

Les minorités linguistiques du Canada et la santé

Linguistic Minorities in Canada and Health



LOUISE BOUCHARD, PHD

*Professeure, Sociologie/Institut de recherche sur la santé des populations et
Département de sociologie et d'anthropologie
Université d'Ottawa
Ottawa, ON*

MARTIN DESMEULES, MA

*Institut de recherche sur la santé des populations
Université d'Ottawa
Ottawa, ON*

Résumé

Les minorités de langue officielle (les francophones hors-Québec et les anglophones du Québec) représentent près de 6,4 % de la population canadienne. Bien que le français et l'anglais aient un statut d'égalité juridique selon la Constitution canadienne, il y a lieu de s'interroger sur leur égalité dans le domaine de la santé : les communautés francophones et anglophones du Canada, selon leur statut de minorité ou de majorité, présentent-elles le même profil santé ? Ont-elles accès aux mêmes services de santé et dans les mêmes conditions ? L'objectif de cet article est de rendre compte des enjeux de santé reliés au fait d'appartenir à une minorité linguistique. Nos recherches permettent de mettre en évidence des disparités sociales et de santé qui peuvent être attribuées au fait minoritaire. Dans le contexte canadien des deux langues officielles, une politique de santé équitable devra dorénavant prendre en considération la situation linguistique minoritaire comme déterminant de la santé.

Abstract

Official language minorities (Francophones outside of Quebec and Anglophones in Quebec) make up about 6.4% of the Canadian population. Even though the Canadian constitution

gives legal equality status to French and English, there is still room to ask if this equality is maintained in the health sector. In other words, do Francophone and Anglophone communities of Canada have the same health profiles regardless of their minority or majority status? Do they have access to the same health services and in the same conditions? The objective of this paper is to identify the health issues associated with belonging to a linguistic minority. Our research allows us to highlight the social and health disparities that can be attributed to belonging to a minority. In the Canadian context, which has two official languages, an equitable health policy will have to take into consideration language as a determinant of health.

Introduction

L'objectif de cet article est de rendre compte des enjeux de santé reliés au fait d'appartenir à une communauté de langue officielle en situation minoritaire du Canada : les francophones vivant dans les provinces et territoires majoritairement anglophones et les anglophones vivant au Québec, seule province majoritairement francophone du pays.

À la suite d'une recommandation de la Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme (1963–1971), le gouvernement fédéral canadien a adopté la Loi sur les langues officielles (1969) faisant de l'anglais et du français, d'égal statut, les langues officielles du pays. D'abord abrogée en 1988, la Loi a été modifiée en 2005 : l'adjonction (point 41.2) modifia la Loi en renforçant le caractère exécutoire des dispositions incombant au gouvernement fédéral (Gouvernement du Canada 2011). Par l'article 41, le gouvernement fédéral s'engage à : soutenir le développement des minorités linguistiques; promouvoir la pleine reconnaissance des deux langues officielles; prendre des mesures pour assurer la progression vers l'égalité de statut et d'usage du français dans la société canadienne.

Considérant cette obligation constitutionnelle de protection des communautés de langues officielles en situation minoritaire et cette responsabilité quant à la prise de mesures propres à assurer la progression vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne, aucune étude n'avait à ce jour vérifié le lien entre la situation minoritaire et la santé au Canada. Nos différents travaux de recherche s'y sont affairés, dévoilant à nouveau l'importance de la position sociale comme déterminant de la santé (Bouchard et Meunier 2011).

Les minorités de langue officielle au Canada

D'entrée de jeu, un portrait de la situation linguistique canadienne s'impose. Des 10 provinces et trois territoires, seule la province de Québec est majoritairement francophone (85,7 % francophone / 13,4 % anglophone; 6 373 225 francophones / 994 275 anglophones). Parmi les provinces et territoires majoritairement anglophones, le Nouveau-Brunswick (32,7 % francophone / 67,2 % anglophone) et l'Ontario (4,5 % francophone / 93,4 % anglophone) ont les plus forts pourcentages de francophones. Par ailleurs, c'est en Ontario, la province la plus peuplée du Canada, que l'on retrouve le plus grand nombre de francophones hors-Québec, à savoir

537 595 francophones sur les 997 125 francophones au pays (excluant le Québec); ils représentent ainsi tout près de 54 % de la population francophone hors-Québec. Sur cette échelle, le Nouveau-Brunswick suit avec 23,5 %; suivent l'Alberta (6,3 %) et la Colombie-Britannique (6,2 %). À l'échelle nationale, on compte ainsi tout près de 2 millions (1 991 850) de Canadiens vivant en contexte linguistique minoritaire, en anglais au Québec et en français dans les autres provinces et territoires canadiens.

TABLEAU 1. Les minorités de langue officielle au Canada

Province / territoire	Population francophone	Population anglophone
Canada (excluant le Québec)	997 125	22 368 330
Ontario	537 595	11 230 380
Nouveau-Brunswick	235 130	483 845
Alberta	62 785	3 154 380
Colombie-Britannique	61 735	3 891 885
Manitoba	43 120	1 080 230
Nouvelle-Écosse	32 225	869 565
Saskatchewan	14 850	935 865
Île-du-Prince-Édouard	5 135	129 030
Terre-Neuve-et-Labrador	1 935	497 915
Yukon	1 185	28 890
Territoires du Nord-Ouest	1 005	39 730
Nunavut	425	26 610
Québec	6 373 225	994 725

Source : Statistique Canada 2007.

La situation des minorités linguistiques au Canada

Le gouvernement canadien a le devoir de définir un plan de mise en œuvre des dispositions législatives pour remplir son engagement à l'égard de l'égalité des deux communautés linguistiques. Cette planification a culminé en 2003 avec le document intitulé « Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne » (Gouvernement du Canada 2003). Suivant ce plan, l'État fédéral entend revitaliser la dualité linguistique. Il cible son intervention en cinq axes : l'éducation, le développement des communautés, la fonction publique fédérale, la petite enfance et la santé. Dans le domaine de la santé, le plan s'appuyait sur les recommandations des comités consultatifs des communautés francophones en situation minoritaire et des communautés anglophones en situation minoritaire (Santé Canada 2001). Ces rapports fai-

sant état des difficultés rencontrées par ces communautés au sein du système de santé canadien ont conduit à deux initiatives nationales comme solutions potentielles aux problèmes relatifs au domaine de la santé : la création du Consortium national de formation en santé, dédié à la formation des professionnels de la santé dans le but de desservir les minorités linguistiques, et le réseautage des acteurs de la planification et de l'organisation des services de santé sous l'égide de Société Santé en français et du Community Health and Social Services Network of Québec.

Du côté de la recherche en santé, grâce à un financement de développement des capacités de recherche des Instituts canadiens de recherche en santé (IRSC) de cinq ans (2006–2011), un réseau de recherche sur l'Étude des facteurs socio-environnementaux, culturels et structurels qui agissent sur les disparités en matière de santé chez les francophones en situation minoritaire (RISF) a été constitué (Leis et Bouchard 2006). Le RISF s'était donné comme mission de mieux comprendre les disparités de santé qui touchent les populations francophones vivant en milieu minoritaire au Canada et contribuer à leur réduction.

Le cadre conceptuel

Au Canada, comme ailleurs, les inégalités de santé sont de mieux en mieux documentées et mettent en relief l'importance des déterminants sociaux comme facteur explicatif des différentiels de longévité et de santé. Depuis la parution du rapport Lalonde en 1974, intitulé « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens » (Lalonde 1974), la santé commence à être envisagée de manière multidimensionnelle considérant à la fois le rôle des facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et médicaux. Durant les années 1980, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé identifie trois grands défis canadiens en matière de santé : 1) réduire les inégalités de santé, 2) accroître la prévention, 3) créer des milieux sains (Epp 1986). Enfin, durant les années 1990, un groupe de chercheurs de l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA) propose une approche plus intégrée de la santé qui deviendra l'approche santé des populations. L'ouvrage intitulé « Être ou ne pas être en santé » (Evans et al. 1996) propose un cadre d'analyse de l'ensemble des déterminants de la santé et de leurs interactions. Les auteurs soulèvent un paradoxe inouï pour des pays développés, à savoir l'existence, mais surtout la persistance d'inégalités de santé.

Les inégalités sociales se définissent comme résultant d'une répartition injuste des ressources telles que l'argent, l'éducation et le pouvoir et fondent la théorie des inégalités de santé (Wilkinson 1996). La thèse principale qui prévaut dans ce domaine de recherche est celle de la position sociale, le « Status syndrome », comme l'appelle Michael Marmot (2004), le chercheur pionnier du domaine; les individus au bas de l'échelle sociale sont plus malades et meurent plus précocement, et ce quel que soit le problème de santé. Ainsi, le sentiment d'infériorité, les conditions de vie dans la pauvreté, l'adversité, les événements stressants de la vie et les rapports de pouvoir constituent les déterminants sociaux à la source du gradient de santé, c'est-à-dire des disparités de santé entre individus et groupes sociaux.

Les résultats de recherche

La documentation disponible sur la santé des minorités de langue officielle n'est pas très abondante et souvent partielle. D'une part, pour des raisons techniques, du fait que la variable linguistique est soit absente, soit non standardisée dans nos systèmes d'information (données administratives de santé, données d'enquêtes populationnelles), et d'autre part en raison de faibles infrastructures de recherche et du faible nombre de chercheurs. À cela s'ajoute l'absence, jusqu'à tout récemment, de préoccupations gouvernementales envers les minorités linguistiques.

L'étude issue de nos travaux sur les déterminants de la santé en situation minoritaire dans le cadre de l'Enquête nationale de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Bouchard et al. 2009c) avait été précédée par deux autres études : les 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 et Allaire 2005) et l'étude sous la direction de Léandre Desjardins sur la santé au Nouveau-Brunswick (Desjardins 2003). Les principaux résultats démontraient que la population francophone de l'Ontario est plus âgée, qu'elle est moins scolarisée et qu'elle a un revenu inférieur à la moyenne provinciale; qu'elle se perçoit en moins bonne santé, ressent davantage de limitations dans ses activités quotidiennes et adopte un style de vie plus nuisible à la santé en termes de tabagisme, de consommation d'alcool et de régime alimentaire (Boudreau et Farmer 1999). Quant aux francophones du Nouveau-Brunswick, si l'état de santé s'est amélioré depuis 1985 (Robichaud 1985), le rapport de Desjardins (2003) montre que certaines régions continuent de présenter des indicateurs plus défavorables à la santé, ainsi que des défaillances notables en termes d'infrastructures et d'équipements hospitaliers, notamment dans les 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.

Il faut également souligner la production d'un rapport par Sarah Bowen (2001), qui a documenté la question des impacts des barrières linguistiques en santé touchant différents groupes minoritaires dont les Premières nations, les communautés culturelles ne parlant aucune des langues officielles, les malentendants et les communautés de langue officielle minoritaire. Le rapport illustre clairement les impacts négatifs des barrières linguistiques. Les limitations qu'elles causent pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire se traduisent en réalités observables.

Les analyses secondaires de l'ESCC que nous avons conduites ont permis 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 (Bouchard et al. 2009a).

Dans un article paru en 2009, nous avons pu démontrer une association entre le fait d'être francophone en situation minoritaire et la santé perçue. L'étude rapportait que la

minorité francophone se percevait en moins bonne santé que la majorité anglophone, tant chez les hommes que chez les femmes, mais lorsque nous ajustons pour diverses variables sociodémographiques et sanitaires il demeurerait chez les hommes francophones un résiduel de disparité que nous pourrions attribuer au facteur de « vie en situation minoritaire. »

Ces résultats soulèvent un fait important qui n'avait jamais été exploré dans le contexte canadien des langues officielles. Comme l'a amplement démontré la littérature, l'âge, le sexe et le revenu sont les principaux déterminants de la santé, mais le fait de vivre en situation linguistique minoritaire n'avait pas, jusqu'à maintenant, été documenté. Ainsi, le rapport minoritaire–majoritaire semble traduire une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui, en s'ajoutant à d'autres déterminants de la santé, contribue de facto aux disparités de santé. L'étude montre l'importance d'approfondir et de mieux comprendre l'ensemble des déterminants de la santé ainsi que les interactions entre les contextes, les milieux de vie locaux, l'impact des politiques et la santé.

TABLEAU 2. Santé des minorités linguistiques

Indicateurs	Francophones minoritaires ¹ (%)	Anglophones majoritaires ¹ (%)	Francophones majoritaires ² Québec (%)	Anglophones minoritaires ² hors-Montréal (%)
Mauvaise santé perçue	16,65	13,14	12,26	13,69
65 ans et plus	19,46	17,74	17,69	24,16
< niveau d'études secondaires	20,73	12,39	20,37	17,62
Faible revenu (0–19 ^e percentile)	20,43	17,28	17,48	21,04
Région rurale	29,53	17,75	20,91	30,12
> 2 maladies chroniques	20,08	17,17	15,66	20,26
Difficulté à accomplir une tâche	18,28	15,96	14,69	16,33
Pas de médecin	9,90	10,36	23,82	21,49
< 5 portions de fruits & légumes	60,35	60,54	57,54	57,66
Fumeur régulier et occasionnel	72,43	65,83	72,95	67,56
Buveur régulier et occasionnel	81,39	79,30	84,4	78,01
Inactif (au plan physique)	53,69	52,21	57,92	57,25
IMC + 30 *	18,26	16,55	14,37	18,71

Source : Bouchard et al. 2009c.

¹ Canada, sans le Québec: Données pondérées sur un échantillon de 256 966 personnes : 12 584 francophones et 244 382 anglophones.

² Québec : Données pondérées sur un échantillon de 42 996 personnes : 4 240 anglophones et 38 756 francophones

La minorité francophone vs la minorité anglophone

Au niveau général, comme l'indique le tableau 2, le profil de la minorité francophone à l'extérieur du Québec montre qu'une proportion plus élevée se perçoit en mauvaise santé,

TABEAU 3. Accès général aux services de santé dans la langue minoritaire par région géographique

Région géographique	Trouve qu'il serait difficile d'obtenir des services de santé dans la langue minoritaire (%)	A utilisé la langue minoritaire avec le médecin de famille régulier (%)	A utilisé la langue minoritaire avec l'infirmière (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	78	9	–
Île-du-Prince-Édouard	66	–	5
Nouvelle-Écosse	57	17	11
Nouveau-Brunswick (total)	11	79	85
Région Nord	6	92	97
Région Sud-Est	8	82	88
Région Centre et Sud-Ouest (reste)	45	27	30
Québec (total)	26	81	60
Région Estrie et Sud	31	75	46
Région Est	37	68	67
Région Montréal	23	89	67
Région Ouest	26	78	54
Région Québec et environs	57	15	8
Reste du Québec	50	51	37
Ontario (total)	40	33	36
Région Nord-Est	30	37	42
Région Ottawa	30	49	50
Région Sud-Est	17	76	70
Région Toronto	69	6	–
Reste de l'Ontario	64	8	8
Manitoba	40	16	16
Saskatchewan	72	–	–
Alberta	67	3	–
Colombie-Britannique	71	–	–
Territoires (regroupés)	63	–	–
Canada moins le Québec	35	41	51

Source : Gagnon-Arpin et al. 2013.

est plus âgée, est moins éduquée, est plus pauvre, déclare au moins deux maladies chroniques, une difficulté à accomplir une tâche, fumer et boire et avoir un indice de masse corporelle supérieure à 30 kg/m². La minorité anglophone du Québec, quand nous en extrayons la population de Montréal, présente un profil similaire. Quant à la proportion de répondants se déclarant inactifs, qu'ils soient en situation minoritaire ou non, elle est significativement plus élevée au Québec que dans le reste du Canada. De même, le pourcentage déclarant ne pas avoir de médecin est le double au Québec (23 %) par rapport au reste du Canada (10 %).

Le profil santé de la minorité francophone est très diversifié selon la province de résidence. Si le pourcentage moyen des perceptions de la mauvaise santé est de 17 %, au Nouveau-Brunswick c'est le fait de 20 %, en Nouvelle-Écosse de 19 % comme en Saskatchewan (19 %). Si nous examinons l'indicateur d'indice de masse corporelle supérieure à 30 kg/m², un indicateur d'obésité et de maladies chroniques, les francophones de quatre provinces se situent au-dessus du pourcentage moyen canadien de 18 % : 21 % en Nouvelle-Écosse, 20 % au Nouveau-Brunswick et au Manitoba et 25 % en Saskatchewan.

Au Québec, la minorité anglophone la plus défavorisée habite l'est du Québec : 18 % de cette population se perçoit en mauvaise santé, 44 % a moins d'un diplôme secondaire, 33 % se situe dans le niveau de revenu inférieur (0–19^e percentile), 53 % est inactive sur le marché du travail, 37 % n'a pas de médecin de famille, 47 % déclare plus de deux maladies chroniques et 29 % se situe dans la catégorie de l'indice de masse corporelle au-dessus de 30 kg/m².

L'enquête postcensitaire de 2006 qui a porté sur la vitalité des communautés de langue officielle du Canada (Corbeil et al. 2007) permet de jeter un éclairage nouveau sur l'offre et l'utilisation de services de santé en langue minoritaire (Tableau 3). L'analyse secondaire que nous en avons faite (Gagnon-Arpin et al. 2013), indique que c'est à Terre-Neuve que la proportion de répondants qui affirme qu'il est difficile d'obtenir des services de santé en langue minoritaire est la plus élevée (78 %), puis en Colombie-Britannique (71 %), et c'est au Nouveau-Brunswick où elle est la plus faible (11 %), bien que la région centre et sud-ouest détone (45 %), alors que le pourcentage moyen canadien, sans le Québec, est de 35 %.

L'utilisation de la langue minoritaire avec le médecin est le fait de 41 % des francophones et avec l'infirmière de 50 %. La proportion de répondants sur cette question est la plus élevée au Nouveau-Brunswick, sauf encore pour la région centre et sud-ouest. Au Québec, 80 % de la minorité anglophone s'exprime dans sa langue avec le médecin, mais 60 % avec l'infirmière. Dans la région de Québec et environs, seulement 15 % déclarent parler anglais avec le médecin et 8 % avec l'infirmière.

Conclusion

Force est de constater que le champ de recherche sur les minorités de langue officielle du pays a permis de mettre en évidence des disparités sociales et de santé qui peuvent être attribuées au fait minoritaire. Le rapport minorité–majorité, nous semble-t-il, traduit une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui s'ajoute aux autres déterminants sociaux.

Ces premières études au niveau national montrent que le contexte politique et le cadre législatif dans lesquels vit la minorité peuvent expliquer la variation qui traverse le pays. Ainsi, nous constatons qu'au Nouveau-Brunswick, province officiellement bilingue, bien que les déterminants sociaux soient défavorables, la minorité francophone apparaît mieux desservie dans sa langue. Au Québec, province francophone mais anglo-dominée historiquement, la minorité anglophone présente deux portraits distincts selon qu'elle habite la région métropolitaine de Montréal ou les autres régions de la province. Montréal est reconnue pour ses grandes institutions publiques anglophones et le Québec a incorporé dans sa loi sur les services de santé un article assurant l'offre de services en anglais. Par contre la minorité anglophone vivant dans l'est du Québec semble particulièrement vulnérable. Ces résultats laissent suggérer une relation entre l'affirmation nationale francophone et une situation sanitaire défavorable plus marquée pour la minorité anglophone des régions. En Ontario, la minorité francophone bénéficie d'une loi sur les services en français mais le poids de l'assimilation a eu ses effets négatifs sur la vitalité d'une population qui a dû s'angliciser pour accéder aux ressources. Plus nous nous éloignons vers l'ouest, plus ce fait est marqué, particulièrement en Saskatchewan où le profil de la minorité francophone montre des signes d'un vieillissement plus prononcé, avec les problèmes de santé qui peuvent s'ensuivre.

La langue est en première ligne de la communication entre les professionnels de la santé et la population et les impacts des barrières linguistiques sur la santé sont de mieux en mieux documentés. Dans le contexte canadien des deux langues officielles, une politique de santé équitable devra dorénavant prendre en considération la situation linguistique minoritaire comme déterminant de la santé.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le financement de la recherche sur les déterminants de la santé en situation minoritaire.

Correspondance : Louise Bouchard, Professeure, Sociologie/Institut de recherche sur la santé des populations, 1, rue Stewart, bureau 225, Ottawa, ON K1N 6N5; tél : (613) 562-5800, poste 1642; courriel : louise.bouchard@uottawa.ca

RÉFÉRENCES

- Bouchard, L. et M. Meunier. 2011. *Minorités de langue officielle du Canada: Égales devant la santé?* Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, L., I. Gaboury, M.-H. Chomienne, A. Gilbert et L. Dubois. 2009a. « La santé en situation linguistique minoritaire. » *Healthcare Policy* 4(4): 33–40.
- Bouchard, L., I. Gaboury et M.-H. Chomienne. 2009b. « La santé en francophonie canadienne : Vivre en situation minoritaire influence-t-il la santé? » *Bulletin de l'association des médecins de langue française* 42(2).
- Bouchard, L., I. Gaboury, M.-H. Chomienne et I. Gagnon-Arpin. 2009c. *Profil santé des communautés francophones minoritaires au Canada*. Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation minoritaire au Canada (RISF).

- Bouchard, L., I. Gaboury, M.-H. Chomienne et I. Gagnon-Arpin. 2009d. *Profil santé des communautés anglophones minoritaires au Québec*, Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation minoritaire au Canada (RISF).
- Bouchard, L., I. Gaboury, M.-H. Chomienne et I. Gagnon-Arpin. 2009. *Profil santé des communautés minoritaires au Canada*. Ottawa : Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en contexte minoritaire au Canada (RISF).
- Boudreau, F. et D. Farmer. 1999. « Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario : les faits saillants revisités et comparés. » *Reflets* 5: 103–08.
- Bowen, S. 2001. *Language barriers in access to health care / Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada : Division des systèmes de santé. Consulté le 12 octobre 2010 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf.
- Corbeil, J.-P., C. Grenier et S. Lafrenière. 2007. *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*. 2006. Ottawa : Statistique Canada.
- Desjardins, L. (dir.). 2003. *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick*. Étude entreprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick (SAANB) : les Éditions de la francophonie.
- Epp, J. 1986. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Evans, R., G.M. Barer et T.R. Marmot. 1996. *Être ou ne pas être en bonne santé? Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Gagnon-Arpin, I., L. Bouchard, A. Leis et M. Bélanger. 2013. *Accès et utilisation des services de santé en langue minoritaire*. Sous la direction de R. Landry. *La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada*. Presses de l'Université Laval.
- Gouvernement du Canada. 2003. *Le prochain acte : un nouvel élan pour la dualité linguistique canadienne. Le plan d'action pour les langues officielles*. Ottawa, sous la présidence du Président du conseil du trésor et ministre des affaires intergouvernementales, Stéphane Dion.
- Gouvernement du Canada. 2011. Loi sur les langues officielles (L.R.C. (1985), ch. 31 (4^e suppl.)). Consulté en ligne le 24 janvier 2011 de <http://laws.justice.gc.ca/fra/o-3.01/page-5.html>.
- Lalonde, M. 1974. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Leis, A. et L. Bouchard. 2006. *Examen des facteurs socio-environnementaux, culturels et structurels qui influent sur les disparités en matière de santé chez les francophones en situation minoritaire*. Ottawa, subvention IRSC de développement des capacités de recherche 2006–2011.
- Marmot, M. 2004. *Status syndrome*. London: Bloomsbury.
- Picard, L. et G. Allaire. (dir.). 2005. *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Institut franco-ontarien (IFO) et Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP).
- Robichaud, J.B. 1985. *La santé des francophones : objectif 2000 : vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*. Moncton : Éditions de l'Acadie.
- Santé Canada. 2001. *Rapport au ministre fédéral de la santé. Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*. Ottawa : Ministre des travaux publics et des services gouvernementaux.
- Statistique Canada. 2007. *Première langue officielle parlée, langue maternelle, groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement* : Recensement de 2006.
- Wilkinson, R.G. 1996. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.