE FAMILLE ATTITRÉ (RÉGULIER) (%)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC L'INFIRMIÈRE (%)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC LE PROFESSIONNEL DE LA LIGNE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ OU INFO SANTÉ (%)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (AUTRES SERVICES) (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	9	*	*	6
Île-du-Prince-Édouard	*	5	*	7
Nouvelle-Écosse	17	11	*	11
Nouveau-Brunswick (total)	79	85	87	82
Région nord	92	97	94	97
Région sud-est	82	88	87	81
Région centre et sud-ouest (reste)	27	30	56	24
Québec (total)	81	60	48	59
Région Estrie et sud	75	46	31	50
Région est	68	67	31	61

TABLEAU 2 (SUITE)

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC LE MÉDECIN DE FAMILLE ATTITRÉ (RÉGULIER) (%)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC L'INFIRMIÈRE (%)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC LE PROFESSIONNEL DE LA LIGNE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ OU INFO SANTÉ (%)	A UTILISÉ LA LANGUE MINORITAIRE AVEC LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (AUTRES SERVICES) (%)
Région Montréal	89	67	53	64
Région ouest	78	54	50	60
Région Québec et environs	15	8	*	9
Reste du Québec	51	37	13	26
Ontario (total)	33	36	37	22
Région nord-est	37	42	38	31
Région Ottawa	49	50	45	26
Région sud-est	76	70	75	59
Région Toronto	6	*	8	2
Reste de l'Ontario	8	8	15	2
Manitoba	16	16	25	14
Saskatchewan	*	*	*	*
Alberta	3	*	*	*
Colombie-Britannique	*	*	*	*
Territoires (regroupés)	8	*	*	*
Canada moins le Québec	41	51	53	41

*Résultat non divulgué en raison d'un échantillon trop faible de répondants

Outre des différences dans l'accès aux services de santé en langue minoritaire, des variations interprovinciales ressortent quant à l'accès général à certains types de services de santé, tels que ceux offerts par un médecin de famille attiré. Le tableau 3 illustre que 31 % des francophones qui vivent dans les territoires ainsi que 26 % des anglophones demeurant au Québec n'ont pas de médecin de famille attiré, comparativement à 7 % des francophones de la Nouvelle-Écosse. Tout comme cette dernière province, la proportion de CLOSM n'ayant pas de médecin de famille est basse au Nouveau-Brunswick (7 %), au Manitoba (11 %), en Saskatchewan (11 %) et en Ontario (12 %). L'Île-du-Prince-Édouard ainsi que Terre-Neuve et Labrador suivent avec 16 % et 17 % respectivement.

Les francophones du Nouveau-Brunswick et des territoires et les anglophones au Québec sont proportionnellement plus nombreux que ceux des autres provinces à affirmer avoir un endroit où se rendre régulièrement (mis à part le bureau du médecin de famille attiré) lorsqu'ils sont malades ou lorsqu'ils ont besoin de conseils en matière de santé. La majorité des francophones des Maritimes et des territoires ont identifié l'hôpital comme endroit privilégié où se rendre lorsqu'ils sont malades, tandis que ceux des provinces de l'Ouest ont plutôt cerné la clinique de santé comme endroit de choix. La clinique de santé est également préconisée davantage que l'hôpital par les anglophones du Québec. Cela représente un reflet des différences dans l'organisation des services de santé entre provinces canadiennes. Par exemple, les centres de santé communautaires sont établis depuis plusieurs années au Québec tandis que leur présence au Nouveau-Brunswick est plus récente.

3.5 Accès aux services de santé en langue minoritaire selon le type de professionnel

Comme c'est le cas pour la population canadienne générale, les services de santé offerts par le médecin de famille attiré sont de loin les plus utilisés par les minorités de langue officielle de toutes les provinces et territoires canadiens. La proportion de gens ayant eu recours à ce type de service au moins une fois au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête varie de 78 % à 85 % partout au pays (tableau 4). Durant cette même période de 12 mois, moins d'un quart des francophones hors Québec et des Anglophones du Québec ont utilisé les services d'une infirmière, tandis que cette proportion s'élève à 33 % dans les territoires.

TABEAU 3 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ OFFERTS PAR UN MÉDECIN DE FAMILLE ET ENDROIT OÙ ALLER CONSULTER RÉGULIÈREMENT EN CAS DE MALADIE OU DE BESOINS DE CONSEILS EN MATIÈRE DE SANTÉ PAR RÉGION DU CANADA

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	N' A PAS DE MÉDECIN DE FAMILLE ATTITRÉ (RÉGULIER) (%)	A UN ENDROIT PRIVILÉGIÉ POUR CONSULTER EN CAS DE MALADIE (À PART LE BUREAU DE SON MÉDECIN) (%)	ENDROIT PRINCIPAL OÙ ALLER : L'HÔPITAL (%)	ENDROIT PRINCIPAL OÙ SE RENDRE : LA CLINIQUE DE SANTÉ (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	17	50	71	19
Île-du-Prince-Édouard	16	50	56	30
Nouvelle-Écosse	7	53	61	29
Nouveau-Brunswick (total)	7	67	61	30
Région nord	6	66	73	17
Région sud-est	6	71	44	49
Région centre et sud-ouest (reste)	7	64	*	*
Québec (total)	26	61	30	42
Région Estrie et sud	18	64	44	29
Région est	24	73	44	23
Région Montréal	28	60	24	47
Région ouest	25	63	37	37
Région Québec et environs	27	55	37	33
Reste du Québec	25	65	45	27

TABLEAU 3 (SUITE)

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	N' A PAS DE MÉDECIN DE FAMILLE ATTITRÉ (RÉGULIER) (%)	A UN ENDRIT PRIVILÉGIÉ POUR CONSULTER EN CAS DE MALADIE (À PART LE BUREAU DE SON MÉDECIN) (%)	ENDRIT PRINCIPAL OÙ ALLER : L'HÔPITAL (%)	ENDRIT PRINCIPAL OÙ SE RENDRE : LA CLINIQUE DE SANTÉ (%)
Ontario (total)	12	54	39	53
Région nord-est	11	60	47	46
Région Ottawa	13	55	30	62
Région sud-est	6	58	57	33
Région Toronto	15	42	*	*
Reste de l'Ontario	12	53	32	59
Manitoba	11	43	37	52
Saskatchewan	11	33	31	54
Alberta	16	42	40	47
Colombie-Britannique	16	42	*	*
Territoires (regroupés)	31	65	56	23
Canada moins le Québec	11	54	46	45

*Résultat non divulgué en raison d'un échantillon trop faible de répondants

Environ un francophone sur cinq a eu recours aux services offerts par un professionnel d'une ligne d'information sur la santé lors des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Par contre, en Nouvelle-Écosse, seulement 5 % des francophones ont affirmé avoir utilisé ce type de service. Les services offerts par d'autres types de professionnels de la santé ont été utilisés par 32 % des francophones hors Québec et 35 % des anglophones du Québec.

TABEAU 4 UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ OFFERTS PAR DIFFÉRENTS TYPES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ LORS DES 12 MOIS QUI ONT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE PAR RÉGION DU CANADA

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UN MÉDECIN DE FAMILLE ATTITRÉ (RÉGULIER) (%)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UNE INFIRMIÈRE (%)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UNE LIGNE D'INFO SUR LA SANTÉ (%)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	84	30	*	28
Île-du-Prince-Édouard	82	25	*	27
Nouvelle-Écosse	84	22	5	31
Nouveau-Brunswick (total)	82	28	21	41
Région nord	80	29	21	40
Région sud-est	83	25	23	44
Région centre et sud-ouest (reste)	85	33	18	37
Québec (total)	81	23	23	35
Région Estrie et sud	79	24	19	35
Région est	83	37	17	43
Région Montréal	81	23	23	36
Région ouest	82	24	27	31
Région Québec et environs	82	22	23	32
Reste du Québec	82	17	21	35
Ontario (total)	82	21	20	31
Région nord-est	83	25	20	35

TABLEAU 4 (SUITE)

RÉGION GÉOGRAPHIQUE (N=17 576)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UN MÉDECIN DE FAMILLE ATTITRÉ (RÉGULIER) (%)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UNE INFIRMIÈRE (%)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UNE LIGNE D'INFO SUR LA SANTÉ (%)	A UTILISÉ LES SERVICES D'UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (%)
Région Ottawa	83	23	20	34
Région sud-est	82	21	19	31
Région Toronto	85	17	18	24
Reste de l'Ontario	81	20	20	29
Manitoba	84	20	16	22
Saskatchewan	81	26	15	21
Alberta	84	25	27	23
Colombie-Britannique	82	22	19	29
Territoires (regroupés)	78	33	*	34
Canada moins le Québec	82	23	20	32

*Résultat non divulgué en raison d'un échantillon trop faible de répondants

4. DISCUSSION

4.1 La santé autoévaluée

Peu d'études se sont penchées sur la question de l'état de santé des CLOSM au Canada, surtout au niveau des provinces/territoires et des régions sous-provinciales. Une analyse secondaire des données de quatre cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), menée par Bélanger et coll. révèle que 16,7 % des hommes et

16,4 % des femmes francophones du Nouveau-Brunswick perçoivent qu'ils et qu'elles sont en mauvaise santé¹⁹. Ces chiffres rejoignent les résultats de la présente étude, qui évalue la prévalence de la mauvaise santé perçue par les francophones du Nouveau-Brunswick à 17 %.

Du côté des anglophones demeurant au Québec, notre analyse des données de l'EVMLO révèle que 10 % d'entre eux perçoivent qu'ils sont en mauvaise santé. Ce résultat est quasi identique à celui dévoilé par l'Institut national de santé publique du Québec qui, par l'entremise d'une analyse secondaire du cycle 4.1 de l'ESCC, a établi la prévalence de la mauvaise santé perçue par les anglophones du Québec à 10,5 %²⁰. Bien que cette prévalence soit basse, notre analyse de l'EVMLO révèle des différences régionales considérables à l'intérieur même du Québec. Par exemple, 8 % des anglophones de la région de Montréal perçoivent être en mauvaise santé comparativement à 19 % des anglophones de l'est du Québec.

Des différences notables dans la prévalence de la mauvaise santé perçue ressortent ainsi entre provinces/territoires canadiens et entre certaines régions sous-provinciales. Cela peut être attribuable à une différence réelle dans l'état de santé des gens ou à d'autres facteurs confondants tels que la distribution de l'âge, l'organisation des services de santé ou la présence de déterminants sociaux de la santé plus défavorables dans certaines régions. Par exemple, 9 % des francophones demeurant dans les territoires perçoivent être en mauvaise santé, comparativement à 17 % des francophones de la Saskatchewan. Cet écart peut être lié au fait que la population francophone des territoires est largement transitoire, et donc inévitablement plus jeune, tandis que 34 % des francophones de la Saskatchewan sont âgés de 65 ans et plus¹⁵. Cette explication demeure par contre hypothétique puisqu'elle n'a pas été l'objet d'une analyse approfondie.

La santé autoévaluée étant la seule variable de l'EVMLO portant sur l'état de santé des CLOSM, cela pose une limite quant à l'interprétation des résultats. Nous considérons néanmoins que cette variable est très pertinente en ce qu'elle contient une subjectivité qui pourrait être associée au sentiment général de vivre en situation de minorité et au statut social du groupe linguistique. Dans l'ouvrage *La santé en situation linguistique minoritaire*, Bouchard et coll. explorent l'hypothèse d'une santé différentielle des francophone hors Québec en rapport avec leur statut de minorité de langue officielle au Canada²¹. Une analyse de

régression logistique multivariée menée sur les cycles 1.1 et 2.1 combinés de l'ESCC révèle que, après ajustement pour certains grands déterminants de la santé, les hommes francophones sont plus enclins que leurs homologues anglophones à se déclarer en moins bonne santé. L'étude illustre ainsi la possibilité que le rapport minoritaire/majoritaire exerce une influence sur l'expression des déterminants sociaux de la santé chez les francophones en situation minoritaire au Canada²¹.

4.2 L'accès aux services de santé en langue minoritaire

L'analyse des données de l'EVMLO montre que la difficulté exprimée quant à l'obtention des services de santé en langue minoritaire est élevée dans la majorité des provinces ainsi que dans les territoires. Tel qu'il a été anticipé, les provinces comprenant une plus grande proportion de CLOSM affichent un meilleur accès aux services de santé en langue minoritaire, ce qui est le cas au Nouveau-Brunswick et au Québec. En plus d'une concentration élevée de CLOSM, ces deux provinces se démarquent au niveau de la reconnaissance législative et juridique de ces groupes, qui disposent d'infrastructures établies et de ressources allouées à l'offre active de services en langue minoritaire. Les francophones de l'Ontario et du Manitoba dévoilent quant à eux un accès pouvant être qualifié de « moyen », tandis que ceux des territoires, des provinces de l'Ouest canadien et des Maritimes (à l'exception du Nouveau-Brunswick) ont un accès de faible à très faible aux services de santé en langue minoritaire. Encore une fois, des différences à cet égard ressortent à l'intérieur même des sous-régions provinciales enquêtées.

Un nombre limité d'études ont tenté de mesurer l'accès aux services de santé en langue minoritaire, particulièrement au niveau provincial ou régional. Une étude nationale menée par la FCFA en 2001 soulignait que de 50 % à 55 % des francophones vivant en situation linguistique minoritaire n'avaient que peu ou pas accès à des services de santé en français dans leur province¹¹. Dans l'EVMLO, la difficulté perçue à obtenir des services de santé en français s'étend de 11 % au Nouveau-Brunswick à 78 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Établir une moyenne nationale, et souvent même provinciale, masque ainsi les réalités extrêmement divergentes des CLOSM vivant dans des contextes régionaux souvent bien différents. Par exemple, au Nouveau-Brunswick, seule province officiellement bilingue au pays, cette statistique varie de 6 % dans le nord,

où la minorité francophone est majoritaire, à 45 % au centre sud-ouest, où les francophones sont largement minoritaires. Cela laisse supposer que le contexte local a une forte influence sur l'accessibilité aux services dans sa langue, et cela indépendamment de la juridiction provinciale.

Au Québec, 26 % des anglophones de la province ont affirmé qu'il serait difficile pour eux d'obtenir des services de santé en anglais. D'après une enquête menée par le CROP pour le CHSSN¹⁷, 45,9 % des anglophones du Québec sont insatisfaits de l'accès aux services sociaux et de santé offerts en anglais dans leur région. Bien que la variable d'intérêt soit différente, les résultats issus de l'EVMLO suggèrent une situation moins désavantageuse que celle exposée par le CHSSN en ce qui concerne l'accès aux services de santé en anglais au Québec. Il est toutefois important de préciser que l'étude du CHSSN mesure un indicateur de satisfaction de l'accès aux services, tandis que la variable de l'EVMLO présentée ci-haut ne traite pas de manière explicite la notion de satisfaction. La comparaison et l'interprétation de la variable portant sur la difficulté à obtenir des services de santé en langue minoritaire s'avèrent limitées en raison du manque d'études antérieures ayant mesuré ce même indicateur.

De l'information sur l'offre de services de santé en langue minoritaire est également obtenue par l'entremise de variables portant sur la langue utilisée avec le professionnel de la santé. Le Nouveau-Brunswick et le Québec se démarquent de loin à cet égard, puisque ces deux provinces comprennent une proportion très élevée de gens qui disent parler la langue minoritaire avec leur médecin de famille attitré. Cependant, on remarque à nouveau un large gradient de variation à l'intérieur de ces provinces en rapport avec la concentration régionale des CLOSM. La situation est beaucoup moins favorable ailleurs au Canada, à l'exception de la région d'Ottawa et du sud-est de l'Ontario, où une proportion assez élevée de Francophones parlent français avec leur médecin de famille attitré. Les CLOSM du Nouveau-Brunswick et du Québec étaient également proportionnellement plus nombreux à avoir parlé la langue minoritaire avec l'infirmière, le professionnel de la ligne d'information sur la santé et les autres types de professionnels de la santé.

La concentration plus élevée de francophones au Nouveau-Brunswick et le statut de province bilingue contribuent certainement à l'offre accrue de services en langue minoritaire au sein de cette province. Une masse critique de francophones permet alors probablement de mieux

desservir la population linguistique en situation minoritaire. Par ailleurs, l'augmentation de la formation postsecondaire en français en sciences de la santé et notamment en médecine au Nouveau-Brunswick a vraisemblablement eu une incidence favorable sur la disponibilité d'une main-d'œuvre francophone prête à donner les services dans cette province^{19, 22}. La création de la Société santé et mieux-être en français du Nouveau-Brunswick ainsi que la désignation d'un sous-ministre délégué de la Santé pour les services francophones sont d'autres éléments qui peuvent avoir joué en faveur d'un bon accès à des services de santé en Français pour les néo-brunswickois.

Le Québec compte également une proportion relativement élevée d'anglophones ainsi que de grandes institutions publiques, telles que des universités et des hôpitaux anglophones. Cela augmente le bassin potentiel de professionnels de la santé qui parlent la langue minoritaire et qui peuvent fournir des services à la population anglophone de la province. De plus, une proportion plus élevée de francophones demeurant au Québec sont bilingues, et peuvent ainsi offrir des services en langue minoritaire, comparativement aux anglophones des provinces et territoires canadiens qui présentent des taux de bilinguisme relativement faibles²³.

Au-delà de l'offre de services de santé en langue minoritaire, l'EVMLO donne de l'information importante quant à la demande de services linguistiquement concordants par les CLOSM. La proportion de gens qui disent accorder une importance à l'obtention de services de santé en langue minoritaire est élevée partout au Canada, se situant à 74 % chez les francophones hors Québec et à 92 % chez les anglophones du Québec. Par contre, les proportions diminuent à près de 50 % dans les provinces de l'Ouest canadien (mis à part le Manitoba). Tout de même, la proportion élevée de CLOSM qui accordent une importance à l'obtention de services de santé en langue minoritaire témoigne d'une demande considérable pour des services linguistiquement concordant à travers le pays.

4.3 L'accès et l'utilisation des services de santé par les CLOSM

L'accès à un médecin de famille attiré est élevé partout au pays, à l'exception des territoires et du Québec. La situation des territoires est particulière puisque la population francophone qui y demeure est hautement

transitoire, ce qui pose un défi en ce qui a trait à l'accès à un médecin de famille attiré. Au Québec, des études ont dénoncé la pénurie de médecins de famille partout dans la province, tant pour fournir des services à la population anglophone qu'à la population francophone^{14, 15, 24}. En contrepartie, les CLOSM des territoires et du Québec affichent une proportion élevée de gens qui affirment pouvoir se rendre régulièrement à un endroit privilégié (à part le bureau du médecin de famille attiré) en cas de maladie ou d'un besoin de conseils en matière de santé. Il est ainsi possible que la difficulté à obtenir un médecin de famille attiré soit compensée par la sécurisation d'un au endroit privilégié pour obtenir des soins.

Ces résultats comportent des répercussions importantes, puisque le fait d'avoir un médecin de famille attiré est associé à des conséquences positives telles qu'un meilleur accès à des services préventifs²⁵⁻²⁸, une plus grande observance des médicaments par le patient^{29, 30}, une hausse de la satisfaction des patients^{25, 31}, et moins d'inconforts et d'insatisfaction chez les personnes atteintes d'une maladie chronique³². Ainsi, il est probable qu'une augmentation de l'accès à un médecin de famille attiré pour les CLOSM des territoires et du Québec ait des effets bénéfiques sur la santé et la satisfaction de ces populations.

Partout au Canada, ce sont les services offerts par le médecin de famille attiré qui sont utilisés en plus grande proportion par les CLOSM. Plus précisément, de 78 % à 85 % des répondants de l'EVMLO qui ont dit avoir un médecin de famille attiré ont également affirmé avoir consulté ce professionnel de la santé au cours de 12 mois qui ont précédé l'enquête. Deux études comprenant une analyse secondaire des données de l'ESCC; l'une menée par l'Institut national de la statistique du Québec¹⁸ et l'autre par Nabalamba et Millar³³; ont fait ressortir des résultats semblables. Tel que l'illustrent Bouchard et coll., les services de santé offerts par le médecin de famille attiré constituent le type de service le plus utilisé par les CLOSM francophones et anglophones ainsi que par la population canadienne générale^{17, 18}.

Il convient néanmoins d'être prudent au regard de ces résultats, car ils sont de nature descriptive et ne reflètent que les questions incluses dans l'EVMLO. Grâce à cette enquête, il a été possible de dresser un portrait de l'accès et de l'utilisation des services de santé en langue minoritaire par les CLOSM. Une limite inhérente à l'enquête est qu'elle ne permet pas d'établir de comparaisons avec la majorité linguistique. Des

indicateurs importants tels que la santé perçue, l'accès à un médecin de famille attiré et l'utilisation de différents types de services de santé n'ont ainsi pu faire l'objet de comparaisons directes avec la population anglophone hors Québec et la population francophone du Québec.

Comme on l'a abordé précédemment, la présentation de statistiques au niveau national ou même provincial masque souvent des différences importantes entre les régions où les CLOSM évoluent dans des contextes sociolinguistiques divergents. L'enjeu est moindre au Nouveau-Brunswick, en Ontario et au Québec, où les résultats sont disponibles pour des régions intraprovinciales, tandis que le reste des CLOSM se trouvent regroupées par province ou territoire. Le faible nombre de francophones vivant dans certaines provinces hors Québec limite souvent la stratification en régions sous-provinciales.

CONCLUSION

L'analyse descriptive du volet santé de l'EVMLO a permis de dresser un portrait général de l'accès et de l'utilisation des services de santé en langue minoritaire, et ce, pour les CLOSM du Canada et de ses provinces et territoires, et de régions sous-provinciales du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario et du Québec. En général, dans la majorité des provinces canadiennes, la demande de services de santé linguistiquement concordants surpasse l'offre de ces services. D'après les CLOSM d'un bout à l'autre du pays, le manque de professionnels de la santé aptes à offrir des services dans la langue minoritaire représente une des limites de leur offre. La situation semble toutefois plus avantageuse au Nouveau-Brunswick et au Québec, deux provinces où les CLOSM bénéficient de droits linguistiques accrus et d'institutions de santé bien ancrées. Néanmoins, des différences sous-provinciales importantes subsistent à l'intérieur même de ces provinces. Cela suggère qu'au-delà des juridictions provinciales, les contextes locaux en rapport avec le statut de minorité ou majorité linguistique exercent une influence considérable sur l'accessibilité aux services dans sa langue.

Le présent chapitre a également rendu compte de l'état de santé général des CLOSM, qui semble supérieur dans les territoires, au Québec, en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador. Compte tenu de l'absence d'analyses permettant d'ajuster les résultats pour des

déterminants clés de la santé tels que l'âge et le niveau d'éducation, ces constatations doivent être considérées avec prudence. L'accès et l'utilisation de différents types de services de santé par les CLOSM varient également entre provinces canadiennes, reflétant souvent l'organisation différente des systèmes de santé provinciaux partout au pays. Des constats importants ressortent ainsi de ce chapitre descriptif et méritent d'être explorés en profondeur. En particulier, les participants à l'EVLMO rapportent qu'il est très difficile d'obtenir des services de santé dans leur langue maternelle et que cette difficulté est liée à un manque de professionnels pouvant communiquer dans leur langue. Les résultats indiquent aussi que dans les régions où la langue est la plus minoritaire on trouve les plus hauts niveaux d'inconfort relatifs à la demande de services de santé dans sa langue. Au-delà des pistes d'action pour mieux desservir les CLOSM, cette analyse descriptive permet de recommander l'étude de la situation des CLOSM à des échelles géographiques plus fines et la création d'outils d'enquête pertinents relativement aux besoins spécifiques des communautés.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Instituts de recherche en santé du Canada (2009), *Initiative Communautés de langue officielle en situation minoritaire: Passé, présent, future - Rapport d'étape*, Ottawa, [En ligne] [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/proxy.bib.uottawa.ca/f/41538.html#s12>].
- 2 Sarver, Joshua et David W. Baker (2000), « Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit », *Journal of Internal Medicine*, vol. 15, n° 4, p. 256-264.
- 3 Flores, Glenn (2006), « Language barriers to health care in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 3, p. 229-231.
- 4 Solis, Julia M., Gary Marks et David Shelton (1990), « Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: findings from HHANES 1982-84 », *American Journal of Public Health*, vol. 80, n° supplémentaire, p. 11-19.
- 5 Hu, Dale J. et Ruth M. Covell (1998), « Health care usage by Hispanic outpatients as a function of primary language », *Western Journal of Medicine*, n° 144, p. 490-493.

- 6 Woloshin, Steven, Lisa M. Schwartz, Steven J. Katz et H. Gilbert Welch (1997), « Is language a barrier to the use of preventive services? », *Journal of general internal medicine*, vol. 12, n° 8, p. 472-477.
- 7 Ava, John-Baptiste, Gary Naglie et George Tomlinson (2004), « The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality », *Journal of General Internal Medicine*, no 19, p. 221-228.
- 8 Bélanger, Mauril (2003), *L'accès aux soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle: fondements juridiques, initiatives actuelles et perspectives d'avenir*, Comité permanent des langues officielles de la Chambre des communes, Canada, Ottawa.
- 9 Bowen, Sarah (2001), *Language Barriers in Access to Health Care/ Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Health Canada Minister of Public Works and Government Services, Canada.
- 10 Divi, Chandrika, Richard G. Koss, Stephen Schmaltz et Jerod M. Loeb (2007), « Language proficiency and adverse events in U.S. hospitals: a pilot study », *International Journal of Quality in Health Care*, n° 19, p. 60-67.
- 11 Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) du Canada (2001), *Santé en français-Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa.
- 12 Yeo, Seonae (2004), « Language Barriers and Access to Care », *Annual Review of Nursing Research*, vol. 22, n° 1, p. 59-75.
- 13 Bourbonnais, Valérie (2007), *La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire. État des lieux en Ontario*, M. A. Sociologie, Université d'Ottawa.
- 14 Bouchard, Louise, Isabelle Gaboury, Marie-Hélène Chomienne et Isabelle Gagnon-Arpin (2009), *Profil santé des communautés anglophones minoritaires au Québec*, Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en contexte minoritaire au Canada (RISF).

- 15 Bouchard, Louise, Isabelle Gaboury, Marie-Hélène Chomienne et Isabelle Gagnon-Arpin (2009), *Profil santé des communautés francophones minoritaires au Canada*, Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en contexte minoritaire au Canada (RISF).
- 16 Community Health and Social Services Network (CHSSN) (2007), *Investing in the Health and Vitality of Quebec's English-Speaking Communities, A Community Action Plan 2008-2013*, [En ligne] [http://www.chssn.org/Document/Download/CHSSN_5year-plan_en.pdf].
- 17 Pocock, Joanne (2006), *Baseline Data Report 2005-2006*, Community Health and Social Services Network (CHSSN).
- 18 Aubin, Jacinthe, Issouf Traoré et Institut de la statistique du Québec (2007), *La consultation de professionnels de la santé par les Québécois : comparaisons temporelles et provinciales*, Zoom Santé.
- 19 Bélanger, Mathieu, Louise Bouchard, Isabelle Gaboury, Brigitte Sonier, Isabelle Gagnon-Arpin, Aurel Schofield et Paul-Émile Bourque (2011), « Perceived health status of Francophones and Anglophones in an officially bilingual Canadian province », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 102, n° 2, p. 122-126.
- 20 Institut national de santé publique du Québec (2010), *Linguistic communities comparisons*, [En ligne] [<http://www.inspq.qc.ca/santescope/default.asp?NumVol=12&Lg=en&nav=N>].
- 21 Bouchard, Louise, Isabelle Gaboury, Marie-Hélène Chomienne, Anne Gilbert et Lise Dubois (2009), « La santé en situation linguistique minoritaire », *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, vol. 4, n° 4, p. 36-42.
- 22 Landry, Michel, Aurel Schofield, Rachel Bordage et Mathieu Bélanger (2011), « Improving recruitment and retention of physicians through local opportunities for medical education », *Medical Education*, n° 11, p. 9.
- 23 Statistique Canada (2010), *Le taux de bilinguisme au Canada*, Accessed November 3rd, Ottawa, [En ligne] [http://www.salic-slmc.ca/showpage.asp?file=langues_en_presence/langues_off/taux_biling&language=fr&updatemenu=true].
- 24 Statistique Canada (2008), *Health Indicators*, catalogue n° 82-221-XIE, Ottawa.

- 25 Haggerty, Jeannie, Raynald Pineault, Marie-Dominique Beaulieu, Yvon Brunelle, François Goulet, Jean Rodrigue et Josée Gauthier (2004), *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec: barrières et facteurs facilitateurs*, [En ligne] [http://www.medfam.umontreal.ca/doc/chaire_sadok_besrour/continuite_rapport.pdf].
- 26 Ettner, Susan L. (1999), « The Relationship Between Continuity of Care and the Health Behaviors of Patients: Does Having a Usual Physician Make a Difference? », *Medical Care*, vol. 37, n° 6, p. 547-555.
- 27 Rakowski, William, Barbara K. Rimer, Sharon A. Bryant (1993), « Integrating behaviour and intention regarding mammography by respondents in the 1990 National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention », *Public Health Reports*, n° 108, p. 605-624.
- 28 Martin, Lesser, E. E. Cale, Aliza P. Wingo et C. W. Heath (1996), « Comparison of mammography and Pap test use from the 1987 and 1992 national health interview surveys: are we closing the gaps? », *American Journal of Preventive Medicine*, n° 12, p. 82-90.
- 29 Stewart, Moira A. (1995), « Effective physician-patient communication and health outcome: a review », *Canadian Medical Association Journal*, n° 152, p. 1423-1433.
- 30 Frank, Ellen, David J. Kupfer et Lori R. Siegel (1995), « Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care », *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 56 (suppl), p. 11-15.
- 31 Weiss, Linda J. et Jan Blustein (1996), « Faithful patients: the effect of long-term patient-physician relationships on the cost and use of health care by Americans », *Journal of Public Health*, vol. 86, n° 12, p. 1742-1747.
- 32 Anderson, Linda A. et Marc Zimmerman (1992), « Patient and physician perception of their patient satisfaction: a study of chronic disease management », *Patient Education Counsel*, n° 20, p. 27-36.
- 33 Nabalamba, Alice et Wayne J. Millar (2007), « Going to the doctor », *Health reports*, p. 1.

