

Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé dans les régions sociosanitaires du Canada

Jan Warnke, M.A.¹, Louise Bouchard, Ph.D.²

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Notre recherche utilise l'indicateur synthétique régional (IPSLOM) pour mesurer la capacité du système de santé à fournir un accès équitable aux professionnels de la santé pour les deux millions de personnes qui constituent des Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) dans 104 régions sociosanitaires du Canada.

MÉTHODE : L'indicateur synthétique l'IPSLOM compare l'accès potentiel aux professionnels de la santé de la population de langue officielle minoritaire à l'accès potentiel de la population de langue officielle majoritaire. L'IPSLOM utilise 22 professions de santé, soit 79 % des effectifs de santé au Canada (Statistique Canada, 2006) qui ont à communiquer avec leur clientèle dans un but thérapeutique ou diagnostique.

RÉSULTATS : L'indice comparatif de l'IPSLOM a révélé que la population CLOSM de 10 des 13 provinces/territoires du Canada est désavantagée par rapport à la majorité linguistique quant à l'accès potentiel aux professionnels de la santé capable de les desservir en langue minoritaire. La population CLOSM est désavantagée en Ontario dans 13 régions sociosanitaires sur 14, au Québec dans 17 régions sur 18 et au Nouveau-Brunswick dans 3 des 7 régions sociosanitaires.

CONCLUSION : L'indicateur synthétique IPSLOM a permis d'identifier des inégalités d'accès aux professionnels de la santé entre la minorité de langue officielle et la majorité linguistique, à travers les régions sociosanitaires du système de santé au Canada. Des analyses plus fines de l'IPSLOM par professions spécifiques permettraient d'approfondir notre connaissance des inégalités de santé qui affectent les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

MOTS CLÉS : disparités de santé; accès aux services de santé; géographie de la santé; minorités de langue officielle

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S49-S54.

Les Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) représentent environ deux millions de personnes et constituent 6,3 % de la population totale canadienne (Statistique Canada, 2006). Ces populations à faibles effectifs (à peu près un million de francophones dans les provinces et territoires hors du Québec et un million d'anglophones au Québec)¹ sont dispersées géographiquement sur le territoire canadien d'une façon inégale (tableau 1). Cette dispersion inégale des populations rend particulièrement difficile la documentation de l'état de santé et d'accès aux services en langue minoritaire à l'échelle régionale, informations pourtant d'importance cruciale pour permettre la planification de la santé en fonction des besoins des populations. Bien que de nombreuses études montrent l'existence de disparités importantes²⁻⁶, il n'existe aucun indicateur synthétique probant pour évaluer la capacité du système de santé à fournir aux CLOSM un accès équitable aux professionnels de la santé capable de desservir en langue minoritaire.

L'objectif de notre recherche vise à présenter un indicateur synthétique régional permettant d'identifier les disparités d'accès aux professionnels de la santé des Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM). Plus spécifiquement, nous chercherons à établir le ratio de professionnels de la santé capable de desservir en langue minoritaire par rapport à la population minoritaire résidant dans les 104 régions sociosanitaires du Canada et à comparer ce ratio à la population majoritaire dans ces mêmes régions.

Notre recherche vient enrichir une première étude publiée en 2009 de C. Blaser qui avait pour but de dresser le portrait de certains groupes de professionnels de la santé capables de desservir les populations de langue officielle dans leur langue⁷. Dans cette étude, le bassin potentiel des professionnels de la santé disponible pour les CLOSM a été mesuré en fonction de leur appartenance à la langue minoritaire, de l'utilisation de la langue minoritaire au travail et enfin de leur capacité à soutenir une conversation dans la langue minoritaire. Il s'agissait de comparer la répartition proportionnelle de ces professionnels avec celle des populations minoritaires et de recenser le nombre de professionnels qui utilisent la langue minoritaire au travail⁷. L'échelle d'analyse était les provinces et leurs grandes régions pour l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick, et les blocs provinciaux de l'Est, de l'Ouest et des Territoires pour le reste du Canada⁷. Avec les politiques de régionalisation de la pla-

Affiliations des auteurs

1. Département de géographie, Université Laval, Québec (Québec)
2. Institut de recherche sur la santé des populations, Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Département de sociologie et d'anthropologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Correspondance : Jan Warnke, Département de géographie, Université Laval, 164 Lockwell, Québec (Québec) G1R 1V7, Tél. : 418-525-9690, Courriel : jwarnke@total.net

Remerciements : Cette recherche a pu être réalisée grâce au financement des Instituts de recherche en santé du Canada pour le projet Validation d'une mesure d'équité d'accès géographiques aux services de santé pour les CLOSM, du McGill Training and Retention of Health Professionals Project et du Réseau de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire (RISF-IRSC). Nous remercions Laura-Lee Bolger pour la réalisation de la cartographie.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Figure 1. Exemple de calcul de l'indice comparatif de la disponibilité des professionnels de la santé capable d'offrir des services en langue officielle minoritaire (IPSLOM) pour le RLISS Champlain (Ontario)

Indice de présence linguistique des professionnels de la santé (IPSLOM) - 2006	
$\frac{\text{Total des professionnels de la santé ayant une capacité linguistique en langue minoritaire (PLOP)}}{\text{Total de la population linguistique minoritaire (PLOP ajustée)/100 000}}$	$\frac{5\,545}{228\,595/100\,000}$
$\frac{\text{Total des professionnels de la santé ayant une capacité linguistique en langue majoritaire (PLOP)}}{\text{Total de la population linguistique majoritaire (PLOP ajustée)/100 000}}$	$\frac{22\,610}{910\,005/100\,000}$
= 0,9763	

nification sanitaire, il devient indispensable pour le système de santé d'évaluer et de documenter les besoins des CLOSM en termes d'accès équitable aux professionnels de la santé à l'échelle régionale. Notre recherche vient donc combler ce besoin.

MÉTHODOLOGIE

Source des données

Les données des professionnels de la santé fournies par Santé Canada proviennent du questionnaire du recensement du Canada (2006) rempli par un ménage sur cinq. L'indice des professionnels de la santé capable de desservir en langue minoritaire (IPSLOM) est composé de 22 professions de santé (regroupant les médecins, pharmaciens, infirmiers, services de thérapie, d'évaluation et de réhabilitation, ambulanciers, psychologues et travailleurs sociaux), selon la classification de Statistique Canada - 2006 NOC-S. Cette population de 786 065 professionnels constituait en 2005, 79,2 % de l'effectif de santé au Canada. Ces professions ont été croisées avec la Première langue officielle parlée pour le Canada, les provinces et territoires et les 104 régions sociosanitaires. Nous avons ajusté la variable linguistique de la population totale des CLOSM et des professionnels de la santé en cumulant les réponses de ceux et celles qui ont dit ne parler qu'une seule langue officielle avec les réponses de ceux ou celles qui ont dit parler une langue officielle et une autre langue. Ainsi, notre indicateur linguistique est un estimé non biaisé des professionnels qui ont véritablement une capacité linguistique en langue officielle minoritaire en comparaison, par exemple, avec l'indicateur de la Première langue officielle parlée (PLOP) qui redistribue la population déclarant une langue officielle et une autre langue également entre la population de langue officielle minoritaire et la population de langue officielle majoritaire. Les données compilées ont été insérées dans une base de données d'un système d'information géographique multiniveaux (Canada, provinces et territoires et régions sociosanitaires).

Indice comparatif de la disponibilité de professionnels de la santé pouvant desservir en langue officielle minoritaire (IPSLOM)

La littérature scientifique identifie plusieurs dimensions au concept de l'accès aux services de santé, soit la distribution géographique, la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de santé⁸⁻¹². L'opérationnalisation de notre indicateur de disparité d'accès s'appuie sur un modèle conceptuel d'adéquation entre l'offre potentielle (la disponibilité des professionnels avec capacité linguistique

Tableau 1. Communauté de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) selon différents niveaux géographiques

	Population 2006	CLOSM*	CLOSM (%)
Canada	31 612 897	1 991 845	6,3 %
Hors Québec	24 066 766	997 120	4,1 %
Québec	7 546 131	994 725	13,2 %
Ontario	12 160 282	537 595	4,4 %
Nouveau-Brunswick	729 997	235 130	32,2 %

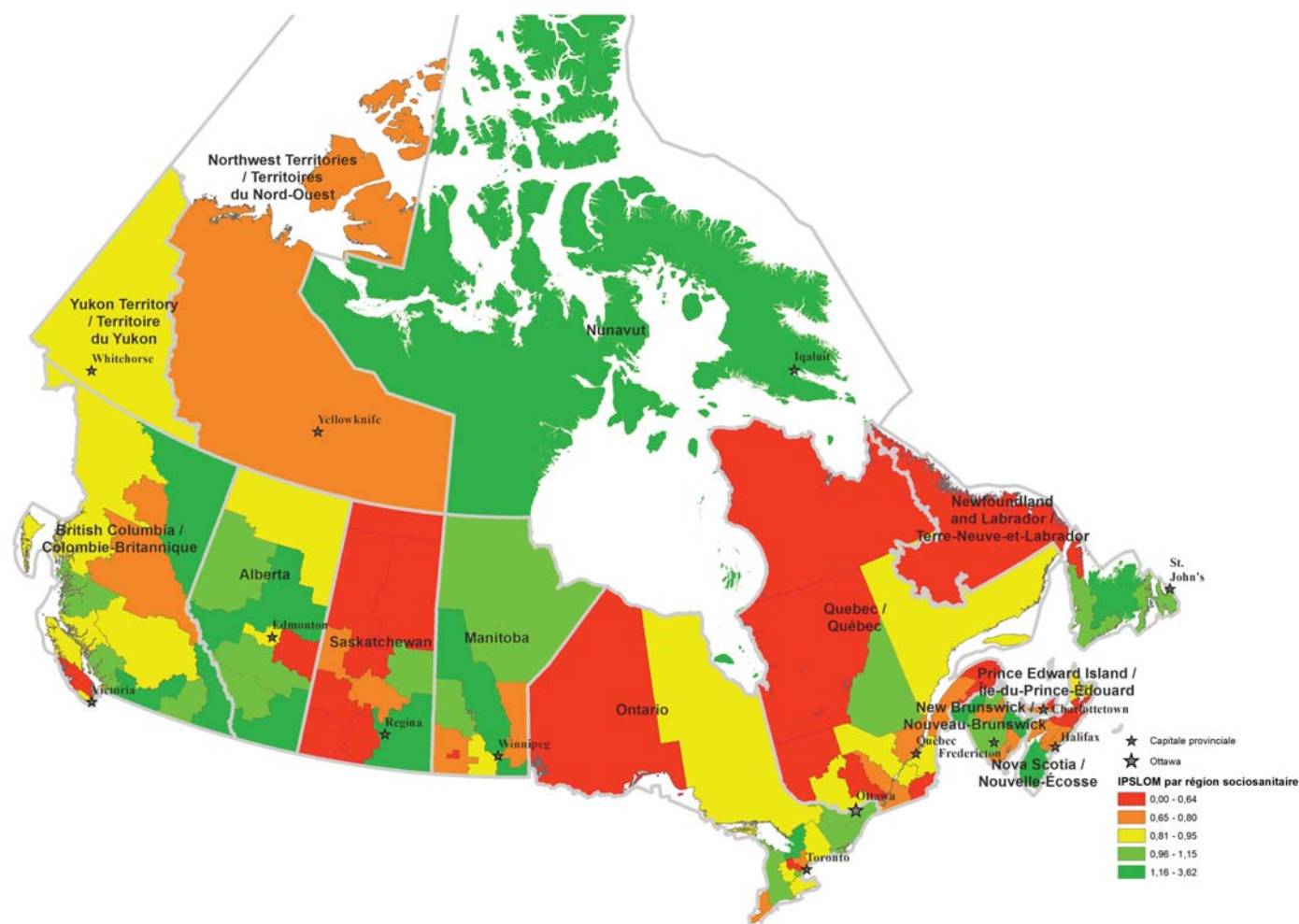
* La définition linguistique utilisée pour les CLOSM est la première langue officielle parlée (PLOP). Statistique Canada, Recensement 2006, échantillon 20 %.

en langue minoritaire) et la demande potentielle (la population CLOSM) pour des services de santé en langue officielle minoritaire par région sociosanitaire. L'indicateur tient compte des deux dimensions : la disponibilité de l'offre et de la demande et de leur distribution géographique dans les régions sociosanitaires au Canada. Nous avons compilé 22 professions de santé pour créer un indicateur synthétique, un type d'indicateur utilisé par l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que par les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis pour évaluer l'équité d'accès des différentes populations d'utilisateurs dans un système de santé¹³. De plus, l'utilisation d'un indicateur synthétique génère un échantillon plus nombreux qu'une seule profession de santé et rend les résultats plus fiables.

Comme l'illustre la figure 1, le numérateur de l'indice est composé du ratio des professionnels ayant la capacité de communiquer en langue minoritaire (l'offre potentielle) pondéré par la minorité de langue officielle (la demande potentielle). Ce ratio indique la distribution proportionnelle de professionnels pouvant offrir des services à la population CLOSM régionale. Le dénominateur de l'indice IPSLOM est composé du ratio des professionnels de la santé qui peuvent offrir leurs services en langue majoritaire (l'anglais hors du Québec et le français au Québec). Cet indice satisfait un critère essentiel pour le développement d'un indicateur opérationnel des inégalités^{14,15} puisqu'il utilise une dimension pondérable qui met en rapport la condition de la minorité (ratio des professionnels avec capacité linguistique en langue minoritaire par 100 000 de population de langue officielle minoritaire) avec la condition de la majorité (ratio des professionnels avec capacité linguistique en langue officielle majoritaire par 100 000 de population de langue officielle majoritaire) selon le niveau géographique. Ainsi, cet indice simple permet d'identifier et de localiser les inégalités d'un groupe potentiellement désavantagé par son statut minoritaire dans un milieu de langue officielle majoritaire.

La simplicité de l'interprétation de l'indice IPSLOM facilite l'identification des disparités régionales entre l'offre et la demande

Figure 2. Distribution géographique des disparités d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé selon l'IPSLOM par région sociosanitaire, 2006



potentielle de soins et services de santé des CLOSM dans le système de santé. Une valeur de 1,00 indique l'égalité de la minorité CLOSM avec la majorité. Une valeur inférieure à 1,00 indique que la minorité CLOSM est désavantagée par rapport à la majorité et une valeur supérieure à 1,00 indique que la minorité CLOSM est plus avantagée que la majorité. Par exemple à la figure 1, l'IPSLOM du RLISS Champlain, Ontario de 0,976 montre que les CLOSM dans cette région sont légèrement désavantagés dans l'accès potentiel aux services de santé offerts par 22 professions de santé.

RÉSULTATS

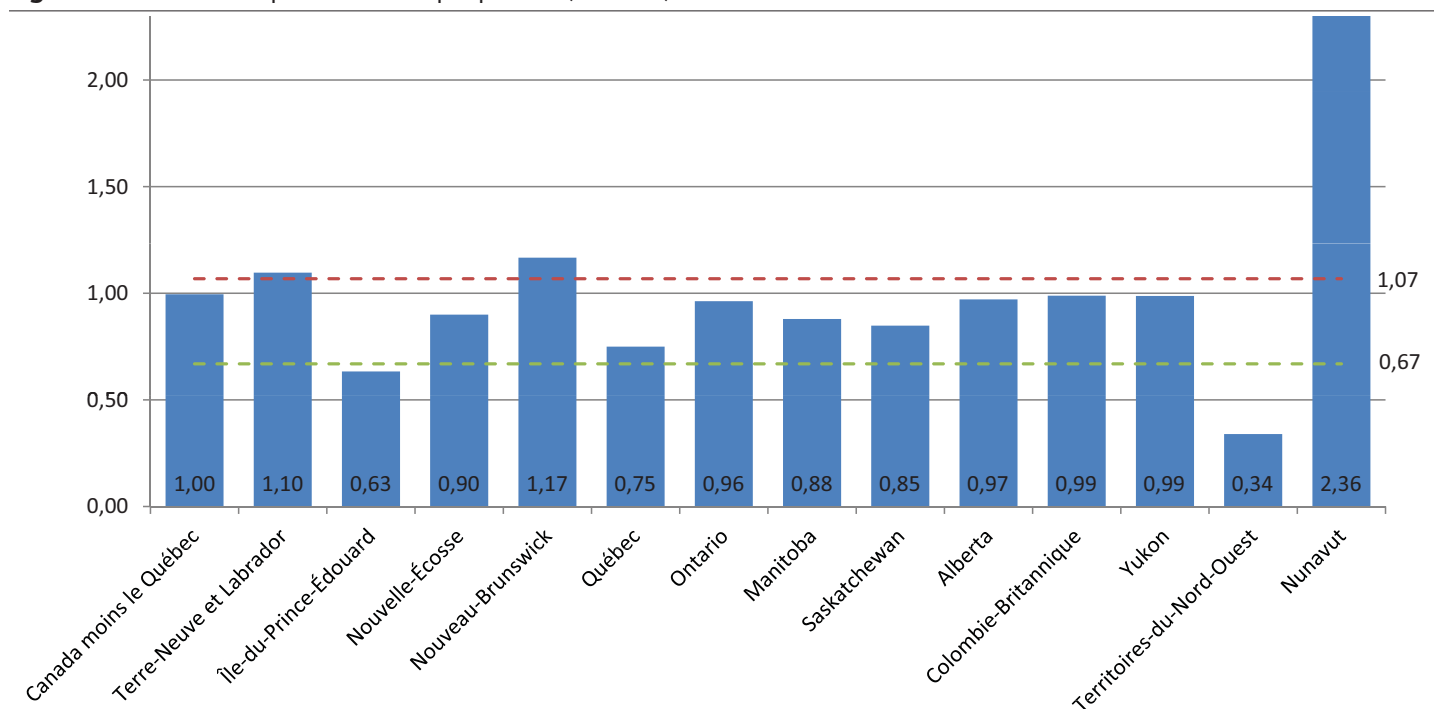
La population CLOSM du Canada est desservie par un total de 48 240 professionnels des 22 catégories de professions de santé ayant la capacité d'offrir des services en langue officielle minoritaire sur un total de 786 065 professionnels de la santé dans ces 22 catégories (Recensement du Canada, 2006). De ces 48 240 professionnels, 21 285 (44,1 %) se trouvent au Québec et 26 955 (55,9 %) se répartissent dans le reste du Canada. La moitié des valeurs (50 %) de l'IPSLOM pour ces professionnels de la santé se trouvent entre 0,67 (1^{er} quartile) et 1,07 (3^e quartile). Toute valeur plus basse que 1,00 indique une situation où la population CLOSM est désavantagée dans l'accès potentiel aux professionnels de la santé. Un total de 27 régions sociosanitaires (26 %) ont une valeur IPSLOM plus basse que 0,67 et 71 (68,3 %) ont une valeur plus basse que 1,00 (l'équité

d'accès). Dans ces régions, la minorité linguistique se voit désavantagée quant à l'accès aux professionnels de la santé ayant la capacité d'offrir des services en langue officielle minoritaire (figures 3 à 6).

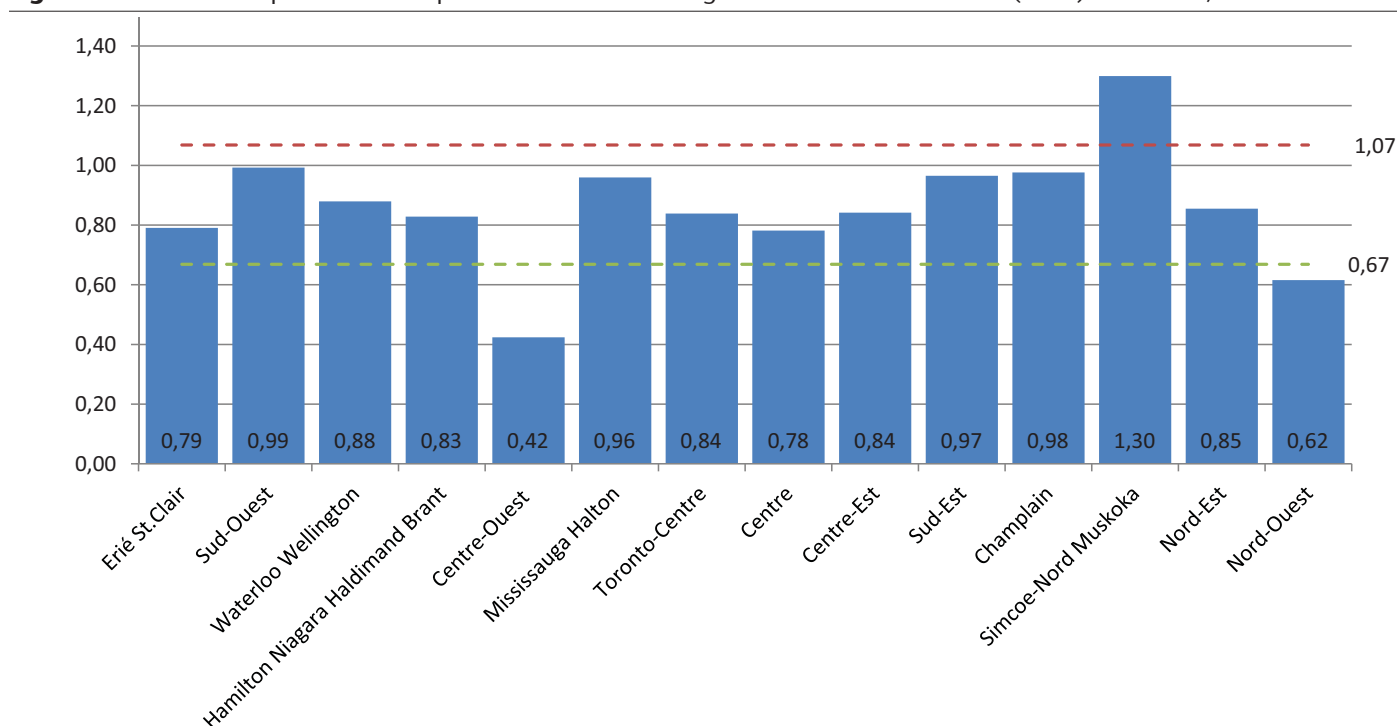
À l'échelle provinciale, la population CLOSM résidant dans 10 des 13 provinces/territoires au Canada est désavantagée par rapport à la majorité linguistique quant à l'accès potentiel aux professionnels de santé.

Les valeurs de l'indice IPSLOM montrent une variation considérable à l'échelle des 104 régions sociosanitaires dans les provinces et territoires du Canada (figure 2). La population CLOSM est désavantagée, en Ontario dans 13 régions sociosanitaires sur 14 (figure 4), au Québec dans 17 régions sociosanitaires sur 18 (figure 5) et au Nouveau-Brunswick dans 3 des 7 régions sociosanitaires (figure 6).

Nous avons aussi observé que les valeurs de l'IPSLOM ne suivent pas la distribution de la courbe normale et contiennent de nombreuses valeurs extrêmes. En effet, la valeur très élevée de l'IPSLOM de 2,36 pour Nunavut indique une surreprésentation des professionnels avec capacité en langue officielle minoritaire par rapport à une très faible population des CLOSM de seulement 465 personnes géographiquement dispersées à travers un très vaste territoire. L'IPSLOM de 1,30 de la région sociosanitaire de North Simcoe Muskoka en Ontario reflète la concentration des services en langue officielle minoritaire dans la zone urbaine en forte croissance de Barrie et indique une répartition inégale d'effectifs de santé avec

Figure 3. Indice comparatif IPSLOM par province, Canada, 2006

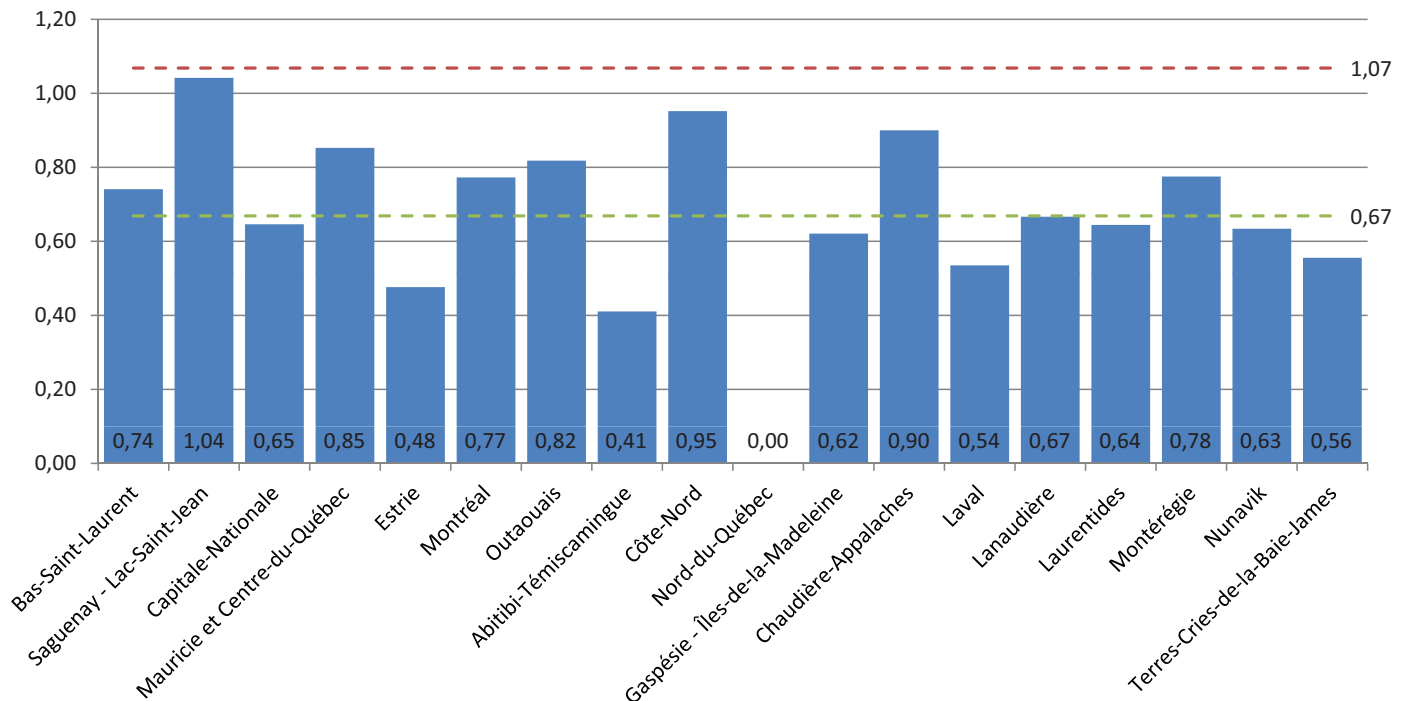
Note: Une valeur de IPSLOM de 1,00 indique l'égalité d'accès aux professionnels de la santé entre la population CLOSM et la population majoritaire; 50 % des valeurs de l'IPSLOM dans 104 régions sociosanitaires au Canada se trouvent entre 0,67 et 1,07; 25 % des valeurs sont plus basses que 0,67, une situation plus défavorable pour les CLOSM en ce qui concerne la capacité du système de santé de fournir l'accès équitable aux professionnels de la santé capable d'offrir des services en langue officielle minoritaire.

Figure 4. Indice comparatif IPSLOM par réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario, 2006

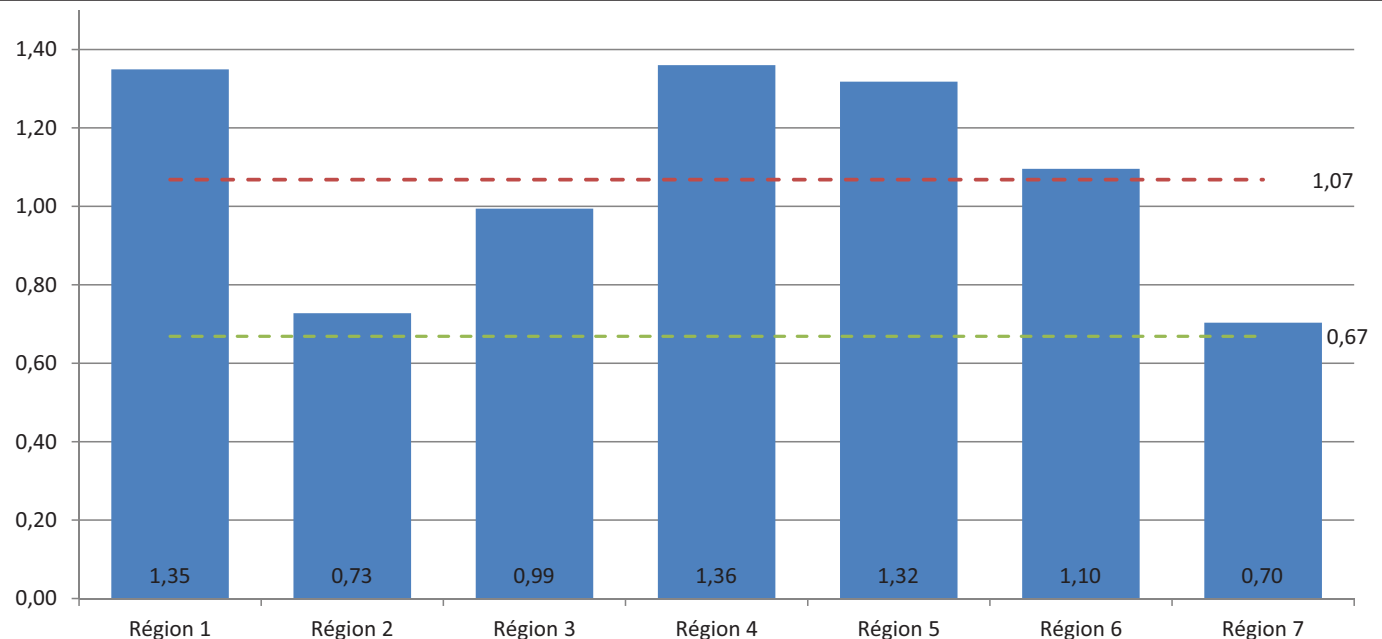
Note: Une valeur de IPSLOM de 1,00 indique l'égalité d'accès aux professionnels de la santé entre la population CLOSM et la population majoritaire; 50 % des valeurs de l'IPSLOM dans 104 régions sociosanitaires au Canada se trouvent entre 0,67 et 1,07; 25 % des valeurs sont plus basses que 0,67, une situation plus défavorable pour les CLOSM en ce qui concerne la capacité du système de santé de fournir l'accès équitable aux professionnels de la santé capable d'offrir des services en langue officielle minoritaire.

capacité en langue officielle minoritaire comparativement aux régions sociosanitaires avoisinantes plus défavorisées. La valeur moyenne de l'IPSLOM pour les 104 régions sociosanitaires du Canada est de 0,931 avec une valeur médiane de 0,855. Plusieurs tests de

normalité de Shapiro-Wilk¹⁶, d'Anderson-Darling¹⁷, de Lilliefors¹⁸ et de Jarque-Bera¹⁹ ont tous rejeté l'hypothèse nulle de normalité ($p < 0,05$) et ont soutenu l'hypothèse de la distribution anormale de l'indice IPSLOM.

Figure 5. Indice comparatif IPSLOM par région sociosanitaire au Québec, 2006

Note: Une valeur de IPSLOM de 1,00 indique l'égalité d'accès aux professionnels de la santé entre la population CLOSM et la population majoritaire; 50 % des valeurs de l'IPSLOM dans 104 régions sociosanitaires au Canada se trouvent entre 0,67 et 1,07; 25 % des valeurs sont plus basses que 0,67, une situation plus défavorable pour les CLOSM en ce qui concerne la capacité du système de santé de fournir l'accès équitable aux professionnels de la santé capable d'offrir des services en langue officielle minoritaire.

Figure 6. Indice comparatif IPSLOM par région sociosanitaire au Nouveau-Brunswick, 2006

Note: Une valeur de IPSLOM de 1,00 indique l'égalité d'accès aux professionnels de la santé entre la population CLOSM et la population majoritaire; 50 % des valeurs de l'IPSLOM dans 104 régions sociosanitaires au Canada se trouvent entre 0,67 et 1,07; 25 % des valeurs sont plus basses que 0,67, une situation plus défavorable pour les CLOSM en ce qui concerne la capacité du système de santé de fournir l'accès équitable aux professionnels de la santé capable d'offrir des services en langue officielle minoritaire.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La cartographie (figure 2) et l'analyse descriptive de l'IPSLOM à l'échelle des provinces et territoires du Canada (figure 3) permettent de constater des disparités potentielles d'accès aux professionnels et

aux services de santé des CLOSM dans les 104 régions socio-sanitaires et les 13 provinces/territoires du Canada.

Notre indicateur IPSLOM s'est avéré d'une grande utilité pour identifier les disparités, mais nous constatons que ces distributions

de valeurs anormales de l'IPSLOM au niveau géographique régional ou provincial (figures 2 à 6) ne permettent pas de faire un constat d'accès local (sous-régional) des individus de la population CLOSM aux services de santé. L'étude du vécu local des utilisateurs par rapport à l'accès à des points de services spécifiques (en fonction de la distance à parcourir, des barrières sociales ou organisationnelles du système de santé) permettra de mieux comprendre les disparités identifiées au niveau régional.

La plus faible proportion de régions défavorisées au Nouveau-Brunswick (3 régions sociosanitaires sur 7) en comparaison avec le Québec (17 régions sur 18) et l'Ontario (13 régions sur 14) soulève l'hypothèse de l'effet de la concentration des CLOSM dans une partie de la province du Nouveau-Brunswick, officiellement bilingue, et de la mise en application des mesures de rétention des professionnels de santé ayant la capacité de desservir en langue minoritaire. Notre modèle fournit une mesure utile permettant la poursuite d'études pour préciser les disparités de professionnels tels les médecins, les infirmiers, les travailleurs sociaux et selon différentes catégories d'âge, de mobilité, du genre, de langue (langue maternelle et langue du travail) ou du lieu de naissance (Québec ou Canada).

Les limites de l'étude

L'utilisation de l'ensemble de 22 professions de santé pour la conception, l'élaboration et la mise au point de l'analyse des disparités d'accès par régions ne permet pas d'estimer la contribution de chacune des professions aux variations identifiées à partir de l'indice synthétique IPSLOM. L'analyse des disparités en fonction de chacune des professions, du moins les professionnels de santé primaire s'avérera nécessaire pour cerner la capacité du système de santé à assurer l'équité d'accès au niveau local. De plus, notre étude décrit une situation qui date de 2005 en raison de l'absence de données plus récentes, rendant difficile l'identification des disparités actuelles d'accès et leur évolution dans les différentes régions du Canada. Les échelles géographiques utilisées pour l'analyse de notre indice de disparité d'accès, la province et la région sociosanitaire, imposent une autre limite sur la recherche, car la réduction de l'échelle augmente la variance des valeurs des disparités, une situation identifiée par Openshaw²⁰. L'utilisation de ces deux échelles, la province et la région sociosanitaire a été imposée par la structure de planification des politiques et programmes d'accès à la santé et aux services sociaux. La faible population des CLOSM en dehors de Nouveau-Brunswick, Québec et Ontario pourrait limiter la fiabilité de certains résultats et contribuer à des valeurs extrêmes. La distribution anormale des valeurs de l'indice IPSLOM limite son utilisation dans les procédures d'analyse qui exigent une distribution normale et homoscedastique (à dispersion constante). Par contre, l'anormalité de cette distribution nous indique la complexité des facteurs qui interviennent pour créer une variété de contextes de disparité d'accès aux professionnels de la santé pour les CLOSM.

RÉFÉRENCES

1. Corbeil J-P, Blaser C. Le portrait linguistique en évolution, Recensement de 2006. Ottawa, ON : Statistique Canada, 2007, Catalogue No. 97-555_XIF.
2. Allin S. Equity in the Use of Health Services in Canada and Its Provinces. London, UK : London School of Economics and Political Science, 2006;38.
3. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res* 2007;7(1):41.

4. Butler-Jones D. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2008.
5. CDSS. Creating an Infrastructure - The Concurrent Disorder Support Services (CDSS) Diversity Plan Report 2007. Toronto, ON : Toronto Central Local Health Integration Network (LHIN), 2007.
6. Romanow RJ. Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé. Saskatoon, SK : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002;427.
7. Blaser C. Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada : 2001 et 2006. Ottawa : Statistique Canada, 2009, produit n° 91-550-X.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19(2):127-40.
9. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does access to health care mean? *J Health Serv Res Policy* 2002;7:186-88.
10. Gulliford M, Morgan M. *Access to Health Care*. London: Routledge, 2003.
11. Guagliardo M. Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges. *Int J Health Geographics* 2004;3(1):3.
12. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: An analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Planning* 2011;1-13.
13. Murray CJL, Salomon JA, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. *Bull WHO* 2000;78:981-94.
14. Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in quality addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA* 2000;283(19):2579-84.
15. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254-58.
16. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (Complete Samples). *Biometrika* 1965;52(3/4):591-611.
17. Anderson TW, Darling DA. A test of goodness of fit. *J Am Statistical Assoc* 1954;49(268):765-69.
18. Lilliefors HW. On the Kolmogorov-Smirnov Test for Normality with Mean and Variance Unknown. *J Am Statistical Assoc* 1967;62(318):399-402.
19. Jarque CM, Bera AK. Efficient tests for normality, homoscedasticity and serial independence of regression residuals. *Economics Letters* 1980;6(3):255-59.
20. Openshaw S, Taylor P. The modifiable areal unit problem. *Concepts and Techniques in Modern Geography* 1984;38.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Our research uses a regional summary indicator (IHPOLM) to measure the capacity of the health system to provide equitable access to health professionals for 2 million Official Language Minority Community (OLMC) members dispersed across 104 health regions in Canada.

METHOD: The summary indicator IHPOLM compares the official language minority and the official language majority potential access to health professionals. The IHPOLM indicator uses 22 professional health care occupations, representing 79% of the health care workforce in Canada, who communicate directly with their clientele for therapeutic or diagnostic purposes (Statistics Canada, 2006).

RESULTS: The IHPOLM indicator revealed that the OLMC population is at a disadvantage in potential access to health professionals capable of providing services in the minority language when compared to the majority language population in 10 of the 13 Canadian provinces/territories. OLMC members are disadvantaged in 13 out of 14 health regions in Ontario, in 16 out of 18 in Québec and in 3 out of 7 in New Brunswick.

CONCLUSION: The summary regional indicator IHPOLM identified OLMC health care access inequalities between the official language minority population and the majority language population in the health care system across the health regions in Canada. The more detailed analysis of IHPOLM for individual health occupations will further improve our knowledge of Official Language Minority Community health access inequalities.

KEY WORDS: Health disparities; access to health services; health geography; official language minority