

2005

Deuxième  
Rapport sur  
la Santé des  
francophones de l'Ontario



# **Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario**

Décembre 2005

Sous la direction de

**Louise Picard et Gratien Allaire**

Programme de recherche, d'éducation  
et de développement en santé publique



Institut franco-ontarien  
Université Laurentienne



## Remerciements

La réalisation de ce rapport a été rendue possible par la contribution financière des organismes suivants :

Consortium national de formation en santé, Université Laurentienne

Université Laurentienne et Institut franco-ontarien

Divisions du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP)

Middlesex-London, Health Unit

Santé publique Ottawa

Service de santé publique de Sudbury et du district

Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

## Pour plus de renseignements

**Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP)**

**Service de santé publique de Sudbury et du district**

1300, rue Paris

Sudbury (Ontario) P3E 3A3

Téléphone : (705) 522-9200, poste 330

Télécopieur : (705) 677-9602

Courriel : willcockl@sdhu.com

**Institut franco-ontarien**

**Université Laurentienne**

Chemin du lac Ramsey

Sudbury (Ontario) P3E 2C6

Téléphone : (705) 675-1151, poste 5026

Télécopieur : (705) 671-3838

Courriel : ifo@laurentienne.ca

Dans ce document, les directeurs ont utilisé le plus possible une terminologie neutre. Lorsque ce n'est pas le cas, la forme masculine a une valeur neutre et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La reproduction partielle ou complète de ce document est permise pour des fins éducatives ou de recherche. Veuillez faire mention du Programme de recherche, éducation et développement en santé publique et de l'Institut franco-ontarien à titre d'organismes responsables de cette publication.

### **Nota :**

*Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles, des partenaires du REDSP ni de l'ensemble des personnes qui ont évalué le document. Les auteurs des sections ou des chapitres de ce deuxième rapport sont entièrement responsables du contenu de leur section ou de leur chapitre.*

# *Recherche et rédaction*

---

Le Programme de Recherche, d'éducation et de développement en santé publique et l'Institut franco-ontarien tiennent à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*.

## **Groupe de recherche sur la santé et le mieux-être de la population franco-ontarienne (GReSMEFO)**

**Gratien Allaire**, Université Laurentienne  
**Louise Picard**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Monique Benoit**, Université Laurentienne  
**Christiane Bernier**, Université Laurentienne  
**Louise Bouchard**, Université d'Ottawa  
**Paul-André Gauthier**, Collège Boréal  
**Manon Lemonde**, University of Ontario Institute of Technology  
**Johanne Levesque**, Ambire SI Inc., pour le programme de REDSP, Santé publique Ottawa  
**Isabelle Michel**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Line Tremblay**, Université Laurentienne

## **Équipe de rédaction**

**Gratien Allaire**, Université Laurentienne, co-directeur  
**Louise Picard**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district, co-directrice  
**Rachelle Arbour-Gagnon**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Monique Benoit**, Université Laurentienne  
**Christiane Bernier**, Université Laurentienne  
**Louise Bouchard**, Université d'Ottawa  
**Valérie Bourbonnais**, Université d'Ottawa  
**Membres de l'équipe technique**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Christiane Fontaine**, Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)  
**Paul-André Gauthier**, Collège Boréal  
**Denise Gauthier-Frohlick**, Unité de recherche en oncologie, Programme régional de cancérologie de l'Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital  
**France Gélinas**, Centre de santé communautaire de Sudbury  
**Claude Lajoie**, Université Laurentienne  
**Manon Lemonde**, University of Ontario Institute of Technology  
**Johanne Levesque**, Ambire SI Inc., pour le programme de REDSP, Santé publique Ottawa  
**Isabelle Michel**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Claire Narbonne-Fortin**, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Sudbury  
**Guy Racine**, chercheur indépendant  
**Ruth Sanderson**, REDSP, Middlesex-London, Health Unit  
**Line Tremblay**, Université Laurentienne

## Équipe technique

**Ruth Sanderson**, REDSP, Middlesex-London, Health Unit, directrice de l'équipe  
**Alissa Palangio**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**André Cotterall**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district, présentement au Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound  
**Bernie Lueske**, REDSP, Middlesex-London, Health Unit  
**Jane Hohenadel**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Alison Locker**, REDSP, Middlesex-London, Health Unit  
**Suzanne Sinclair**, Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound  
**Louise Picard**, directrice, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Rachelle Arbour-Gagnon**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district

## Comité consultatif

**Gratien Allaire**, Université Laurentienne  
**Louise Picard**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Caroline Andrew**, Université d'Ottawa  
**France Dorion**, Centre francophone de Toronto  
**Christiane Fontaine**, Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)  
**France Gélinas**, Centre de santé communautaire de Sudbury  
**Lyne Lemieux**, ministère de l'Éducation de l'Ontario  
**Isabelle Michel**, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Carole Racette**, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario  
**Claude Roy**, Office des affaires francophones  
**Ruth Sanderson**, REDSP, Middlesex-London, Health Unit

## Lecture externe

**Dr Pierre Bonin**, École de médecine du Nord de l'Ontario  
**Hélène McCuaig**, H. McCuaig Consultations & Éducation  
**Renée St Onge**, Réseau de santé en français du Moyen-Nord de l'Ontario

## Appui logistique et sécrétariat

**Francine Lapensée**, Institut franco-ontarien  
**France Nadeau**, Institut franco-ontarien  
**Adolphine Mukamanzi**, Institut franco-ontarien  
**Sylvie Patenaude-Renaud**, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Ginette Comeau**, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Gouled Hassan**, Institut franco-ontarien  
**Erik Labrosse**, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Sandra Labrosse**, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Mélanie Paquette**, Service de santé publique de Sudbury et du district  
**Louise Willcock**, Service de santé publique de Sudbury et du district

# *Table des matières*

---

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Liste des figures</b> .....                                                           | vii |
| <b>Liste des tableaux</b> .....                                                          | x   |
| <b>Sommaire</b> .....                                                                    | xi  |
| <b>Chapitre 1 – Mise en contexte</b>                                                     |     |
| <i>Gratien Allaire et Louise Picard</i> .....                                            | 1   |
| <b>Chapitre 2 – Méthodologie</b>                                                         |     |
| <i>Équipe technique</i> .....                                                            | 6   |
| <b>Chapitre 3 – Profil sociodémographique</b>                                            |     |
| <i>Gratien Allaire et Christiane Bernier</i> .....                                       | 13  |
| <b>Chapitre 4 – Environnement social et économique</b>                                   |     |
| <i>Gratien Allaire et Christiane Bernier</i> .....                                       | 23  |
| <b>Chapitre 5 – Auto-évaluation de la santé, incapacités et améliorations à la santé</b> |     |
| <i>Christiane Bernier et Gratien Allaire</i> .....                                       | 41  |
| <b>Chapitre 6 – Problèmes de santé chroniques et blessures</b>                           |     |
| <i>France Gélinas et Denise Gauthier-Frohlick</i> .....                                  | 53  |
| <b>Chapitre 7 – Santé mentale</b>                                                        |     |
| <i>Isabelle Michel avec la collaboration de Johanne Levesque</i> .....                   | 61  |
| <b>Chapitre 8 – Comportement et santé</b>                                                |     |
| 8.1 Tabagisme                                                                            |     |
| <i>Manon Lemonde et Johanne Levesque</i> .....                                           | 69  |
| 8.2 Alcool                                                                               |     |
| <i>Claire Narbonne-Fortin et Guy Racine</i> .....                                        | 77  |
| 8.3 Poids santé et activité physique                                                     |     |
| <i>Line Tremblay et Claude Lajoie</i> .....                                              | 88  |
| 8.4 Santé sexuelle                                                                       |     |
| <i>Monique Benoit et Paul-André Gauthier</i> .....                                       | 97  |
| 8.5 Allaitement maternel                                                                 |     |
| <i>Paul-André Gauthier et Monique Benoit</i> .....                                       | 104 |
| 8.6 Acide folique                                                                        |     |
| <i>Paul-André Gauthier et Monique Benoit</i> .....                                       | 106 |

## **Chapitre 9 – Soins alternatifs et comportements préventifs**

### **9.1 Soins de santé alternatifs**

*Christiane Fontaine et Monique Benoit* ..... 111

### **9.2 Soins dentaires**

*Christiane Fontaine et Monique Benoit* ..... 114

### **9.3 Vaccin antigrippal**

*Christiane Fontaine et Monique Benoit* ..... 118

### **9.4 Dépistage précoce du cancer**

*Rachelle Arbour-Gagnon* ..... 120

## **Chapitre 10 – Différences régionales**

*Louise Bouchard et Valérie Bourbonnais* ..... 129

## **Conclusion et recommandations**

*Louise Picard et Gratien Allaire* ..... 139

# *Liste des figures*

|     |                                                                                                                                                        |    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1 | Répartition de la population francophone selon les régions, 2001 .....                                                                                 | 14 |
| 3.2 | Variation de la population francophone de 1996 à 2001 .....                                                                                            | 14 |
| 3.3 | Population francophone et population totale selon l'âge, 2001 .....                                                                                    | 16 |
| 3.4 | Proportion de femmes selon l'âge – population francophone et population totale, 2001 .....                                                             | 17 |
| 3.5 | Proportion d'hommes selon l'âge – population francophone et population totale, 2001 .....                                                              | 17 |
| 4.1 | Niveau de scolarité selon la région – population francophone, 2001 .....                                                                               | 24 |
| 4.2 | Population active, selon l'âge – population francophone et population totale, 2001 .....                                                               | 29 |
| 4.3 | Taux de chômage selon l'âge – population francophone et population totale, 2001 .....                                                                  | 30 |
| 4.4 | Revenu familial – population francophone, population anglophone et population totale,<br>recensement de 2001 .....                                     | 32 |
| 4.5 | Population vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon l'âge et le sexe – population<br>francophone et population totale, 2001 ..... | 34 |
| 4.5 | Situation des personnes dans la famille de recensement – population francophone, population<br>anglophone et population totale, 2001 .....             | 36 |
| 5.1 | Auto-perception de la santé élevée selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                         | 42 |
| 5.2 | État de santé fonctionnel élevé selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                            | 43 |
| 5.3 | Besoin d'aide pour au moins une AVQ selon le sexe – groupes sociolinguistiques et population totale,<br>2000-2001 .....                                | 45 |
| 5.4 | Besoin d'aide pour au moins une AVQ selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                        | 45 |
| 5.5 | Types de changements apportés par les francophones dans les douze mois précédant l'enquête,<br>2000-2001 .....                                         | 47 |
| 5.6 | Sentiment d'appartenance à la communauté selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                            | 49 |
| 5.7 | Sentiment d'appartenance à la communauté selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                   | 50 |
| 6.1 | Maladies cardiaques chez les 12 ans et plus selon la région – population francophone et population non-<br>francophone, 2000-2001 .....                | 56 |
| 6.2 | Blessures graves selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                                         | 57 |
| 7.1 | Consultation d'un professionnel de la santé mentale selon le sexe – population francophone et population<br>totale, 2000-2001 .....                    | 63 |
| 7.2 | Stress au travail – latitude de décision élevée selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                          | 66 |
| 8.1 | Fumeurs quotidiens selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                                                  | 71 |
| 8.2 | Population n'ayant jamais fumé selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001 .....                                                         | 72 |

|      |                                                                                                                                  |     |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 8.3  | Début du tabagisme quotidien chez les francophones selon l'âge, 2000-2001 .....                                                  | 73  |
| 8.4  | Fumeurs quotidiens qui ont commencé à fumer à 15 ans ou moins selon l'âge et le groupe sociolinguistique .....                   | 74  |
| 8.5  | Population habitant dans un foyer sans fumée selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001 .....                     | 75  |
| 8.6  | Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire selon l'âge - population francophone et population totale, 2000-2001 .....             | 76  |
| 8.7  | Consommateurs d'alcool habituels, adolescents, selon la région et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                   | 79  |
| 8.8  | Consommateurs d'alcool habituels, adultes, selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                    | 79  |
| 8.9  | Consommateurs d'alcool habituels selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                   | 80  |
| 8.10 | Consommateurs d'alcool habituels selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                     | 80  |
| 8.11 | Consommateurs d'alcool habituels selon le revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                 | 81  |
| 8.12 | Taux d'abstinence selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001 .....                                                | 82  |
| 8.13 | Taux d'abstinence selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                  | 83  |
| 8.14 | Consommateurs à faible risque selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                        | 84  |
| 8.15 | Consommation excessive périodique selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001 .....                                | 85  |
| 8.16 | Consommation élevée d'alcool selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                       | 86  |
| 8.17 | Catégories de poids – population francophone de 18 ans et plus, 2000-2001 .....                                                  | 90  |
| 8.18 | Personnes obèses selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                              | 91  |
| 8.19 | Non-fumeurs selon la catégorie de poids et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                          | 91  |
| 8.20 | Activité physique régulière selon le groupe d'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                | 92  |
| 8.21 | Niveaux d'activité physique – population francophone, 2000-2001 .....                                                            | 93  |
| 8.22 | Activité physique régulière (IAP) selon le groupe d'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                          | 93  |
| 8.23 | Personnes inactives selon la catégorie de poids et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                  | 94  |
| 8.24 | Niveau d'activité selon les catégories de poids – population francophone, 2000-2001 .....                                        | 95  |
| 8.25 | Personnes faisant de l'embonpoint selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001 .....                                | 95  |
| 8.26 | Personnes de poids acceptable et physiquement actives selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001 .....            | 96  |
| 8.27 | Début de l'activité sexuelle à moins de 18 ans selon le revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                   | 99  |
| 8.28 | Deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....      | 101 |
| 8.29 | Fréquence d'utilisation du condom chez les francophones à risque âgés de 15 à 59 ans, 2000-2001 .....                            | 102 |
| 8.30 | Femmes n'ayant pas utilisé de l'acide folique avant la grossesse selon le revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 ..... | 107 |
| 9.1  | Soins alternatifs selon le sexe – groupes sociolinguistiques et population totale, 2000-2001 .....                               | 113 |

|      |                                                                                                                                        |     |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 9.2  | Fréquence des visites dentaires selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                     | 115 |
| 9.3  | Visites dentaires selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                          | 115 |
| 9.4  | Visites dentaires selon le niveau de revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                            | 116 |
| 9.5  | Visites dentaires selon le niveau de scolarité et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                         | 117 |
| 9.6  | Vaccin antigrippal selon le niveau de revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                           | 119 |
| 9.7  | Examen des seins selon le niveau de scolarité et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                          | 122 |
| 9.8  | Examen des seins selon la région et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                       | 122 |
| 9.9  | Mammographie au cours de la vie selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                     | 123 |
| 9.10 | Test PAP au cours de la vie selon le groupe d'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                      | 124 |
| 10.1 | Faible sentiment d'appartenance selon la région – population francophone et population non francophone, 2000-2001 .....                | 130 |
| 10.2 | Fumeurs quotidiens francophones selon la région, 2000-2001 .....                                                                       | 133 |
| 10.3 | Consommateurs habituels d'alcool, adolescents, selon la région – population francophone et population non francophone, 2000-2001 ..... | 134 |
| 10.4 | Consommation de fruits et de légumes selon la région et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                   | 135 |

# *Liste des tableaux*

|     |                                                                                                                                                       |     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.1 | Catégories de revenu .....                                                                                                                            | 8   |
| 2.2 | Catégories de scolarisation .....                                                                                                                     | 8   |
| 2.3 | Régions et services de santé publique .....                                                                                                           | 9   |
| 3.1 | Population francophone et proportion de la population totale selon la région, 1996 et 2001 .....                                                      | 13  |
| 3.2 | Population totale, population francophone et proportion francophone, selon les régions métropolitaines de recensement, 2001 .....                     | 15  |
| 3.3 | Pourcentage des femmes selon les régions métropolitaines de recensement – population francophone et population totale, 2001 .....                     | 16  |
| 3.4 | Quotient de dépendance selon la région – population francophone et population totale de moins de 15 ans, de 65 ans et plus, et dépendante, 2001 ..... | 18  |
| 3.5 | Lieu de naissance selon les régions métropolitaines de recensement – population francophone et population totale, 2001 .....                          | 19  |
| 3.6 | Lieu de résidence 5 ans auparavant – population francophone et population totale, 2001 .....                                                          | 19  |
| 3.7 | Proportion de la population francophone appartenant à une minorité visible, 1996 et 2001 .....                                                        | 20  |
| 3.8 | Proportion de la population francophone faisant partie d'un groupe autochtone, 2001 .....                                                             | 21  |
| 3.9 | Conservation de la langue française selon la région, 1996 et 2001 .....                                                                               | 21  |
| 4.1 | Population détenant au moins un baccalauréat, selon l'âge – population francophone et population totale de l'Ontario, 2001 .....                      | 24  |
| 4.2 | Interprétation des niveaux d'alphabétisme .....                                                                                                       | 26  |
| 4.3 | Population de 16 à 65 ans selon le niveau de compétence – Canada, 2003 .....                                                                          | 26  |
| 4.4 | Structure occupationnelle – population francophone, population anglophone et population totale, 2001 .....                                            | 28  |
| 4.5 | Population active selon le sexe et la région – population francophone et population totale, 2001 .....                                                | 30  |
| 4.6 | Taux de chômage selon le sexe et la région – population francophone, 2001 .....                                                                       | 31  |
| 4.6 | Revenu moyen total par personne, selon l'âge et le sexe – population francophone et population totale, 2001 .....                                     | 31  |
| 4.8 | Membres des familles de recensement selon le revenu familial – population francophone, population anglophone et population totale, 2001 .....         | 33  |
| 4.9 | Population selon le type de ménage et selon le sexe – population francophone et population totale, 2001 .....                                         | 35  |
| 6.1 | Problèmes de santé chroniques selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001 .....                                                           | 54  |
| 8.1 | Taux d'initiation à l'allaitement maternel selon les groupes linguistiques, 1996-1997 et 2000-2001 .....                                              | 105 |

# Sommaire

---

Le premier *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, qui a été publié en 2000 par le programme de Recherche, d'éducation et de développement en santé publique, recommandait en 2000 d'assurer un suivi au rapport. Ce *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* offre une mise à jour et se présente sous le même format et adopte les mêmes paramètres que le premier. Il définit « francophone » en fonction de la langue maternelle. Il utilise l'approche des déterminants de la santé et analyse généralement les mêmes variables, sauf lorsque les questions de l'enquête de 1996-1997 ne se retrouvent pas dans l'enquête de 2000-2001 et que, pour des considérations reliées à la disponibilité des ressources, quelques variables ont dû être considérées par l'équipe et le comité consultatif comme de moindre importance. À la différence du premier rapport, toutefois, le deuxième est le résultat de la contribution de plusieurs auteurs.

Le deuxième rapport est basé principalement sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, à laquelle s'ajoute les données du Recensement de 2001. L'équipe technique, dirigée par la même épidémiologiste que pour le premier rapport, a utilisé la même méthodologie, améliorée par l'expérience du premier. Elle a effectuée des compilations pour l'ensemble de la population, pour les groupes sociolinguistiques (francophone, anglophone, allophone) et pour les régions et les subdivisions régionales de la province, dans le but de faire des comparaisons entre les divers groupes.

Le portrait sociodémographique fait état de changements en profondeur : vieillissement, amélioration de la scolarité et de la littératie. La population de langue maternelle française représente 4,7 % de la population ontarienne, mais, à 3,9 %, elle forme une moins grande proportion de la population des régions métropolitaines de recensement. Elle se retrouve en proportion croissante dans le centre de la

province, dans la région métropolitaine de Toronto, et elle est de plus en plus multiculturelle, même si sa principale source de nouveaux arrivants demeure le Québec. Le Nord-Est demeure la région où sa proportion est la plus grande, l'Est, celle où se trouve le plus grand nombre.

La population de langue maternelle française de l'Ontario est plus âgée, en moyenne, que l'ensemble de la population, et les personnes âgées comptent une plus grande proportion de femmes que l'ensemble de la population ontarienne. Son niveau de scolarisation est moins élevé, ce qui est relié à la moyenne d'âge : ce sont les personnes âgées qui sont moins scolarisées, alors que les générations plus jeunes sont à un niveau comparable à leur groupe d'âge dans l'ensemble de la population ontarienne. La structure occupationnelle des francophones est assez semblable à celle de l'ensemble. Le revenu moyen se compare à celui de l'ensemble; toutefois, il est moins élevé que celui de la population anglophone et celui des femmes francophones est plus élevé que celui de l'ensemble des Ontariennes.

Le profil qui ressort des données de l'Enquête de 2000-2001, appuyées par celles du Recensement de 2001, montre que certaines différences persistent dans l'état de santé de la population francophone de l'Ontario mais il y a aussi eu du progrès.

Les francophones ont une perception de leur santé qui est moins bonne que celle de l'ensemble de la population ontarienne. Ils déclarent plus souvent que l'ensemble de la population de la province avoir eu besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne. Par ailleurs, ils sont moyennement proactifs, autant que les anglophones et plus que les allophones : plus de la moitié des francophones affirme avoir fait « quelque chose » pour améliorer leur santé, particulièrement de l'exercice, du sport ou de l'activité physique. L'enquête de 2000-2001 a aussi introduit une nouvelle variable, le sentiment d'appartenance, qui

influence la santé. Les francophones et les allophones indiquent un sentiment faible plus souvent que les anglophones.

En général, il n'y a pas de différence significative entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne pour ce qui est des taux de maladies chroniques (emphysème, bronchite chronique, asthme, hypertension artérielle, diabète, maladies cardiaques) et de blessures graves. Chez les francophones comme dans l'ensemble de la population ontarienne, ces taux augmentent généralement avec l'avancement en âge et diminuent avec l'augmentation du revenu. Contrairement à 1996-1997, la prévalence de l'asthme en 2000-2001 n'est pas plus forte chez les francophones que dans l'ensemble de la population. Le taux de maladies cardiaques a augmenté entre les deux enquêtes, et les francophones sont touchés autant que l'ensemble de la population, mais on remarque un taux de maladies cardiaques plus élevé chez les francophones que chez les anglophones. Quant au taux de blessures, il a augmenté depuis le premier rapport dans la population francophone comme dans l'ensemble de la population ontarienne.

Depuis le premier rapport, la situation des francophones s'est améliorée pour ce qui est de la santé mentale, ce qui n'est pas le cas pour les autres groupes sociolinguistiques. Ce qui fait qu'il y a peu de différence entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne à ce sujet, selon les variables étudiées : taux de consultations professionnelles semblable, taux de dépression en augmentation, stress élevé au travail (évaluation personnelle ou latitude de décision). Les résultats indiquent aussi que la situation des femmes est moins bonne que celle des hommes : elles consultent davantage, ont un taux de dépression plus élevé et évaluent leur stress au travail à un niveau plus élevé. Cependant, contrairement à l'ensemble de la population ontarienne, chez les francophones, les femmes ont la même latitude de décision élevée au travail que les hommes.

On peut noter des différences importantes entre les francophones et les autres pour ce qui est de plusieurs comportements touchant la santé. Les francophones, particulièrement dans le Nord-Est, ont une proportion

de fumeurs quotidiens nettement plus élevée que celle des autres groupes et les non-fumeurs francophones sont proportionnellement plus nombreux à être exposés à la fumée secondaire. Quant à la consommation d'alcool, habituelle ou excessive, il y a peu de différence entre les francophones et les anglophones, mais les allophones présentent des proportions moins élevées.

Du côté de la santé sexuelle, les francophones sont moins portés à s'abstenir d'activité sexuelle. Cependant, il n'y a pas de différence entre les francophones et les anglophones quant à la proportion des personnes qui ont eu deux partenaires sexuels ou plus dans les douze mois précédant l'enquête. Contrairement aux constatations du premier rapport, le taux d'activité sexuelle des adolescents francophones n'est pas différent de celui des non-francophones.

L'usage des approches complémentaires et parallèles en santé a augmenté au cours de la dernière décennie et les francophones les utilisent dans la même proportion que l'ensemble de la population. Pour ce qui est des soins dentaires, les francophones s'en prévalent moins souvent que les autres groupes sociolinguistiques. Le trois quarts des personnes âgées (65 ans et plus) francophones ont reçu le vaccin antigrippal, ce qui est comparable à l'ensemble de la population ontarienne. Au niveau de la prévention du cancer, les femmes francophones ont subi un test de Papanicolaou (PAP) et obtenu un examen des seins par un professionnel de la santé dans la même proportion que les femmes de l'ensemble de la population; cependant, elles ont subi une mammographie au cours de leur vie, en proportion plus grande que l'ensemble des Ontariennes, mais aussi grande que les femmes anglophones. Les hommes francophones ont subi le dépistage précoce du cancer de la prostate à l'aide du test de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans la même proportion que les hommes de l'ensemble de la population.

Des différences régionales sont à signaler, et elles identifient plus particulièrement les problèmes du Nord-Est. Les francophones de cette région sont généralement plus nombreux à rapporter des habitudes de vie susceptibles d'engendrer des risques présents et futurs quant à leur état de santé physique :

par exemple, ils font une plus grande consommation de tabac et d'alcool, mais une plus faible consommation de fruits et de légumes. Ils déclarent une latitude de décision au travail moins élevée. Même si c'est dans le Nord-Est que l'on retrouve la proportion la plus basse de francophones déclarant un faible sentiment d'appartenance, c'est là que les francophones sont moins portés à percevoir leur état de santé comme étant « très bon » ou excellent ». C'est dans le Nord-Est, comparativement à l'Est, que les femmes sont moins portées à subir l'examen des seins par un professionnel de la santé pour le dépistage du cancer.

D'autres régions se signalent. L'Est, plus précisément la subdivision régionale de l'Est-Champlain, a une plus grande proportion de francophones à avoir consulté un professionnel de la santé mentale. Le Sud-Est a le

taux de consommateurs actuels d'alcool le plus élevé parmi les adultes francophones. Les francophones de cette dernière région ont moins tendance à aller chez le dentiste.

L'équipe souhaite que ce profil, descriptif par définition, serve de base à la recherche ultérieure sur divers aspects de la santé des francophones. Le deuxième rapport confirme que la population francophone possède ses caractéristiques propres. Il faut reconnaître ces différences lors de la planification des politiques et des services qui touchent la santé. Enfin, ce rapport, en plus de reprendre certaines recommandations du premier rapport, en offre de nouvelles, le tout afin d'améliorer la santé de la population francophone de l'Ontario.



# Chapitre 1

## Mise en contexte

**Gratien Allaire, Université Laurentienne**

**Louise Picard, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district**

---

### 1.1 Introduction

---

En février 2000, le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) du Service de santé publique de Sudbury et du district publiait un premier *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, basé sur les données de l'Enquête sur la santé de l'Ontario, 1996-1997 (ESO 1996-1997). Le programme reconnaissait ainsi qu'en rapport avec la santé, l'histoire, la culture et la langue de la population franco-ontarienne les différencient nettement de l'ensemble de la population ontarienne. La dernière recommandation de ce rapport demandait que le ministère « s'engage à poursuivre des analyses plus étendues relatives à la santé des francophones et à assurer la rédaction de sous-rapports lors des futures enquêtes sur la santé en Ontario ». Ce deuxième rapport est un suivi important et il représente une autre première : c'est la première fois que des données comparatives sur la population franco-ontarienne sont disponibles afin de permettre des comparaisons. Avons-nous fait du progrès?

Depuis la rédaction du premier rapport, le paysage des soins de santé en français s'est beaucoup modifié. Le Centre national de formation en santé est devenu le Consortium national de formation en santé et l'un des volets de son action vise la promotion de la recherche en santé des francophones. La société Santé en français et des réseaux de santé se sont constitués pour améliorer la livraison des services de santé en français.

C'est dans ce contexte que l'Institut franco-ontarien (IFO, Université Laurentienne) et le programme de REDSP ont joint leurs forces et leur expérience pour

mettre à jour le rapport. En plus de servir d'outil pour les preneurs de décisions et pour les personnes qui planifient et élaborent des services à l'intention des francophones de l'Ontario, ce deuxième rapport pourra être utilisé comme une base pour des recherches approfondies dans des domaines plus spécifiques.

Ce rapport se voit donc comme une première phase – un point de départ pour des activités de recherche importantes. Afin de promouvoir le partenariat entre le milieu académique et le champ de la pratique, le Groupe de recherche sur la santé et le mieux-être de la population francophone de l'Ontario (GReSMEFO) a été mis sur pied, regroupant des chercheuses de l'équipe qui a produit le premier rapport, de même que des chercheurs et des chercheuses de l'Université Laurentienne, du Collège Boréal, de l'Université d'Ottawa et du Programme de REDSP de Sudbury et du district.

Comme pour le premier rapport, un comité consultatif a été créé dans le but d'aider à orienter le projet et à en assurer la pertinence pour la communauté francophone de l'Ontario. Ce comité provincial est composé de personnes reconnues pour leurs contributions sur le plan de la recherche, leurs connaissances au sujet de la population francophone en Ontario et leurs compétences dans le domaine des sciences sociales, de l'éducation et de la santé.

L'équipe technique, dont le noyau est constitué des mêmes personnes qui ont collaboré à l'analyse des données pour le premier rapport, regroupe des épidémiologistes et des analystes du programme de REDSP. Ce deuxième rapport suit le modèle du premier; il présente des données relatives à la population franco-ontarienne (de langue maternelle

française) et les compare à celles qui se rapportent au reste de la population de la province de même qu'à celles du premier rapport. Il utilise les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 (ESCC 2000-2001), recueillies entre septembre 2000 et novembre 2001, et celles du recensement de 2001 de Statistique Canada.

Ce deuxième rapport poursuit les cinq mêmes objectifs que le premier :

1. Tracer un profil de l'état de santé et des comportements affectant la santé de la population franco-ontarienne;
2. Comparer les données relatives à la population franco-ontarienne et celles relatives à l'ensemble de la population ontarienne, comme aussi à celles relatives à la population anglophone et à la population allophone;
3. Comparer les communautés franco-ontariennes régionales entre elles;
4. Préciser les lacunes relatives aux données accessibles et proposer des pistes de recherche en ce qui a trait à la santé de la population franco-ontarienne;
5. Présenter un document qui pourra continuer à servir d'outil à toute la province pour l'intercession, la prise de décision, la planification des programmes et la prestation des services.

S'y ajoute un sixième objectif :

6. Comparer les résultats du deuxième rapport à ceux du premier.

## **1.2 État des connaissances sur la santé des francophones**

Ce deuxième rapport se situe dans la continuité du premier et donne un sens élargi à la santé en prenant en considération les déterminants de la santé. Ses auteures et ses auteurs souscrivent à la définition suivante de l'Organisation mondiale de la santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une

absence de maladie ou d'infirmité<sup>1</sup> ». Depuis le dernier rapport, il y a un intérêt croissant dans le secteur de la santé publique pour le modèle des déterminants de la santé<sup>2</sup>. Les décideurs et les planificateurs reconnaissent de plus en plus l'importance d'utiliser une approche basée sur la santé de la population pour réduire les inégalités sociales<sup>3</sup>. Ce rapport reconnaît d'abord que la culture est un important déterminant de la santé; ses analyses explorent le lien entre l'état de santé et des facteurs clés tels que le revenu et la scolarité. Il faut noter que ces analyses sont parfois limitées par la disponibilité des données et par la taille de l'échantillon.

Depuis la publication du premier rapport, peu de recherches sur la santé des francophones à l'échelle provinciale se sont ajoutées. Toutefois, au plan national, plusieurs initiatives sont fort prometteuses. Le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire a soumis le *Rapport au ministre fédéral de la Santé* en septembre 2001, rapport qui offrait plusieurs recommandations visant l'accès aux services pour les populations francophones et qui soulignait l'importance « d'obtenir des données fiables et pertinentes sur les communautés francophones en situation minoritaire<sup>4</sup> ». En mars 2004, la Commission conjointe sur la recherche et les systèmes d'information (un partenariat entre le Consortium national de formation en santé et la Société Santé en français) a organisé trois forums nationaux sur la recherche, dont un en Ontario, afin d'identifier les besoins de recherche et le potentiel de partenariat. Les participants y ont discuté les résultats du premier rapport sur la santé des francophones de l'Ontario. Ces rencontres ont été suivies, en décembre 2004, par le premier Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire : *La recherche, un levier pour améliorer la santé*. Ce forum regroupa plus de 180 participants; il permit de partager des résultats de recherche et de promouvoir des collaborations. Le rapport du forum en résume les résultats<sup>5</sup>.

### **1.2.1 Profil des francophones et contexte ontarien**

L'Ontario est la province qui compte le plus grand nombre de francophones au Canada, à l'exception du

Québec : un demi-million de personnes. Cette population représente 4,7 % de la population de la province. Elle est encore fortement concentrée dans les régions Est et Nord-Est et elle est majoritaire dans certaines collectivités de ces deux régions. D'importants changements l'affectent toutefois en profondeur. Sa croissance est plus rapide dans la région Centre que dans les autres, ce qui est la conséquence du déplacement de francophones d'autres régions de la province et du pays et, en bonne partie, le résultat de l'arrivée d'une importante population immigrante francophone originaire de l'extérieur du pays.

### 1.2.2 Un aperçu du premier rapport

Au fil des ans, la situation de la population francophone de l'Ontario s'est améliorée, au plan économique et en matière de santé, mais elle demeure généralement moins bonne que celle de la population de l'ensemble de la province. Pour certaines caractéristiques, les différences s'amenuisent, mais dans le domaine de la santé, elles persistent. Le premier rapport nous a appris que la population franco-ontarienne se caractérise par :

- une plus faible perception de son état de santé;
- plus d'incapacité physique et/ou mentale;
- un taux plus élevé de tabagisme;
- un taux plus faible d'abstinence face à l'alcool, mais moins de consommation excessive;
- un taux plus élevé d'activité sexuelle avant 18 ans;
- une plus grande tendance à souffrir de certaines maladies chroniques (asthme, bronchite, hypertension);
- une plus grande utilisation des services d'urgence;
- une moins grande tendance à aller chez le dentiste.

Certaines de ces différences au niveau de la santé s'expliquent par les caractéristiques sociodémographiques. Par exemple, les taux plus élevés de certaines maladies chroniques et d'incapacités physiques sont probablement liés au vieillissement de la population.

Pour rendre compte de l'état de santé, il faut aussi tenir compte de déterminants de la santé comme les comportements, les niveaux inférieurs de revenu et de scolarité, le taux supérieur d'analphabétisme et les habitudes de vie. Par exemple le taux plus élevé de maladies respiratoires chroniques est lié directement à l'usage plus répandu du tabac.

Il y a également lieu de croire que la dimension culturelle influence les comportements relatifs à la santé, comme la consommation d'alcool et le tabagisme. À cela s'ajoute le caractère hétérogène de la population francophone qui apparaît lorsque l'on constate les écarts considérables entre les sexes et les différents groupes d'âge. En outre, certains comportements de santé varient selon la région.

## 1.3 Plan du présent rapport

---

Le deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario est divisé en onze (11) chapitres. Comme le premier rapport, chacun des chapitres présente des données descriptives relatives à la population francophone de la province. Un chapitre s'ajoute au deuxième rapport pour résumer les différences régionales. Pour ce rapport, nous avons invité des auteures et des auteurs à rédiger certains chapitres ou sections de chapitres. Cette approche servira non seulement à en promouvoir la diffusion, mais aussi à encourager les chercheurs à entreprendre des études pour répondre aux questions importantes qu'il soulève.

Chaque chapitre présente d'abord les données les plus récentes, celles de l'ESCC 2000-2001. Les points saillants de cette enquête sont résumés dans une section intitulée « En bref » de plus, chaque chapitre se termine par les « Réalités des francophones », c'est-à-dire une section dans laquelle les auteurs examinent les répercussions des données recueillies sur la population francophone.

Ce deuxième rapport suit la structure adoptée pour le premier, qui a été rédigé principalement pour les planificateurs et les intervenants en santé publique, et pour lequel les auteures se sont inspirées des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*<sup>6</sup> émises par le ministère de la Santé de l'Ontario.

Après une mise en contexte (chapitre 1) et la présentation de la méthodologie (chapitre 2), le rapport présente un profil sociodémographique (chapitre 3) de la population francophone de l'Ontario et son environnement social (chapitre 4). Les chapitres suivants abordent des questions relatives à un domaine spécifique de ce vaste continent qu'est la santé : autoévaluation de la santé et incapacités (chapitre 5), problèmes de santé chronique et

blessures (chapitre 6), santé mentale (chapitre 7), comportement et santé (chapitre 8) et soins alternatifs et comportements préventifs (chapitre 9). Le chapitre 10 se concentre sur les comparaisons régionales.

Enfin, la conclusion et les recommandations présentées dans le dernier chapitre sont une synthèse des données recueillies, et ce dans un but fort précis : appuyer le développement et la prestation de services de santé pour les francophones de l'Ontario.

---

## Références

<sup>1</sup>. Organisation mondiale de la santé (1998), *Promotion de la santé : Tournant décisif vers une alliance mondiale*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs171/fr/> (consulté le 5 novembre 2005).

<sup>2</sup>. Agence de santé publique du Canada (2003), « Qu'est-ce qui détermine la santé », *Santé de la population*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html> (consulté le 5 novembre 2005).

<sup>3</sup>. Service de santé publique de Sudbury et du district (2005), *Conseil de santé de Sudbury et du district – Exposé de position sur les déterminants de la santé*, Sudbury, Service de santé publique de Sudbury et du district.

<sup>4</sup>. Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (2001), *Rapport au ministre fédéral de la Santé*, Ottawa, Ministre des travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 4.

<sup>5</sup>. Consortium national de formation en santé et Société Santé en français (2005), *La recherche, un levier pour améliorer la santé*, 1er Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire, Rapport final, Ottawa, Secrétariat national du Consortium national de formation en santé ; <http://www.cnfs.ca/pdf/Rapport%20forum%20national-FINAL.pdf> (consulté le 5 novembre 2005).

<sup>6</sup>. Ministère de la Santé de l'Ontario (1997), *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

# Chapitre 2

## Méthodologie

Équipe technique

### 2.1 Définition de « francophone »

Il existe plusieurs façons de définir le terme « francophone » et de le rendre opérationnel. Les définitions s'appuient sur un ou plusieurs des éléments suivants : l'origine ethnique, la langue maternelle, la connaissance des langues officielles et la langue d'usage à la maison. Aux fins de ce rapport, le terme « francophone » désigne les répondants qui déclarent le français comme langue maternelle, c'est-à-dire la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise.

Les variables de la langue maternelle (SDCA\_6A à SDCA\_6S) ont servi à compiler deux variables linguistiques. La première variable, « langue maternelle », divise les répondants en trois catégories : francophones, anglophones et allophones. Les francophones sont ceux qui identifient le français comme première langue apprise durant leur enfance et encore comprise et ceux qui identifient le français comme l'une des langues apprises durant l'enfance et encore comprises. Les anglophones sont ceux qui identifient l'anglais comme première langue apprise durant l'enfance et encore comprise. La désignation « anglophone » exclut ceux qui font partie de la catégorie des francophones. Les allophones sont ceux qui ont identifié une autre langue que le français ou l'anglais, apprise durant l'enfance et encore comprise.

La deuxième variable, appelée « langue seconde », sépare les répondants en deux catégories : les francophones et les non-francophones. Comme dans le cas de la variable « langue maternelle », les francophones comprennent les personnes qui ont identifié le français comme la langue ou l'une des

langues apprises durant l'enfance et encore comprises. Les non-francophones sont celles qui n'ont pas identifié le français comme la langue ou l'une des premières langues apprises et encore comprises. La désignation « non-francophone » réunit en une seule catégorie tous les anglophones et tous les allophones issus de la première variable.

### 2.2 Sources des données

Les sources des données du deuxième rapport sont semblables à celles du premier : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 et le Recensement de 2001 effectués par Statistique Canada. Les autres sources utilisées sont indiquées en note.

#### 2.2.1 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001

La principale source des données ayant servi à la préparation de ce rapport est l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1, 2000-2001 (ESCC 2000-2001)<sup>1</sup>. Tous les répondants de l'Ontario ont servi pour le calcul des indicateurs, à l'exception de 69 répondants qui n'ont pas fourni de réponse valide aux variables de la langue maternelle. La taille de l'échantillon utilisé aux fins de cette analyse était donc de 37 612 personnes. Parmi ces répondants, 2 884 étaient des francophones, ce qui représente un pourcentage (7,7 %) légèrement supérieur à celui de la population francophone dans la province (4,7%).

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a débuté en 2000-2001 et sera reprise tous les deux ans. Elle fournit des estimations au niveau des régions quant aux déterminants de la

santé, à l'état de santé et à l'utilisation du système de santé dans la population âgée de 12 ans et plus (à l'exclusion des habitants des territoires autochtones, des bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions isolées). L'ESCC a remplacé la composante transversale de l'Enquête nationale sur la santé de la population à partir de laquelle l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997 (ESO 1996-1997)<sup>2</sup> fut créée. Nous avons aussi établi des comparaisons avec les résultats déjà publiés de l'ESO 1996-1997<sup>3</sup>.

## 2.2.2 Recensement de 2001

Le recensement de 2001 effectué par Statistique Canada a servi à dresser le profil sociodémographique de la population francophone de l'Ontario. Les chiffres et les pourcentages sont estimés à partir de l'échantillon de 20 %, formé des personnes auxquelles Statistique Canada demande de remplir un questionnaire plus détaillé que celui de l'ensemble de la population.

La source première est fournie par Statistique Canada : *le Fichier des particuliers du Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001*, accompagné de la *Documentation de l'utilisateur*<sup>4</sup>. La deuxième source est également produite par Statistique Canada et est fondée sur la langue maternelle et la première langue officielle parlée<sup>5</sup>. La troisième source provient de l'Office des Affaires francophones de l'Ontario (OAF), qui a compilé des « Statistiques de la population francophone de l'Ontario » à partir des données de Statistique Canada et qui a publié ses profils statistiques des francophones en Ontario en septembre 2005, après la rédaction des chapitres portant sur les données sociodémographiques<sup>6</sup>. Lecture faite, les profils complètent les résultats analysés pour ce rapport. De manière générale, ce sont des pourcentages et des proportions qui ont été calculés à partir des deux premières sources, alors que les résultats chiffrés viennent directement de l'OAF.

## 2.3 Analyse des données de l'ESCC 2000-2001

### 2.3.1 Choix et définition des indicateurs de la santé

Dans le but de faciliter la comparaison avec les résultats du premier rapport, nous avons repris, chaque fois que c'était possible, les mêmes indicateurs des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation du système de santé. Dans le cas de nouveaux indicateurs ou d'indicateurs modifiés, nous avons utilisé, pour l'analyse des paramètres, la liste des indicateurs publiée par le Groupe de travail sur les indicateurs de l'Association of Public Health Epidemiologists in Ontario<sup>7</sup>. En l'absence de paramètres d'indicateurs déjà définis, nous avons conçu de nouveaux indicateurs en nous fondant sur des consultations d'experts du domaine étudié.

### 2.3.2 Comparaisons d'intérêt primaire et interprétation des données

Les comparaisons qui nous ont intéressés en premier lieu sont les différences dans les indicateurs entre les francophones, les anglophones et les allophones, ainsi que les différences entre les francophones et l'ensemble de la population de l'Ontario. Des comparaisons d'intérêt secondaire ont porté sur les différences dans les indicateurs entre les francophones et les non-francophones en tenant compte, notamment, des différentes régions géographiques. Chaque fois que c'était possible, nous avons établi des comparaisons entre l'ESCC 2000-2001 et les données de l'ESO 1996-1997. Les **différences** entre les proportions ont été jugées statistiquement **significatives** lorsque les intervalles de confiance de 95 % ne se chevauchaient pas.

## Terminologie

**Différences significatives** : La petite taille de certains échantillons ne permet pas toujours la généralisation des données et il arrive que les différences identifiées ne soient pas significatives en termes statistiques. Il faut donc les utiliser avec prudence.

Les réponses « Ne sait pas », « Refus de réponse » et « Non-indiqué » ont été exclues de l'analyse lorsque le groupe des non-réponses représentait moins de 8 % du total. Dans le cas où ce groupe représentait 8 % ou plus du total, ces réponses ont été incluses dans l'analyse et placées dans une catégorie à part.

### 2.3.3 Techniques d'analyse

L'analyse a été menée en conformité avec les directives de confidentialité et de diffusion de Statistique Canada (2003). Comme le suggèrent les directives, les données non-pondérées (données de l'échantillon) ont servi à établir si la taille des cellules était supérieure à 10; lorsque cette taille était inférieure à 10, les résultats ont été supprimés.

En raison de la complexité de l'échantillon de l'ESCC 2000-2001 (y compris la stratification, les étapes multiples de sélection et les probabilités inégales de sélection), nous avons dû appliquer des facteurs de pondération afin d'assurer que les estimations obtenues reflètent fidèlement la population étudiée. Le facteur que Statistique Canada attribue à chaque répondant correspond au nombre de personnes représentées en regard de la population totale. Cette stratégie de pondération permet de tenir compte de la répartition de l'échantillon à partir de plusieurs facteurs (l'âge, le sexe, la géographie, la probabilité de sélection dans le ménage, la saison de l'entrevue, etc.). Nous avons présenté des pourcentages pondérés dans les tableaux et le texte avec des intervalles de confiance de 95 % afin de fournir une indication du degré de stabilité de l'estimation.

Le programme SPSS de Statistique Canada, BOOTVARE\_V20.SPS (version 2), a servi à estimer les variances à l'aide de la méthode d'amorçage (*bootstrap method*)<sup>8</sup>. Ce logiciel a permis d'analyser les totaux, les rapports et les différences entre les rapports afin d'obtenir des estimations des pourcentages, de l'écart-type, du coefficient de variation, de la limite inférieure et de la limite supérieure des intervalles de confiance de 95 %. Ces fichiers utilisent le logiciel d'estimation des variances par amorçage et calculent les estimations des variances à l'aide de 500 facteurs de pondération. L'amorçage est une technique de ré-examen des échantillons qui évalue le degré

d'incertitude dans les procédures d'estimation. Selon cette technique, la simulation à l'ordinateur obtenue par le réexamen répété d'une séquence initiale de données remplace l'analyse mathématique de ces données<sup>9</sup>.

Pour se conformer aux directives de diffusion, les pourcentages inscrits dans les tableaux sont ombrés lorsque le coefficient de variation (CV) se situe entre 16,6 % et 33,3 %, et sont supprimés et remplacés par un astérisque lorsque le CV est supérieur à 33,3 %. L'utilisation des pourcentages ombrés devrait s'accompagner d'une indication quelconque du haut degré de variabilité de l'échantillon ayant servi à établir l'estimé. Le signallement des CV tombant à l'intérieur de la zone d'avertissement et de suppression a été facilité par l'utilisation du prototype Excel Macro appelé Autoboot CI<sup>10</sup>. Les résultats ont été vérifiés par un analyste indépendant afin d'en assurer la fiabilité.

### 2.3.4 Variables descriptives sociodémographiques

Chaque indicateur a été analysé par des comparaisons d'intérêt primaire et secondaire et décrit à l'aide d'un certain nombre de variables sociodémographiques. Tous les indicateurs ont été analysés selon la langue. Lorsque les paramètres d'analyse le permettaient, nous avons analysé les indicateurs à partir de sept variables sociodémographiques : sexe, tranche d'âge, tranche de revenu, niveau de scolarisation, présence d'enfants de moins de 6 ans à la maison, 6 subdivisions régionales et 3 régions géographiques. Nous l'avons fait dans l'ordre suivant :

#### *Niveau provincial*

Chacun des indicateurs suivants pour chacun des 3 groupes sociolinguistiques :

- Indicateur d'ensemble;
- Indicateur du sexe;
- Indicateur des tranches d'âge;
- Indicateur du revenu;
- Indicateur de la scolarisation;
- Indicateur du ménage avec/sans enfant de moins de 6 ans.

### Niveau régional

Les deux indicateurs suivants pour les 3 groupes sociolinguistiques (francophones, anglophones et allophones) :

- Indicateur des 6 subdivisions régionales;
- Indicateur des 3 régions.

Les deux indicateurs suivants pour 2 groupes sociolinguistiques (francophones et non-francophones) :

- Indicateur des 6 subdivisions régionales
- Indicateur des 3 régions.

### Sexe

La variable du sexe, DHHA\_SEX, et les catégories « Homme » et « Femme » ont été utilisées sans modification.

### Tranche ou groupe d'âge

La variable de l'âge, DHHA\_AGE, contenue dans la base de données a été recodée en groupant les valeurs dans les tranches d'âge suivantes : « 12 à 19 ans », « 20 à 44 ans », « 45 à 64 ans », « 65 à 74 ans » et « 75 ans et plus ». Dans les situations où l'échantillon était trop faible, les tranches d'âge ont été regroupées en quatre catégories en réunissant les tranches « 65 à 74 ans » et « 75 ans et plus » en une seule catégorie, « 65 ans et plus ».

### Revenu

Nous avons utilisé la variable à deux volets. INCADIA2, « revenu faible » et « revenu moyen/élevé » (tableau 2.1). Cependant, les réponses « non-indiqué » étaient supérieures à 8 % du total et, par conséquent, ces réponses ont

**Tableau 2.1 – Catégories de revenu**

| Catégories de revenu | Explication                                                                                                       |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revenu faible        | <15 000 \$ pour 1 ou 2 personnes<br><20 000 \$ pour 3 ou 4 personnes<br><30 000 \$ pour 5 personnes et plus       |
| Revenu moyen/élevé   | >= 15 000 \$ pour 1 ou 2 personnes<br>>= 20 000 \$ pour 3 ou 4 personnes<br>>= 30 000 \$ pour 5 personnes et plus |

été placées dans une catégorie à part aux fins d'analyse. Cette variable du revenu se fonde sur le revenu total du ménage et le nombre de personnes au foyer.

### Scolarisation

Dans la base de données, la variable EDUADR04 a quatre catégories : « Moins que le diplôme d'études secondaires », « Diplôme d'études secondaires, sans études post-secondaires », « Une partie des études post-secondaires » et « Grade/Diplôme post-secondaire ». Elle a été utilisée sans modification. Le libellé de certaines catégories des tableaux de données a été modifié par rapport au libellé de la base de données (tableau 2.2).

### Enfants (âgés de moins de 6 ans) à la maison

La variable DHHADLE5 identifiant le nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans à la maison a été recodée en regroupant les valeurs sous deux catégories : « enfants de moins de 6 ans à la maison » et « sans enfant âgé de 6 ans et moins à la maison ».

**Tableau 2.2 – Catégories de scolarisation**

| Libellé des catégories de EDUADR04                        | Libellé des catégories des tableaux de données |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Moins que le diplôme d'études secondaires                 | Sans diplôme d'études secondaires              |
| Diplôme d'études secondaires, sans études postsecondaires | Diplôme d'études secondaires                   |
| Une partie des études postsecondaires                     | Une partie des études postsecondaires          |
| Grade/diplôme postsecondaire                              | Diplôme collégial/universitaire                |

### Trois régions

La variable de la région de planification de la santé a été recodée en une variable à trois catégories : « Est », « Centre » et « Nord » (tableau 2.3).

### Six subdivisions régionales

La variable de la région GEOADON, DHC, a été recodée en variable à six catégories : « Est-Champlain », « Sud-Est », « Centre », « Sud-

Ouest », « Nord-Est » et « Nord-Ouest » (tableau 2.3).

Ces régions ont été établies au moyen des zones desservies par les services de santé publique pour répondre à une demande spéciale d'étude plus poussée dans l'Est de la province. La subdivision Est-Champlain répond à cette demande. Elle est

**Tableau 2.3 – Régions, subdivisions régionales et services de santé publique**

| Trois régions | Six subdivisions | Services de santé publique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Est           | Est-Champlain    | Bureau de santé publique de l'est de l'Ontario<br>Santé publique Ottawa<br>Renfrew County and District Health Unit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|               | Sud-Est          | Hastings-Prince Edward Counties Health Unit<br>Kingston, Frontenac and Lennox and Addington Health Unit<br>Leeds, Grenville, and Lanark District Health Unit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Centre        | Centre           | Brant County Health Unit<br>Durham Regional Health Unit<br>Haldimand-Norfolk Regional Health Unit<br>Haliburton-Kawartha, Pine Ridge District Health Unit<br>Halton Regional Health Department<br>Hamilton-Wentworth Regional Health Unit<br>Niagara Regional Area Health Department<br>Peel Regional Health Department<br>Peterborough County-City Health Unit<br>Simcoe Muskoka District Health Unit<br>Toronto Public Health Department<br>Waterloo Regional Community Health Department<br>Wellington-Dufferin-Guelph Health Unit<br>York Regional Health Department |
|               | Sud-Ouest        | Bruce, Grey, Owen Sound Health Unit<br>Elgin-St. Thomas Health Unit<br>Huron County Health Unit<br>Kent-Chatham Health Unit<br>Lambton Health Unit<br>Middlesex-London Health Unit<br>Oxford County Health Unit<br>Perth District Health Unit<br>Unité sanitaire de Windsor - comté d'Essex                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Nord          | Nord-Est         | Algoma Health Unit<br>Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound<br>Bureau de santé de Porcupine<br>Service de santé de Sudbury et du district<br>Services de santé du Timiskaming                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|               | Nord-Ouest       | Northwestern Health Unit<br>Thunder Bay District Health Unit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

plus étendue que demandé initialement en raison des limitations de l'ensemble des données. Elle inclut une partie du parc provincial Algonquin que très peu de personnes habitent en permanence.

## 2.4 Qualité des données et limitations

---

### 2.4.1 Répondants substituts et imputation

D'après Statistique Canada (2003), les modules portant sur des sujets privés ou délicats sont éludés lorsqu'un répondant substitut répond au questionnaire au nom d'une autre personne. Cependant, on sait qu'une forte proportion inattendue d'entrevues ont été données par des répondants substituts (6,3 % de toutes les entrevues au Canada, et un écart de 2 % à 23 % au niveau régional). Les valeurs obtenues de ces entrevues ont été imputées aux données et apparaissent comme des réponses valides. Pour arriver à ce résultat, on a utilisé la méthode du « plus proche voisin ». Cette méthode a été utilisée pour compléter les questionnaires de répondants substituts seulement, et non dans les cas d'absence totale ou partielle de réponse dans des entrevues de répondants qui répondaient en leur nom. Les données fournies par un répondant de cette dernière catégorie et ayant des caractéristiques semblables au répondant substitut ont servi de donateur, et l'information du premier dossier a été reportée au second dossier où il manquait des données. Lorsque la qualité des données ne pouvait être améliorée par la méthode d'imputation, les réponses codées « manquante » ont conservé ce statut.

Dans l'ESCC 2000-2001, les modules suivants ont été imputés dans leur totalité aux questionnaires des répondants substituts SEULEMENT :

- Tension artérielle;
- Visites chez le dentiste;
- Examens de la vue;
- Visites chez un professionnel de la santé mentale;
- Conduite en état d'ébriété;
- Dépression;

- Pensées suicidaires et tentatives de suicide;
- Comportements sexuels;
- Consommation de fruits et de légumes.

Les modules suivants ont été partiellement imputés aux questionnaires des répondants substituts SEULEMENT :

- Test PAP (PAPA\_20 seulement);
- Test APS (PSAA\_170 seulement);
- Mammographie (MAMA\_30, MAMA-37 et MAMA\_38);
- Vaccin anti-grippal (FLUA-160 seulement);
- Examen des seins (BRXA\_110 seulement);
- Auto-examen des seins (BRXA\_120 seulement);
- Taille et poids (HWT\_4 seulement).

### 2.4.2 Limitations

#### A. Données

Dans toutes les régions de l'Ontario, la population francophone est minoritaire. Dans certaines régions, cette situation limite la capacité des chercheurs d'analyser certains indicateurs socio-démographiques et la possibilité de faire des comparaisons par sous-groupes.

#### B. Variables

Certaines variables n'étaient pas disponibles dans l'ESCC 2000-2001 alors qu'elles l'étaient dans l'ESO 1996-1997 et, inversement, certaines variables sont apparues dans l'enquête de 2000-2001 alors qu'elles n'existaient pas dans l'enquête de 1996-1997. Dans tous ces cas, nous n'avons pu faire de comparaison entre les deux enquêtes.

## 2.5 Rapports techniques

---

Les résultats de toutes les analyses des données de l'ESCC 2000-2001 que l'équipe technique a faites sont rassemblées dans le rapport technique disponible au Programme de REDSP de Sudbury et du district<sup>11</sup>.

---

## Références

- <sup>1</sup>. Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- <sup>2</sup>. *Ibid.*
- <sup>3</sup>. Picard, L. et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Divisions du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique. Aussi disponible à [www.opha.on.ca/resources/e-h.html#general](http://www.opha.on.ca/resources/e-h.html#general) (consulté le 2 décembre 2005).
- <sup>4</sup>. Statistique Canada (s.d.), *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers*, 95M0016XCB; Statistique Canada (s.d.), *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, Documentation de l'utilisateur*, Canada, Statistique Canada.
- <sup>5</sup>. Statistique Canada (s.d.), « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la scolarité, de la population active et du revenu (508), langue maternelle (4) et sexe (3) pour la population ayant l'anglais, le français ou l'anglais et le français comme langue maternelle, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, recensement de 2001 – Données-échantillon (20 %) », *Produit du recensement de 2001*, 97F0007XCB01042; dans le rapport, la référence à ce fichier se lira comme suit : Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles (... selon la) langue maternelle (...) », *Produit du recensement de 2001*, 97F0007XCB01042.
- <sup>6</sup>. Ontario, Office des Affaires francophones, « Population francophone de l'Ontario, (Recensement de 2001 – Statistique Canada) » « Statistiques de la population francophone de l'Ontario », <http://www.ofa.gov.on.ca/francais/carte.html> (consulté le 3 juin 2005). Il y a cinq profils statistiques, tous publiés en septembre 2005 : *Les francophones en Ontario*, *Les jeunes francophones en Ontario*, *Les femmes francophones en Ontario*, *Les minorités raciales francophones en Ontario* et *Les personnes âgées francophones en Ontario*.
- <sup>7</sup>. Association of Public Health Epidemiologists of Ontario (2004), *Core Indicators for Public Health in Ontario*, [www.apheo.ca/indicators/index.html](http://www.apheo.ca/indicators/index.html) (consulté le 2 décembre 2005).
- <sup>8</sup>. Statistique Canada (2002), *Estimation des variances par amorçage pondéré, Guide d'utilisation du logiciel BOOTVARE\_20.SPS (Version 2.0)* (logiciel et manuel d'utilisation).
- <sup>9</sup>. *Ibid.*
- <sup>10</sup>. Lueske, B. (2004), *Autoboot CI Prototype* (logiciel), London, Middlesex-London Health Unit.
- <sup>11</sup>. Sanderson, R., Palangio, A., Coterall, A., Lueske, B., Locker, A. et Picard, L. (2004), *Documentation et analyses techniques: comportements et santé pour le Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, London, Ontario, Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, Middlesex-London Health Unit.



# Chapitre 3

## Profil sociodémographique

**Gratien Allaire, Université Laurentienne**  
**Christiane Bernier, Université Laurentienne**

Le profil sociodémographique de la population franco-ontarienne s'est modifié depuis le recensement de 1996 : l'Est et le Nord-Est demeurent des régions francophones, mais le Centre prend une importance de plus en plus grande. Ce chapitre met à jour ce profil selon les six volets retenus pour le premier rapport : 1) la population francophone, sa proportion de l'ensemble et sa répartition régionale; 2) les groupes d'âge; 3) le quotient de dépendance; 4) la mobilité, vue sous

l'angle du lieu de naissance et du changement de résidence; 5) les minorités visibles et les autochtones; 6) la conservation de la langue.

### 3.1 Population, proportion et répartition régionale

Le recensement de 2001 donne 548 940 **francophones** en Ontario (tableau 3.1), soit 4,7 % de

**Tableau 3.1 – Population francophone et proportion de la population totale selon la région, 1996 et 2001**

|                      | Proportion de la population régionale totale, 1996 | Proportion de la population régionale totale, 2001 | Population francophone, 2001 |
|----------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|
|                      | %                                                  | %                                                  | N                            |
| <b>Ontario</b>       | <b>5,0</b>                                         | <b>4,7</b>                                         | <b>548 940</b>               |
| Est                  | 15,0                                               | 14,7                                               | 226 705                      |
| <i>Est-Champlain</i> | –                                                  | 19,9                                               | –                            |
| <i>Sud-Est</i>       | –                                                  | 2,8                                                | –                            |
| Centre               | 1,8                                                | 1,8                                                | 140 550                      |
| Sud-Ouest            | 2,5                                                | 2,3                                                | 34 320                       |
| Nord-Est             | 25,6                                               | 25,1                                               | 138 585                      |
| Nord-Ouest           | 4,0                                                | 3,7                                                | 8 780                        |

Notes : Les chiffres et les pourcentages sont estimés à partir de l'échantillon de 20% et les chiffres sont arrondis à plus ou moins 5.

– : Données manquantes.

Sources : La proportion de la population régionale en 1996 est tirée de Louise Picard *et al.* (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Divisions du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, p. 21.

La proportion de la population régionale totale a été calculée en utilisant « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles (... selon la) langue maternelle (...) », *Produit du recensement de 2001*, 97F0007XCB01042.

La population francophone de 2001 est tirée de Ontario, Office des Affaires francophones, « Population francophone de l'Ontario, (Recensement de 2001 – Statistique Canada) » « Statistiques de la population francophone de l'Ontario » <http://www.ofa.gov.on.ca/francais/carte.html> (consulté le 3 juin 2005).

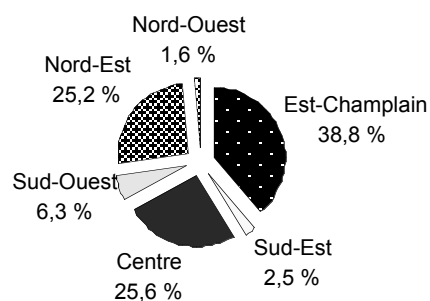
### Terminologie

**Francophones** : Pour des fins de comparabilité avec le premier rapport, les francophones sont définis par la langue maternelle, selon leur réponse à la question « Quelle est la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise ? » ; les réponses uniques et multiples ont été retenues. Il faut toutefois noter que la définition du terme « francophone » fait l'objet de beaucoup de discussion : langue maternelle, langue d'usage, langue de conversation, langue de travail, langue officielle. Pour le recensement de 2001, Statistique Canada fournit les données relatives à la première langue officielle parlée, une nouvelle variable combinant la langue de conversation, la langue maternelle et la langue d'usage.

la population de la province (542 340, soit 5,0 %, en 1996). Les nombres les plus élevés se trouvent dans l'Est, plus précisément dans l'Est-Champlain, puis dans le Centre et dans le Nord-Est ; les proportions les plus fortes se voient dans le Nord-Est et l'Est-Champlain. Un quart de la population du Nord-Est est francophone.

Trois régions regroupent la très grande majorité de la population francophone (92 %) : l'Est, et plus particulièrement la subdivision de l'Est-Champlain, le Nord-Est et le Centre. Près de deux francophones sur cinq vivent dans l'Est-Champlain, et un peu plus d'un sur quatre dans le Nord-Est. Bien qu'ils ne comptent que pour moins de 2% de la population totale de la région, les francophones du Centre forment plus du quart de la population de langue maternelle française en Ontario (figure 3.1).

**Figure 3.1 – Répartition de la population francophone selon les régions, 2001**



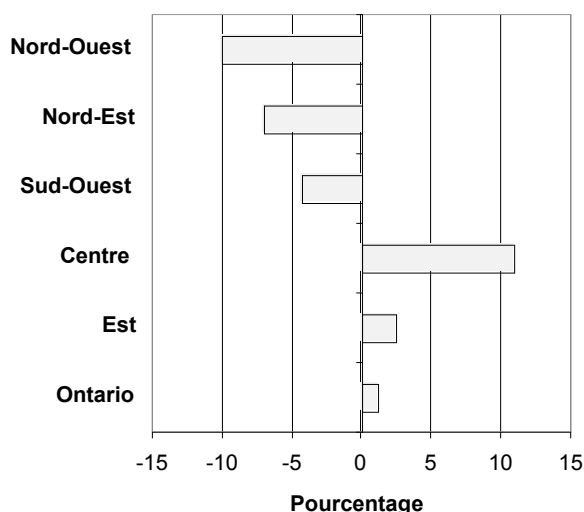
Note : Les pourcentages sont estimés à partir de l'échantillon de 20 %.

Source : Ontario, Office des Affaires francophones, « Population francophone de l'Ontario (Recensement de 2001- Statistique Canada) » « Statistiques de la population francophone de l'Ontario », <http://www.ofa.gov.on.ca/francais/carte.html> (consulté le 3 juin 2005) ; pour les régions d'Est-Champlain et du Sud-Est, les chiffres ont été calculés en utilisant Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles [...] selon la langue maternelle [...] », Produit du recensement de 2001, 97F0007XCB01042.

De 1996 à 2001, la population franco-ontarienne a augmenté de 6 600 personnes, ou de 1,2 %. Le Centre a connu une croissance vigoureuse durant ces années, soit 11 %, et sa proportion de la population de langue française a augmenté, en conséquence, de 23 % à 26 %. L'Est a vu sa proportion de la

francophonie ontarienne augmenter un peu, à la suite d'une faible augmentation de sa population francophone. Les autres régions ont connu une baisse de leurs effectifs, la plus importante en proportion se produisant dans le Nord-Ouest et la plus grande en nombre, dans le Nord-Est (figure 3.2). Cette dernière, la première de l'Ontario français par sa proportion de francophones, a perdu 10 370 personnes ou 7 % de sa population francophone, ce qui a eu pour conséquence de réduire de 27 % à 25 % sa part de la population de langue maternelle française.

**Figure 3.2 – Variation de la population francophone de 1996 à 2001**



Note : Les pourcentages sont estimés à partir de l'échantillon de 20 %.

Source : Ontario, Office des Affaires francophones, « Population francophone de l'Ontario (Recensement de 2001- Statistique Canada) » « Statistiques de la population francophone de l'Ontario », <http://www.ofa.gov.on.ca/francais/carte.html> (consulté le 3 juin 2005).

### 3.2 Milieu rural, milieu urbain

En 1996, un plus fort pourcentage de francophones vivaient en zone rurale (22 %), comparativement à l'ensemble de la population ontarienne (17 %). Les résultats du recensement indiquaient qu'une importante proportion de francophones résidaient dans l'Est et le Nord-Est, deux régions plus rurales que le Centre de la province, où se trouve Toronto, la grande métropole canadienne. L'importance croissante du Centre ne peut que renforcer cette constatation.

**Tableau 3.2 – Population totale, population francophone et proportion francophone, selon les régions métropolitaines de recensement, 2001**

| Régions métropolitaines de recensement (RMR)  | Population       |                | Proportion francophone |
|-----------------------------------------------|------------------|----------------|------------------------|
|                                               | Totale           | Francophone    | %                      |
| Hamilton                                      | 655 059          | 10 682         | 1,6                    |
| Ottawa-Hull                                   | 795 253          | 145 407        | 18,3                   |
| Oshawa                                        | 293 547          | 7 019          | 2,4                    |
| Toronto                                       | 4 647 845        | 63 174         | 1,4                    |
| St. Catharines-Niagara                        | 371 401          | 15 814         | 4,3                    |
| Kitchener                                     | 409 692          | 6 284          | 1,5                    |
| London                                        | 427 215          | 7 166          | 1,7                    |
| Windsor                                       | 304 956          | 14 882         | 4,9                    |
| Sudbury et Thunder Bay                        | 274 222          | 48 655         | 17,7                   |
| <b>Total des RMR</b>                          | <b>8 179 190</b> | <b>319 083</b> | <b>3,9</b>             |
| <b>Proportion de la population totale (%)</b> | <b>72,5</b>      | <b>60,9</b>    |                        |

Notes : Les chiffres et les pourcentages sont estimés à partir de l'échantillon de 20%.

La population totale et la population francophone ont été estimées en utilisant le facteur de pondération assigné à chacun des cas dans le fichier de données fournis par Statistique Canada (Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, Documentation de l'utilisateur*, Canada, Statistique Canada, s.d., p. 173)

Source : Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers*, 95M0016XCB.

Les renseignements tirés de l'échantillon de 20 % du recensement de 2001 tendent à confirmer cette différence : on trouve 61 % des francophones dans les régions métropolitaines de recensement comparativement à 73% de l'ensemble de l'échantillon, une différence de 12 points. Les francophones se retrouvent en très faible minorité dans ces grandes agglomérations urbaines, à l'exception d'Ottawa et de Sudbury-Thunder Bay, où ils représentent 18 % de l'échantillon. Des données plus détaillées indiquent que 30 % de la population de la ville du Grand Sudbury est de langue maternelle française, comparativement à 3 % seulement pour Thunder Bay. Par ailleurs, dans plusieurs localités rurales comme Casselman et Alfred dans l'Est ou Sturgeon Falls et Fauquier dans le Nord-Est, les francophones forment la majorité, parfois très forte, de la population (tableau 3.2).

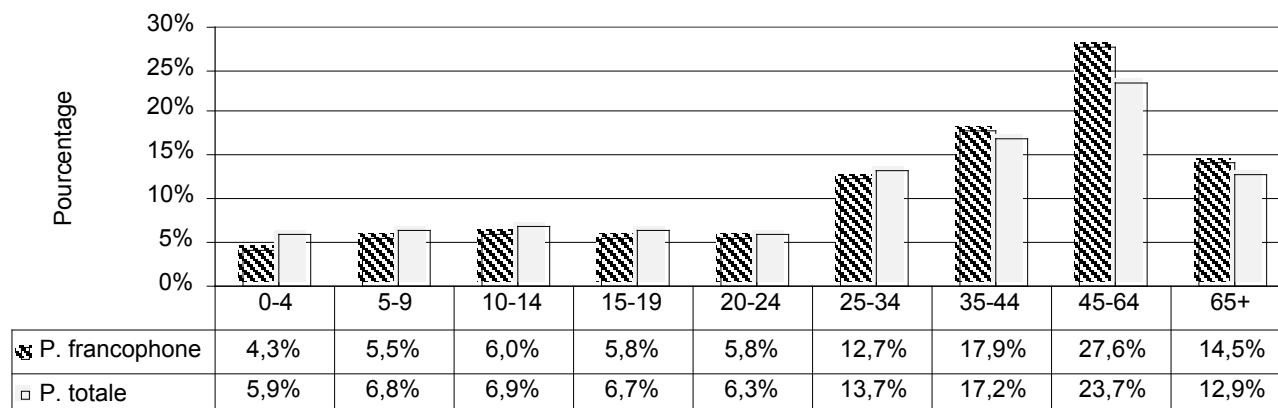
### 3.3 Groupes d'âge, femmes et hommes

Le vieillissement touche davantage la population francophone, qui est plus âgée que l'ensemble de la population ontarienne. Cette constatation prend deux formes. La proportion des francophones dans les

groupes d'âge au-dessus de 35 ans est plus élevée que pour l'ensemble de la population; la différence atteint plus de 4 points de pourcentage pour les 45-64 ans. Par contre, cette proportion est plus basse pour les groupes d'âge de moins de 34 ans; la différence s'accroît pour passer de 0,9 point dans le groupe de 25-34 ans à 2 points pour le groupe des 4 ans et moins (figure 3.3).

En 2001, les moins de 15 ans forment un peu plus de 14 % de la population francophone, alors qu'ils représentent 20 % de l'ensemble de la population ontarienne. L'Est-Champlain (17 %) et le Nord-Est (16 %) affichent les pourcentages les plus élevés de jeunes de 14 ans ou moins. C'est encore dans le Sud-Ouest que la proportion de francophones de cet âge est la plus faible (9 % en 2001, 10 % en 1996) et que la proportion de francophones de 65 ans et plus est nettement plus élevée (23,4 % en 2001, 22 % en 1996). La situation du Nord-Ouest est semblable : 9 % de moins de 15 ans et 18 % de 65 ans et plus en 2001. À l'échelle de la province, les francophones de 65 ans et plus sont passés de 12 % à plus de 14 % entre 1991 et 2001. Toutes les régions ont vu augmenter le nombre des personnes âgées francophones durant cette période, ce qui suit la tendance générale de la

**Figure 3.3 – Population francophone et population totale selon l'âge, 2001**



Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

population canadienne. Les femmes francophones sont plus nombreuses que les hommes francophones, et leur proportion (52,7 %) est plus élevée que celle de l'ensemble de la population ontarienne (51 %). Cette importante différence varie selon les régions, comme on peut le voir par les régions métropolitaines de recensement. Dans toutes ces régions, à l'exception d'Oshawa, le pourcentage de femmes est plus élevé que le pourcentage provincial. La différence est très grande dans des villes du centre – Toronto, Hamilton, London et St. Catharines-Niagara – où la proportion des femmes francophones dépasse les 55 % (tableau 3.3).

Les femmes francophones prennent de l'âge. Les différences entre elles et les hommes francophones, comme aussi entre elles et l'ensemble de la population ontarienne, se manifestent au niveau de l'âge moyen et au niveau des groupes d'âge. L'âge moyen des femmes francophones (41,5 ans) est beaucoup plus élevé que celui de la population ontarienne (36,6 ans). Il est aussi plus élevé que celui des hommes francophones (39,6 ans), et que celui des Ontariennes (37,4 ans) et celui des Ontariens (35,7 ans) de la population totale.

Les femmes francophones sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes francophones et les hommes et les femmes de la population totale pour tous les groupes d'âge de moins de 35 ans, sauf pour

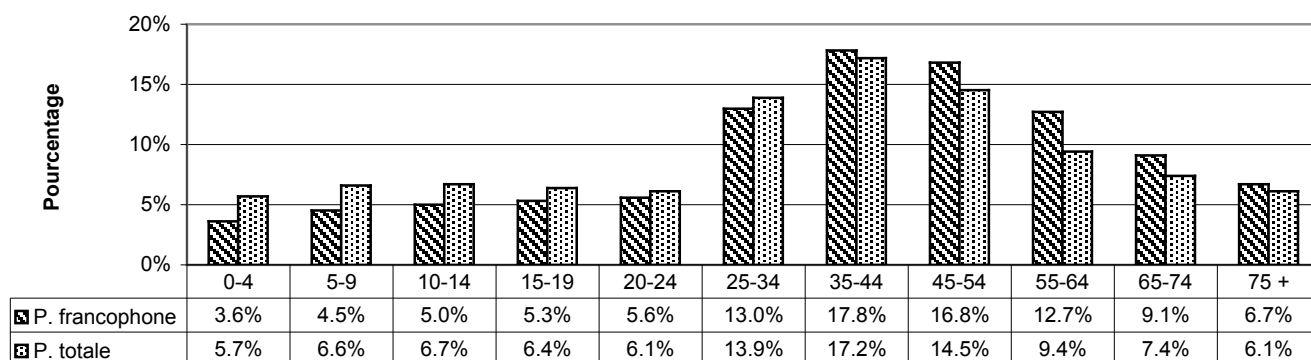
**Tableau 3.3 – Pourcentage des femmes selon les régions métropolitaines de recensement – population francophone et population totale, 2001**

| Région métropolitaine de recensement | Pourcentage des femmes |                   |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------|
|                                      | Population francophone | Population totale |
|                                      | %                      | %                 |
| Ontario                              | 52,7                   | 51,0              |
| Ottawa-Hull                          | 53,0                   | 51,0              |
| Oshawa                               | 51,1                   | 50,7              |
| Toronto                              | 55,3                   | 51,2              |
| Hamilton                             | 56,4                   | 51,1              |
| St. Catharines-Niagara               | 56,3                   | 51,4              |
| Kitchener                            | 53,5                   | 50,6              |
| London                               | 55,7                   | 51,5              |
| Windsor                              | 52,4                   | 50,6              |
| Sudbury et Thunder Bay               | 53,8                   | 51,1              |

Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

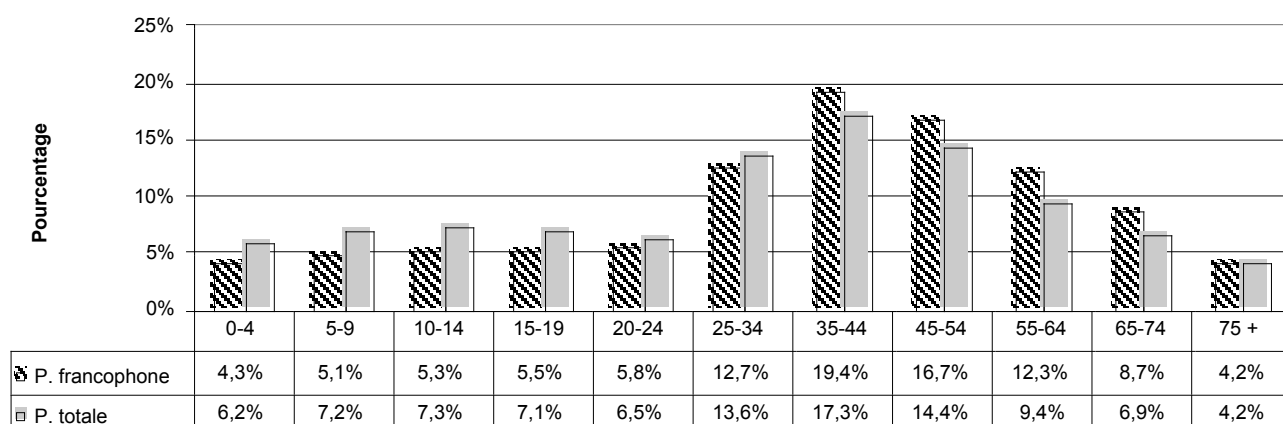
les hommes francophones de 25 à 34 ans. La situation se renverse avec les 35 à 44 ans. Pour tous les groupes à partir de celui des 45 à 54 ans, le pourcentage des femmes francophones est plus élevé que celui des hommes francophones et que ceux des hommes et des femmes de la population totale (figures 3.4 et 3.5).

**Figure 3.4 – Proportion de femmes selon l'âge – population francophone et population totale, 2001**



Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

**Figure 3.5 – Proportion d'hommes selon l'âge – population francophone et population totale, 2001**



Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

### 3.4 Quotient de dépendance

Le quotient de dépendance fait ressortir l'importance relative des jeunes et des personnes âgées dans une population donnée, en calculant leur rapport à la population active (les personnes de 15 à 64 ans). Lors du recensement de 2001, le quotient total de dépendance des francophones dans l'ensemble et dans toutes les régions est moins élevé que celui de l'ensemble de la population, ce qui signifie qu'une plus grande proportion de francophones de la province sont susceptibles de participer au marché du travail (tableau

3.4). Cette situation apparemment favorable est toutefois causée par la plus faible représentation de la relève, les groupes d'âge de moins de 15 ans.

La situation de l'ensemble de la population ontarienne présente une certaine amélioration, le quotient total étant moins élevé qu'en 1996, pour l'ensemble et pour les régions, sauf pour le Nord-Est et pour le Nord-Ouest. Comme en 1996, elle varie beaucoup selon les régions. Le quotient est le plus bas dans le Centre, région d'augmentation démographique rapide, suivi par le Sud-Est, région où les dépendants se répartissent à peu près également entre les moins de 15 ans (11 %-

**Tableau 3.4 – Quotient de dépendance selon la région – population francophone et population totale de moins de 15 ans, de 65 ans et plus, et dépendante, 2001**

|               | Population de moins de 15 ans |        | Population de 65 ans et plus |        | Population dépendante |        |
|---------------|-------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------|--------|
|               | Francophone                   | Totale | Francophone                  | Totale | Francophone           | Totale |
| Ontario       | 20                            | 29     | 18                           | 18     | 40                    | 47     |
| Est           | 23                            | 29     | 18                           | 19     | 41                    | 47     |
| Est-Champlain | 24                            | 28     | 18                           | 16     | 42                    | 44     |
| Sud-Est       | 15                            | 30     | 20                           | 23     | 35                    | 53     |
| Centre        | 15                            | 29     | 18                           | 18     | 33                    | 47     |
| Sud-Ouest     | 13                            | 31     | 34                           | 21     | 47                    | 51     |
| Nord-Est      | 22                            | 29     | 21                           | 21     | 44                    | 49     |
| Nord-Ouest    | 13                            | 33     | 24                           | 20     | 37                    | 50     |

*Note* : Les quotients ont été estimés à partir de l'échantillon de 20%. L'addition des quotients de la population de moins de 15 ans et de celle de 65 ans et plus n'est pas toujours égale au quotient de la population dépendante parce que les chiffres ont été arrondis.  
*Source* : Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles (... selon la) langue maternelle (...) », *Produit du recensement de 2001*, 97F0007XCB01042.

de la population francophone) et les 65 ans et plus (15 % de la population francophone), et par le Nord-Ouest, région où l'écart entre le groupe des 65 ans et plus (18 % de la population francophone) et celui des moins de 15 ans (9 % de la population francophone) est beaucoup plus grand. Le quotient total est le plus élevé dans le Sud-Ouest, qui compte une forte proportion de personnes de 65 ans et plus (23 % de la population francophone).

Le quotient de dépendance relatif aux francophones de 65 ans et plus s'est peu modifié entre 1996 et 2001. Pour l'ensemble et pour l'Est (comprenant l'Est-Champlain), il s'est même légèrement amélioré. Il se compare à celui de l'ensemble de la population : il est égal pour la population totale, francophone et ontarienne, et il est un peu plus élevé dans les régions, à l'exception du Sud-Ouest, où il dépasse largement celui de l'ensemble de la population de la région. On peut penser que le vieillissement de la population francophone affecte davantage les régions où cette dernière est la moins nombreuse.

Le quotient de dépendance relatif aux jeunes francophones de moins de 15 ans a diminué entre 1996 et 2001. Le changement le plus important s'est produit dans le Centre : le quotient « jeune » est passé de 28 à 15 entre les deux recensements, ce qui indique que la croissance de la population s'est faite

principalement au niveau de la population active, par l'immigration. Dans l'ensemble, et dans toutes les régions, le quotient est encore plus bas, beaucoup plus bas même, que celui des jeunes dans la population ontarienne. En 2001, l'écart est moins prononcé dans l'Est-Champlain et dans le Nord-Est, régions de population francophone plus nombreuse et plus ancienne, mais le quotient est environ deux fois plus élevé dans les autres régions (tableau 3.4). Il faut souligner une certaine stabilité du quotient de dépendance relatif aux francophones de 65 ans et plus. Par ailleurs, la baisse du quotient en ce qui concerne les jeunes francophones de moins de 15 ans pose indirectement la question de la continuité de la francophonie de langue maternelle

## 3.5 Mobilité

### 3.5.1 Lieu de naissance

La population franco-ontarienne se distingue nettement de l'ensemble de la population ontarienne par ses lieux de naissance. La proportion de francophones nés en Ontario est un peu plus élevée (65,9 %) que celle de l'ensemble (63,5 %). Il faut souligner, surtout, que le Québec est la province de naissance de la majeure partie de la population francophone née en dehors de l'Ontario, alors que les autres pays, notamment ceux

**Tableau 3.5 – Lieu de naissance selon les régions métropolitaines de recensement – population francophone et population totale, 2001**

|                                               | Ontario          |        | Québec           |        | Autres provinces |        | Autres pays      |        |
|-----------------------------------------------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
|                                               | Population       |        | Population       |        | Population       |        | Population       |        |
|                                               | Franco-<br>phone | Totale | Franco-<br>phone | Totale | Franco-<br>phone | Totale | Franco-<br>phone | Totale |
|                                               | %                | %      | %                | %      | %                | %      | %                | %      |
| Ontario                                       | 65,9             | 63,5   | 23,0             | 3,1    | 5,6              | 5,6    | 5,4              | 27,8   |
| <i>Régions métropolitaines de recensement</i> |                  |        |                  |        |                  |        |                  |        |
| Hamilton                                      | 45,0             | 67,5   | 34,9             | 2,4    | 11,8             | 5,6    | 8,3              | 24,4   |
| Kitchener                                     | 49,4             | 68,0   | 29,4             | 2,1    | 13,5             | 7,3    | 7,6              | 22,6   |
| London                                        | 53,1             | 72,3   | 27,8             | 1,9    | 9,8              | 5,8    | 9,3              | 20,0   |
| Oshawa                                        | 39,5             | 74,8   | 37,9             | 2,7    | 17,9             | 7,1    | 4,7              | 15,5   |
| Ottawa-Hull                                   | 65,1             | 57,3   | 25,4             | 10,1   | 4,3              | 10,1   | 5,2              | 22,6   |
| Toronto                                       | 34,4             | 47,8   | 33,3             | 2,4    | 10,4             | 4,5    | 22,0             | 45,3   |
| St. Catharines-Niagara                        | 57,5             | 73,0   | 30,6             | 2,8    | 8,9              | 5,9    | 3,0              | 18,4   |
| Sudbury et Thunder Bay                        | 83,4             | 80,7   | 11,9             | 3,0    | 3,6              | 6,7    | 1,1              | 9,6    |
| Windsor                                       | 70,2             | 72,2   | 16,4             | 1,6    | 8,4              | 3,6    | 5,0              | 22,6   |

*Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XC.*

d'Asie, avec 9,8 %, sont le lieu de naissance d'une grande partie de la population ontarienne née à l'extérieur de la province (tableau 3.5)

La situation est semblable, pour toutes les régions, si l'on en juge par les régions métropolitaines de recensement, les lieux les plus importants de croissance francophone. C'est un quart des francophones d'Ottawa qui sont nés au Québec, un tiers de ceux de Toronto et de Hamilton, un peu plus de 15% de ceux de Windsor et un peu moins de 12 % de ceux de Sudbury et Thunder Bay. Il faut noter que seulement 22 % des francophones de la région métropolitaine de recensement de Toronto sont nés à l'étranger, alors que c'est le cas de près de la moitié de l'ensemble de la population torontoise.

### 3.5.2 Changement de résidence

Une autre mesure de la mobilité des personnes se trouve au niveau du changement de résidence, par la connaissance du lieu de résidence cinq ans avant le recensement. Cette mesure indique que la population franco-ontarienne est à peine plus stable que l'ensemble : 81,4 % des personnes de langue maternelle française sont des non-migrants, c'est-à-dire qu'elles avaient le même lieu de résidence cinq ans auparavant ou résidaient dans la même subdivision de recensement, comparativement à

80,5 % pour l'ensemble (tableau 3.6). La migration infraprovinciale – le mouvement d'une subdivision ou d'une division à l'autre dans la province – mesurée de la même façon, touche les francophones (11,1 %) un peu moins que l'ensemble de la population (12,4 %). Les francophones qui habitaient d'autres parties du Canada cinq ans auparavant, Québec inclus, représentent 6,1 % de la population franco-ontarienne, alors que ceux qui résidaient à l'extérieur du Canada forment 4,8 % de la population totale.

**Tableau 3.6 – Lieu de résidence 5 ans auparavant – population francophone et population totale, 2001**

|                           | Population       |        |
|---------------------------|------------------|--------|
|                           | Franco-<br>phone | Totale |
|                           | %                | %      |
| Pas de déménagement       | 58,6             | 57,2   |
| Non-migrants              | 22,8             | 23,2   |
| Migrants infraprovinciaux | 11,1             | 12,4   |
| Migrants interprovinciaux | 6,1              | 2,3    |
| Migrants externes         | 1,5              | 4,8    |

*Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.*

La situation s'est modifiée depuis 1996. Toronto, pour les francophones qui résidaient à l'extérieur du pays cinq ans auparavant, et Ottawa-Carleton, pour ceux

des autres provinces canadiennes, étaient alors les principaux lieux d'accueil de ces migrants de 15 ans et plus. C'est encore le cas : 16,5 % de la population francophone de la capitale provinciale et 10,0 % de celle de la capitale nationale habitaient ailleurs qu'en Ontario cinq ans auparavant. S'y sont ajoutées les régions métropolitaines de Kitchener (14,4 %), de London (9,5 %), d'Hamilton (9,2%) et d'Oshawa (8,6 %) dont le pourcentage dépasse celui de la province (7,6 %).

Le Québec demeure la source la plus importante de migration francophone en Ontario : les trois-quarts des migrants francophones résidant à l'extérieur de l'Ontario cinq ans auparavant (76,4 %) habitaient au Québec, ce qui est nettement plus élevé que pour l'ensemble de la population (32,7 %). La répartition de cette migration québécoise est toutefois très inégale, comme on peut le voir au moyen des régions métropolitaines de recensement, zones de grande attraction de population. Dans la très grande majorité des régions métropolitaines de recensement, plus des trois-quarts des migrants interprovinciaux de langue maternelle française résidaient au Québec cinq ans auparavant. C'est le cas, en ordre d'importance, de Hamilton, de London, d'Ottawa-Hull, de Toronto, de Windsor et d'Oshawa.

### 3.6 Minorités visibles et population autochtone

L'augmentation des **minorités visibles** est le phénomène qui touche le plus la francophonie depuis quelques décennies. Le **groupe de francophones** appartenant à une minorité visible en Ontario a plus que doublé entre 1996 et 2001, passant de 29 000 à 58 520. Ces groupes représentaient moins de 6 % des francophones en 1996 ; ils dépassent les 10 % en 2001 (tableau 3.7). Ils se trouvent principalement dans

les grandes villes, plus particulièrement dans le Centre de la province. Ils formaient moins d'un quart de la francophonie torontoise en 1996 ; ils en sont le tiers en 2001, une grande partie d'entre eux étant d'origine africaine. Cette « francophonie visible » est de plus en plus présente dans les banlieues de Toronto (les municipalités régionales de York et de Peel), où elle constitue plus du quart des francophones.

**Tableau 3.7 – Proportion de la population francophone appartenant à une minorité visible, 1996 et 2001**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1996 | 2001 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | %    | %    |
| Ontario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5,6  | 10,3 |
| <b>Régions</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |
| Est                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 5,4  |      |
| Est-Champlain                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      | 9,1  |
| Sud-Est                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      | 3,4  |
| Centre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 12,7 | 21,1 |
| Sud-Ouest                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4,4  | 8,4  |
| Nord-Est                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0,3  | 0,5  |
| Nord-Ouest                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0,5  | 0,9  |
| <b>Villes choisies</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |      |
| Toronto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 22,5 | 33,2 |
| Ottawa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 8,9  | 14,1 |
| Sudbury                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0,5  | 0,8  |
| Notes : Toronto – La municipalité de la communauté urbaine de Toronto en 1996; la ville de Toronto en 2001.<br>Ottawa – La région d'Ottawa-Carleton en 1996; la ville d'Ottawa en 2001.<br>Sudbury – La municipalité régionale de Sudbury, en 1996; la ville du Grand Sudbury en 2001.<br>Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB. |      |      |

Dans l'Est, elle se trouve quasi exclusivement dans la ville d'Ottawa, avec près de 15 % du groupe francophone total, en hausse de 5 points entre les deux recensements.

#### Terminologie

**Minorité visible** : Fait partie d'une minorité visible toute personne qui n'est pas de race blanche, à l'exception des autochtones.

**Groupe de francophones** : Pour cette variable, des raisons méthodologiques ont imposé le recours à la variable « français, première langue officielle parlée », plutôt qu'uniquement à la variable « langue maternelle », pour l'évaluation du pourcentage de francophones appartenant à une minorité visible. La variable « français, première langue officielle parlée » est établie à partir des trois questions du questionnaire sur la langue maternelle, la langue parlée à la maison et la connaissance des langues officielles.

Si l'on connaît bien l'importance que prennent les minorités visibles, on a mis de côté les autochtones – Métis, Premières Nations et Inuits – de langue maternelle française. Dans le Nord-Est et dans le Nord-Ouest, un certain nombre de francophones appartiennent à ces groupes. En 2001, 4 % de la population francophone du Nord-Est et 5 % de celle du Nord-Ouest font partie du groupe métis. Le pourcentage de la population autochtone ayant le français comme première langue officielle parlée atteint les 5 % dans le Nord-Est et les 6 % dans le Nord-Ouest. L'ensemble de la francophonie ontarienne compte 2,4 % d'autochtones (tableau 3.8).

**Tableau 3.8 – Proportion de la population francophone faisant partie d'un groupe autochtone, 2001**

| Régions                                                                                                                                                                                 | Métis<br>% | Autochtones<br>% |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|
| Ontario                                                                                                                                                                                 | 1,6        | 2,4              |
| Est                                                                                                                                                                                     |            |                  |
| Est-Champlain                                                                                                                                                                           | 0,6        | 1,3              |
| Sud-Est                                                                                                                                                                                 | 0,8        | 1,6              |
| Centre                                                                                                                                                                                  | 1,1        | 1,7              |
| Sud-Ouest                                                                                                                                                                               | 1,3        | 2,3              |
| Nord-Est                                                                                                                                                                                | 3,9        | 4,9              |
| Nord-Ouest                                                                                                                                                                              | 4,9        | 6,1              |
| Source : Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles (... selon la) langue maternelle (...) », <i>Produit du recensement de 2001</i> , 97F0007XCB01042 |            |                  |

### 3.7 Conservation de la langue française

Un peu moins de trois francophones sur cinq utilisent le français le plus souvent à la maison (57 %), un taux en baisse par rapport à celui de 1996 (59 %). La baisse est plus importante dans le Sud-Ouest et, il faut le noter, dans le Nord-Est (2,7 %). Elle est semblable dans le Centre et l'Est (1,3 %). Les régions n'affichent pas toutes le même niveau de **conservation de la langue française**, les nombres et les concentrations de personnes étant des facteurs importants de maintien de la langue. La proportion de francophones parlant le français à la maison reste plus élevée dans l'Est (70 %) et dans le Nord-Est (67 %), régions à plus forte concentration de francophones; elle continue d'être nettement plus faible dans le Sud-Ouest (27 %) et dans le Nord-Ouest (38 %). Seulement un tiers de la population ontarienne de langue maternelle française habitant le Centre utilise le français le plus souvent à la maison.

**Tableau 3.9 – Conservation de la langue française selon la région, 1996 et 2001**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1996<br>% | 2001<br>% | Écart |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------|
| Ontario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 58,9      | 56,5      | -2,4  |
| Est                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 71,1      | 69,8      | -1,3  |
| Centre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 34,3      | 33,0      | -1,3  |
| Sud-Ouest                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 29,6      | 26,9      | -2,7  |
| Nord-Est                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 69,2      | 66,5      | -2,7  |
| Nord-Ouest                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 40,1      | 38,3      | -1,8  |
| Source : Ontario, Office des Affaires francophones, « Population francophone de l'Ontario, (Recensement de 2001 – Statistique Canada). » « Statistiques de la population francophone de l'Ontario » <a href="http://www.ofa.gov.on.ca/francais/carte.html">http://www.ofa.gov.on.ca/francais/carte.html</a> (Consulté le 3 juin 2005). |           |           |       |

#### Terminologie

**Conservation de la langue française** : On mesure le niveau de conservation de la langue à partir des données relatives à la langue maternelle et à la langue parlée le plus souvent à la maison.

## En bref

- Les 548 940 francophones de l'Ontario représentent 4,7 % de la population totale de la province.
- On trouve les francophones principalement dans trois régions, la plus importante étant l'Est, avec plus de 40 % de la population franco-ontarienne, suivi par le Centre et le Nord-Est, chacun avec environ le quart des francophones.
- Les femmes francophones forment 52,7 % de la population francophone.
- L'âge moyen des femmes francophones (41,5 ans) est plus élevé que celui des hommes francophones (39,6 ans) et que celui de l'ensemble de la population ontarienne (36,6 ans).
- La population francophone est plus âgée que l'ensemble de la population ontarienne; la proportion de la population francophone dans les groupes d'âge au-dessus de 35 ans est plus élevée, et elle est plus basse pour les groupes de moins de 34 ans.
- Trois francophones sur cinq n'ont pas déménagé entre 1996 et 2001; 93 % des francophones vivaient en Ontario 5 ans auparavant.
- Les nouveaux arrivants francophones viennent principalement du Québec ; 76,4 % des francophones en provenance d'autres provinces et territoires entre 1996 et 2001.
- Un peu moins de 65 % des francophones sont nés en Ontario, près du quart sont nés au Québec et 5% à l'extérieur du pays. Près du quart des francophones de la région métropolitaine de Toronto sont nés à l'extérieur du pays.
- Le quotient de dépendance relatif aux francophones de 65 ans et plus est comparable à celui de l'ensemble de la population ontarienne; il est resté à peu près au même niveau qu'en 1996.
- Le quotient de dépendance relatif aux francophones de moins de 15 ans est plus faible que celui de l'ensemble de la population ontarienne; il est plus faible en 2001 qu'en 1996.
- Les minorités visibles composent 10 % de la francophonie ontarienne; elles habitent principalement dans la région de Toronto et dans la ville d'Ottawa.
- Les autochtones représentent 5 % à 6 % de la population francophone du Nord-Est et du Nord-Ouest.
- Le niveau de conservation du français en Ontario a diminué de 2,4 % de 1996 à 2001.
- Un peu moins de trois francophones sur cinq utilisent le français le plus souvent à la maison; la proportion est plus élevée dans l'Est et le Nord-Est, régions où l'on trouve un grand nombre et une plus forte concentration de francophones.
- La proportion des francophones utilisant le français à la maison diminue avec les groupes d'âge, sauf chez les personnes âgées.

# *Chapitre 4*

## **Environnement social et économique**

**Gratien Allaire, Université Laurentienne**  
**Christiane Bernier, Université Laurentienne**

---

Plusieurs facteurs, au-delà de la condition physique elle-même, font qu'une personne est et demeure en santé. L'environnement social et économique exerce une grande influence sur la santé et sur le bien-être des personnes et de la population en général, comme le soulignait le premier rapport<sup>1</sup>. Cet environnement est formé de plusieurs éléments, que l'on appelle déterminants de la santé et qui sont en interaction les uns avec les autres. Certains, particulièrement importants, sont traités dans ce chapitre : 1) la scolarité et la littératie, 2) les professions, le travail et le chômage, 3) le niveau de revenu et 4) le milieu familial.

### **4.1 Scolarité et littératie**

---

Il y a un lien étroit entre scolarité, littératie et santé, ne serait-ce que parce qu'un niveau plus élevé de littératie s'accompagne généralement d'un niveau plus élevé de connaissances relatives à la santé et d'une meilleure compréhension de ces connaissances. Les études montrent que plus le niveau de scolarité est élevé, meilleure est l'autoévaluation de la santé et moindres sont les pertes de temps de travail et d'activités dues à la maladie<sup>2</sup>. Cette affirmation vaut encore davantage pour la littératie, qui couvre un éventail plus étendu de compétences. Il y a, bien sûr, une relation étroite entre scolarité et littératie et il reste que le niveau de scolarité demeure un excellent moyen de prédire la compétence en lecture et les niveaux de littératie.

#### **4.1.1 Niveaux de scolarité**

Le niveau de scolarité de la population francophone s'est amélioré entre 1996 et 2001, mais il reste inférieur à celui de l'ensemble de la population ontarienne. Au recensement de 2001, 12 % (15 % en

1996) des francophones ont une 8<sup>e</sup> année ou moins, comparativement à 8 % (10 % en 1996) de la population en général. La situation est la même au niveau supérieur. Alors que 18 % (15 % en 1996) de la population ontarienne détient un grade ou un certificat universitaire, c'est le cas de 15 % (12 % en 1996) seulement de la population francophone. La proportion de femmes francophones détenant au moins un baccalauréat a augmenté davantage que celle des hommes francophones du même niveau de scolarité (de 12 % à 15 % et de 12 % à 14 % respectivement).

Le rattrapage noté en 1996 se continue et touche les groupes d'âge plus jeunes, entre 20 et 35 ans; cependant, le fossé demeure important pour tous les autres groupes. Le premier rapport s'en tenait à la population détenant au moins un baccalauréat. Cependant, il est intéressant de noter qu'un grand nombre de francophones poursuivent au-delà du baccalauréat, mais leur proportion demeure inférieure à celle de l'ensemble de la population (5,4 % et 6,4 % respectivement) et cette situation s'accroît avec les groupes d'âge (tableau 4.1).

Le portrait régional confirme cette amélioration de la scolarisation; cependant, les différences régionales demeurent très prononcées. L'Est (Est-Champlain et Sud-Est) et le Centre comptent une plus grande proportion de francophones qui ont poursuivi des études postsecondaires, que ce soit à une école de métiers, au collège ou à l'université. La différence est importante, jusqu'à 17 points de pourcentage entre le Nord-Est et le Nord-Ouest d'une part et le Centre d'autre part (figure 4.1).

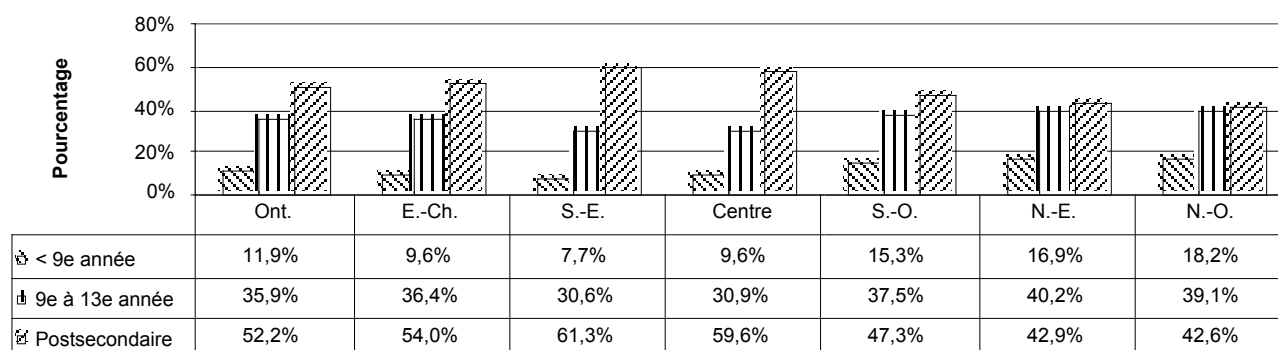
**Tableau 4.1 – Population détenant au moins un baccalauréat selon l'âge – population francophone et population totale de l'Ontario, 2001**

|                | Population francophone |        |             | Population totale |        |             |
|----------------|------------------------|--------|-------------|-------------------|--------|-------------|
|                | Bacc.                  | Bacc + | Grade univ. | Bacc.             | Bacc + | Grade univ. |
|                | %                      | %      | %           | %                 | %      | %           |
| 15-19 ans      | 0,3                    | 0,0    | 0,3         | 0,1               | 0,0    | 0,1         |
| 20-24 ans      | 11,5                   | 2,0    | 13,4        | 10,7              | 1,7    | 12,5        |
| 25-34 ans      | 18,1                   | 8,2    | 26,3        | 19,9              | 8,7    | 28,6        |
| 35-44 ans      | 10,3                   | 7,1    | 17,4        | 14,0              | 8,2    | 22,2        |
| 45-54 ans      | 9,3                    | 6,9    | 16,2        | 12,2              | 9,1    | 21,3        |
| 55-64 ans      | 5,7                    | 5,4    | 11,1        | 8,0               | 7,2    | 15,2        |
| 65-74 ans      | 3,7                    | 3,0    | 6,8         | 4,8               | 4,5    | 9,3         |
| 75 ans et plus | 3,8                    | 1,7    | 5,5         | 4,0               | 2,4    | 6,5         |
| Total          | 9,0                    | 5,4    | 14,7        | 11,1              | 6,4    | 17,5        |

*Note :* La catégorie « bacc. » comprend les personnes qui ont complété un baccalauréat; la catégorie « bacc + » est composée de celles qui ont obtenu un certificat, un diplôme ou un grade au-delà du baccalauréat. La catégorie « grade universitaire » est la somme des deux premières; l'addition n'est pas toujours juste, les pourcentages ayant été arrondis.

*Source :* Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.*

**Figure 4.1 – Niveau de scolarité selon la région – population francophone, 2001**



*Source :* Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles (.... selon la langue maternelle) (...), *Produit du recensement de 2001, 97F0007XCB01042.*

Les deux régions du Nord, régions d'exploitation de ressources, ont une proportion plus élevée de francophones qui ont une 8<sup>e</sup> année ou moins et leur niveau de scolarisation se situe au-dessous de l'ensemble de la population franco-ontarienne, et nettement au-dessous de celles de l'Est et du Centre. Cette différence se retrouve, quoique moins marquée, dans la population totale : 11 % de la population du Nord (Nord-Est et Nord-Ouest combinés) a une 8<sup>e</sup> année ou moins, comparativement à 6 % et 7 % pour l'Est-Champlain et le Sud-Est et à 8 % pour l'Ontario. Le Sud-Ouest a ses caractéristiques propres quant à la scolarité : la population francophone ressemble à celle du Nord, mais la population totale se rapproche de celle du Sud-Est.

#### 4.1.2 Alphabétisme et littératie : prendre sa santé en mains

Le Réseau canadien de la santé établit « un lien entre le niveau d'alphabétisme et la capacité d'utiliser l'information afin de prendre sa santé en mains<sup>3</sup> ». Ce lien est de mieux en mieux compris, grâce aux nombreuses initiatives nationales et internationales des dernières années : recherches, enquêtes, ateliers, colloques, conférences, publications. Ajoutant à la définition internationale de la littératie, le Réseau canadien de la santé avance la notion d'alphabétisme critique, qui décrit « l'ensemble des aptitudes cognitives avancées qui, de pair avec les aptitudes sociales,

servent à analyser et à utiliser l'information d'un œil critique dans le but de mieux contrôler une situation concrète<sup>4</sup> ». Et de prendre sa santé en mains, pourrait-on ajouter.

Les Instituts de recherche en santé du Canada ont publié récemment une brochure sur le sujet, destinée au grand public<sup>5</sup>. Au lieu d'alphabétisme ou d'alphabétisation, les auteurs parlent de **littératie**, un terme de plus en plus employé pour indiquer la capacité de lire et d'écrire. Ils donnent également une définition de la littératie en matière de santé, définition utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (encadré).

Les recherches plus récentes ont permis d'identifier les effets directs et indirects d'un bas niveau de littératie sur la santé<sup>6</sup>. Les effets directs comprennent la difficulté de trouver et de comprendre l'information, les conseils et les directives se rapportant à la santé, d'interagir avec les professionnels de la santé et de se prévaloir des soins de santé au bon moment ; de plus, un bas niveau de littératie tend à augmenter les problèmes de santé, les erreurs relatives aux médicaments et les accidents du travail.

Les effets indirects se rapportent à une mauvaise alimentation et à des habitudes malsaines, au logement inadéquat, au chômage et aux emplois mal payés, à la difficulté d'utiliser les services de santé de même qu'à des problèmes psychologiques comme le stress, le sentiment d'isolement et le manque d'assurance. Il y a aussi le fait d'aller plus souvent à l'hôpital et d'y faire des séjours prolongés. Comme les personnes de faible littératie peuvent « être confrontées à des obstacles qui nuisent à leur développement pendant les années de croissance<sup>7</sup> », l'effet du bas niveau d'alphabétisme peut se répéter d'une génération à l'autre.

Ces résultats se situent dans la continuité du premier rapport et on les retrouve sous différentes formes dans d'autres études. Ils ont d'ailleurs servi de base au

### **Littératie en matière de santé**

- Une personne doit être capable d'obtenir de l'information sur la santé.
- Une personne doit être capable de comprendre l'information.
- Une personne doit utiliser l'information pour améliorer sa santé ou la santé de sa famille ou de sa collectivité.
- Une personne n'est pas toujours obligée de lire ou d'écrire pour obtenir de l'information sur la santé et pour l'utiliser.

Source : Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman (2004), *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait nous aider dans l'avenir. Un rapport de recherche*, Première édition produite par Irving Rootman et Barbara Ronson, octobre 2003; édition en langage clair et simple produite par Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman, septembre 2004, IRSC – Instituts de recherche en santé du Canada, p. 10. Aussi disponible à [http://www.nlhp.cpha/francais/litlthf/literacy\\_f.pdf](http://www.nlhp.cpha/francais/litlthf/literacy_f.pdf).

mémoire présenté à la Commission Romanow par le Movement for Canadian Literacy, qui affirmait, avec beaucoup de force, que « un faible niveau de littératie est étroitement lié à une mauvaise santé à toutes les étapes de la vie<sup>8</sup> ». Abordant la question sous un angle positif, le premier rapport soulignait que « les gens qui possèdent de bonnes habiletés de lecture obtiennent de meilleurs emplois, touchent un revenu plus élevé, jouissent d'une qualité de vie supérieure et, par conséquent, d'un meilleur état de santé<sup>9</sup> ».

Comme sa définition, la mesure de la littératie a évolué. La norme des neuf années de scolarité a été abandonnée pour un ensemble de critères qui reflètent mieux les comportements réels et les pratiques de lecture et qui mettent davantage en valeur les habiletés de lecture développées au cours de la vie en dehors du cadre scolaire, de façon autodidacte ou autrement. L'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA, 1994) a mesuré la

### **Terminologie**

**Littératie** : La littératie est « la capacité d'une personne de comprendre et d'utiliser des imprimés et des écrits nécessaires pour fonctionner dans la vie de tous les jours, à la maison, au travail et dans la collectivité, pour atteindre ses objectifs, parfaire ses connaissances et accroître son potentiel (devenir la meilleure personne que l'on peut devenir)<sup>10</sup> ». Cette définition internationale a été utilisée par Statistique Canada et l'Organisation de coopération et de développement économique pour l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA, 1994).

capacité de lecture au moyen de deux indices, la compréhension de textes schématiques et celle de textes suivis, et établi cinq niveaux d'alphabétisme. Le tableau 4.2 fournit l'interprétation en langage simple de ces niveaux; si la formulation est différente de celle proposée dans le premier rapport, l'interprétation demeure la même.

L'EIAA fournit le profil d'alphabétisme des adultes francophones de l'Ontario en 1994<sup>11</sup>. Selon les résultats de cette enquête, 61 % de la population franco-ontarienne se situe aux niveaux 1 et 2, c'est-à-dire qu'elle connaît de sérieuses difficultés de lecture et de compréhension de textes suivis. Les trois cinquièmes de la population francophone de l'Ontario n'a pas atteint le niveau 3, que les spécialistes considèrent comme « le niveau minimal permettant de composer avec les exigences grandissantes de la société du savoir et de l'économie axée sur l'information<sup>12</sup> ». La population franco-ontarienne a un niveau de compétence inférieur à celui de la population anglophone.

La situation s'aggrave avec l'âge. Alors que plus de la moitié des francophones âgés de 26 à 45 ans ont une compétence fonctionnelle, ce n'est qu'un faible pourcentage de francophones âgés de 56 ans et plus qui ont une telle compétence. Les compétences varient selon les régions (selon la définition de Statistique Canada) : le Nord et l'Ouest ont une forte proportion de

**Tableau 4.2 – Interprétation des niveaux d'alphabétisme**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Interprétation                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Niveau 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Une personne ne peut pas lire du tout ou a beaucoup de difficulté à lire. |
| <b>Niveau 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Une personne peut lire un langage simple.                                 |
| <b>Niveau 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Une personne lit assez bien pour se débrouiller au jour le jour.          |
| <b>Niveau 4/5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Les personnes peuvent lire des documents complexes.                       |
| Source : Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman (2004), <i>La littératie et la santé au Canada : Ce que nous avons appris et ce qui pourrait aider dans l'avenir. Un rapport de recherche</i> , Première édition produite par Irving Rootman et Barbara Ronson, octobre 2003; édition en langage clair et simple produite par Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman, septembre 2004, IRSC – Instituts de recherche en santé du Canada, p. 6 (aussi disponible à <a href="http://www.nlph.cpha/francais/lithlthf/literacy_f.pdf">http://www.nlph.cpha/francais/lithlthf/literacy_f.pdf</a> ). |                                                                           |

francophones aux niveaux 1 et 2 alors que le Sud et l'Est ont une forte proportion de francophones aux niveaux 3 et 4/5.

Statistique Canada et l'OCDE ont mené une deuxième enquête en 2003. L'Enquête sur la littératie et les compétences des adultes (ELCA) visait fondamentalement à mieux connaître les processus connexes de l'acquisition et de la perte des compétences, en particulier les compétences de base. Elle a mesuré de nouveau la compréhension des textes suivis et celle de textes schématiques, en y ajoutant les compétences en **résolution de**

**Tableau 4.3 – Population de 16 à 65 ans selon le niveau de compétence – Canada, 2003**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 | Niveau 4/5 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | %        | %        | %        | %          |
| A. Échelle des textes suivis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 14,6     | 27,3     | 38,6     | 19,5       |
| B. Échelle des textes schématiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 15,6     | 27,0     | 36,9     | 20,5       |
| C. Échelle de la numératie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 19,5     | 30,3     | 33,4     | 16,9       |
| D. Échelle de la résolution de problèmes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 29,7     | 38,8     | 26,2     | 5,4        |
| <p>Note : « Les échelles de littératie et de numératie comportent cinq niveaux de capacités allant du niveau 1 (le plus faible) au niveau 5 (le plus élevé). Ces niveaux sont définis comme suit : niveau 1 (0 à 225), niveau 2 (226 à 275), niveau 3 (276 à 325), niveau 4 (326 à 375) et niveau 5 (376 à 500). L'échelle de la résolution de problèmes comporte quatre niveaux de capacités allant du niveau 1 (le plus faible) au niveau 4 (le plus élevé). Ces quatre niveaux sont définis comme suit : niveau 1 (0 à 250), niveau 2 (251 à 300), niveau 3 (301 à 350) et niveau 4 (351 à 500). » Statistique Canada et OCDE (2005), <i>Apprentissage et réussite</i>, p. 282.</p> <p>Source : Enquête sur la littératie et les compétences des adultes, 2003.</p> <p>Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques (2005), <i>Apprentissage et réussite : Premiers résultats de l'enquête sur la littératie et les compétences des adultes</i>, Ottawa et Paris, Ministère de l'industrie, Canada et Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), p. 50.</p> |          |          |          |            |

**problèmes**, en **numératie** et en technologies de l'information et des communications<sup>13</sup>. Il faut noter dès le départ que la situation canadienne est parmi les meilleures de celles étudiées par l'ELCA.

Les premiers résultats de l'ELCA se rapportent à la population canadienne, sans distinction provinciale ou linguistique. L'échantillon étudié est basé sur les données du recensement de 2001. Composé de 20 059 personnes, 15 694 anglophones et 4 365 francophones, il a été conçu pour répondre à des questions relatives à divers groupes (minorités, groupes immigrants, groupes d'âge, villes, campagnes) posées par les divers paliers de gouvernement<sup>14</sup>.

Une proportion élevée de la population canadienne se classe dans les niveaux 1 et 2, jugés insuffisants pour des « compétences essentielles à une vie réussie et à la bonne marche de la société<sup>15</sup> » : 42 % en lecture et compréhension de textes suivis, 43 % en lecture et compréhension de textes schématiques, 50 % en numératie et 69 % en résolution de problèmes (tableau 4.3). Les femmes font mieux que les hommes en lecture et compréhension, les hommes mieux que les femmes en numératie et il n'y a pas de différence en résolution de problèmes.

Pour la population canadienne, l'enquête n'a révélé aucun changement significatif entre 1994 et 2003 au niveau des textes suivis. Cependant, sur l'échelle des textes schématiques, le rendement moyen du Canada connaît une augmentation de 51 points ; en proportion, on constate une baisse d'environ 5 % des niveaux 1 et 4/5 et une hausse de 3 % à 4 % des niveaux 2 et 3<sup>16</sup>. Il est important de vérifier si ces résultats s'appliquent aussi à la population franco-ontarienne, compte tenu de la gestion scolaire et des programmes d'alphabétisation.

Étant donné les liens étroits entre littératie et santé, et la spécificité de la situation francophone, il est important que l'on puisse disposer le plus rapidement

possible des résultats détaillés se rapportant à la population franco-ontarienne. Ces résultats permettront de constater les changements survenus dans la population franco-ontarienne depuis 1994, de voir à quel point les campagnes d'alphabétisation des dernières années ont porté fruit et augmenté le niveau d'alphabétisme des adultes, comme aussi de savoir si l'évolution du système scolaire de langue française en Ontario a contribué à l'amélioration de ces niveaux.

## 4.2 Professions, travail et chômage

Dans les sociétés occidentales modernes, le travail valorise la personne. La participation d'une personne au marché du travail pourra avoir une influence positive sur sa santé et son bien-être. Surtout, cette participation affecte directement le revenu qui, à son tour, influence la santé et les conditions de vie. Les écrits sur la question identifient le chômage comme un facteur pouvant mener à la détérioration de la santé<sup>17</sup>. Un faible revenu, comme un niveau faible en littératie conduit souvent à de mauvaises habitudes alimentaires, à des conditions inadéquates de logement et à d'autres problèmes affectant la santé.

### 4.2.1 Professions

La structure occupationnelle francophone, c'est-à-dire la répartition de la population francophone selon les professions, est assez semblable à celle des anglophones et de l'ensemble de la population. Il faut remarquer que la proportion de francophones dans la catégorie des « Arts, culture, sports et loisirs » n'est pas plus élevée que celle des anglophones et de la population totale. Il y a toutefois des différences notables (plus de 0,7 point de pourcentage<sup>18</sup>) pour certains groupes occupationnels (tableau 4.4).

## Terminologie

**Résolution de problèmes** : « La résolution de problèmes correspond à la pensée et à l'action orientées vers les buts dans une situation où il n'existe aucune procédure courante de résolution. La personne qui résout des problèmes a un but plus ou moins bien défini, mais ne sait pas immédiatement comment l'atteindre. La non-congruence des buts et des opérateurs admissibles constitue un problème. La compréhension de la situation problématique et sa transformation progressive fondée sur la planification et le raisonnement constituent le processus de la résolution de problèmes<sup>19</sup> ».

**Numératie** : « Connaissances et compétences nécessaires pour gérer efficacement les exigences mathématiques de diverses situations<sup>20</sup> ».

**Tableau 4.4 – Structure occupationnelle – population francophone, population anglophone et population totale, 2001**

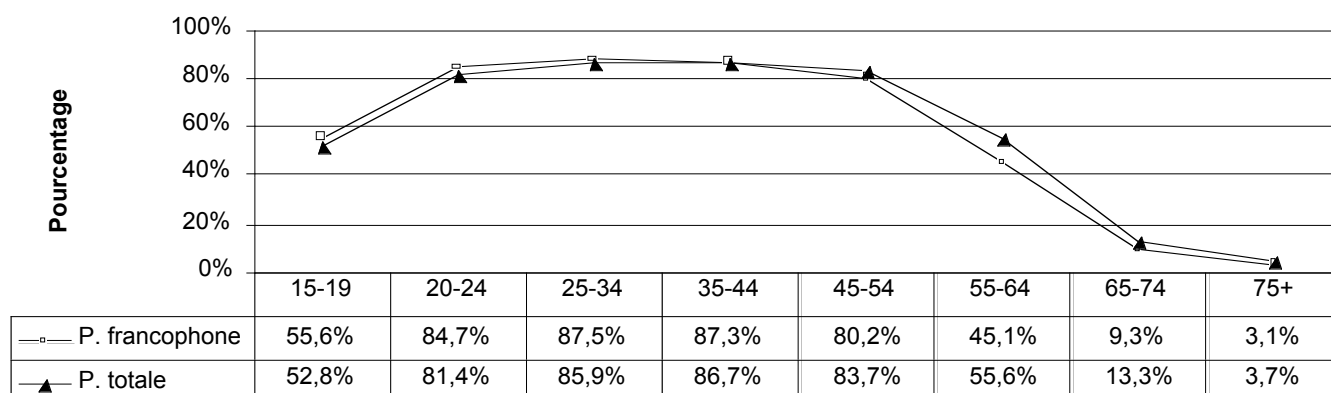
| Profession                                                                                                                                                                 | Population  |            |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|--------|
|                                                                                                                                                                            | Francophone | Anglophone | Totale |
|                                                                                                                                                                            | %           | %          | %      |
| Personnel de bureau et personnel de supervision du travail de bureau                                                                                                       | 11,4        | 10,4       | 10,3   |
| Autres cadres                                                                                                                                                              | 9,6         | 9,7        | 9,7    |
| Personnel de supervision des services, personnel de l'hébergement et des voyages, préposés dans les sports et les loisirs et personnel de la vente et des services, n.c.a. | 8,7         | 8,9        | 9,0    |
| Personnel en finance, en secrétariat et en administration                                                                                                                  | 6,6         | 5,5        | 5,3    |
| Personnel des sciences naturelles et appliquées et personnel assimilé                                                                                                      | 5,8         | 6,0        | 7,0    |
| Enseignants                                                                                                                                                                | 5,7         | 3,9        | 3,7    |
| Personnel de supervision, vendeurs et commis-vendeurs et caissiers des produits au détail                                                                                  | 5,4         | 6,5        | 6,2    |
| Autres métiers                                                                                                                                                             | 5,2         | 5,4        | 5,3    |
| Surveillants conducteurs de machines et monteurs dans la fabrication                                                                                                       | 4,3         | 5,4        | 6,2    |
| Sciences sociales, administration publique et religion                                                                                                                     | 4,1         | 4,2        | 3,9    |
| Conducteurs de matériel de transport et d'équipement                                                                                                                       | 4,0         | 3,6        | 3,4    |
| Arts, culture, sports et loisirs                                                                                                                                           | 3,1         | 3,3        | 3,0    |
| Chefs et cuisiniers, personnel de supervision et autre personnel des services des aliments et boissons                                                                     | 3,1         | 3,1        | 3,1    |
| Professions propres au secteur primaire                                                                                                                                    | 3,1         | 3,0        | 2,8    |
| Personnel des métiers de la construction                                                                                                                                   | 2,4         | 1,9        | 2,0    |
| Personnel professionnel des soins de santé, professionnels en sciences infirmières et superviseurs                                                                         | 2,2         | 2,6        | 2,5    |
| Personnel professionnel en gestion des affaires et en finance                                                                                                              | 2,0         | 2,5        | 2,6    |
| Aides de soutien des métiers, manœuvres en construction et de transport et personnel assimilé                                                                              | 2,0         | 2,3        | 2,2    |
| Personnel technique et de soutien et personnel assimilé du secteur de la santé                                                                                             | 2,0         | 2,2        | 2,2    |
| Personnel des services de protection                                                                                                                                       | 1,9         | 1,7        | 1,5    |
| Personnel de soutien familial et de garderie                                                                                                                               | 1,7         | 1,7        | 1,7    |
| Personnel de la vente en gros, technique et non technique, de l'assurance et de l'immobilier, des achats en gros et au détail et des achats de grains                      | 1,6         | 2,4        | 2,3    |
| Manœuvres dans la fabrication et les services d'utilité publique                                                                                                           | 1,6         | 1,7        | 1,9    |
| Cadres supérieurs                                                                                                                                                          | 1,6         | 1,4        | 1,3    |
| Entrepreneurs et contremaîtres du personnel des métiers et des transports                                                                                                  | 0,9         | 0,8        | 0,8    |
|                                                                                                                                                                            | 100,0       | 100,0      | 100,0  |

Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

Cette structure professionnelle est intéressante, mais il est difficile de l'utiliser pour déterminer le niveau d'autonomie des travailleurs de chacune des catégories. D'autres données indiquent que les

francophones sont proportionnellement un peu plus souvent des employés : 88,4 % de la population francophone active comparativement à 87,7 % de la population active anglophone et à 86,8 % de la

**Figure 4.2 – Population active selon l'âge – population francophone et population totale, 2001**



Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

**population active** totale. Ils sont un peu moins souvent travailleurs autonomes, avec une entreprise constituée ou non constituée en société : 9,9 % comparativement à 10,6 % pour les anglophones et à 11,3 % pour la population totale<sup>21</sup>.

#### 4.2.2 Participation au marché du travail

Le taux de participation des francophones au marché du travail (65 % en 2001, 64 % en 1996) est légèrement inférieur à celui de l'ensemble de la population ontarienne (67 % en 2001, 66 % en 1996). On retrouve en 2001 la même tendance qu'en 1996 au niveau des groupes d'âge. La figure 4.2 et les renseignements qu'elle contient montrent que les francophones ont tendance à entrer plus tôt sur le marché du travail et, aussi, à le quitter plus tôt. Le taux de participation des francophones sont plus élevés pour les groupes d'âge de 15 à 19 ans jusqu'à celui de 25 à 34 ans; pour le groupe de 35 à 44 ans, il est le même que celui de l'ensemble de la population ontarienne du même âge. Pour tous les autres groupes d'âge, les taux francophones sont plus bas, et même beaucoup plus bas, que les taux ontariens.

Comme dans la population totale, les hommes francophones (71 % en 2001 et en 1996) participent au marché du travail nettement plus que les femmes francophones (59 %), bien que le taux de participation de ces dernières ait un peu augmenté (58 % en 1996). Comme au recensement précédent, les femmes francophones du Sud-Ouest présentent le taux de participation le plus faible (50 % comme en 1996), alors que celles du Centre ont le plus élevé (64 %, en 2001 et en 1996).

Pour les hommes, les régions du Sud-Ouest, du Nord-Est et du Nord-Ouest présentent des taux comparables, de 65 % à 67 %, nettement inférieurs à celui du Centre (76 % en 2001, 74 % en 1996). La comparaison avec la population totale donne des variations importantes d'une région à l'autre et d'un sexe à l'autre (tableau 4.5).

#### 4.2.3 Chômage

Entre 1996 et 2001, le **taux de chômage** ontarien a diminué de façon importante, passant de 9 % à 6 %

#### Terminologie

**Population active** : Proportion des personnes de 15 ans et plus qui étaient employées ou à la recherche d'emploi au cours de la semaine ayant précédé le jour du recensement<sup>22</sup>.

**Taux de chômage** : Proportion des personnes âgées de 15 ans et plus qui, pendant la semaine ayant précédé le jour du recensement, étaient sans emploi salarié et sans travail à leur compte et étaient à la recherche active d'un emploi ou à la veille d'en occuper un<sup>23</sup>.

**Tableau 4.5 – Population active selon le sexe et la région – population francophone et population totale, 2001**

|               | Population francophone |        | Population totale |        |
|---------------|------------------------|--------|-------------------|--------|
|               | Hommes                 | Femmes | Hommes            | Femmes |
|               | %                      | %      | %                 | %      |
| Ontario       | 70,7                   | 59,2   | 73,4              | 61,5   |
| Est-Champlain | 72,6                   | 61,7   | 74,6              | 62,8   |
| Sud-Est       | 71,3                   | 58,1   | 68,8              | 57,8   |
| Centre        | 75,5                   | 63,7   | 74,1              | 62,3   |
| Sud-Ouest     | 65,0                   | 49,8   | 73,4              | 60,4   |
| Nord-Est      | 64,7                   | 53,2   | 65,4              | 55,1   |
| Nord-Ouest    | 67,2                   | 58,7   | 70,2              | 59,1   |

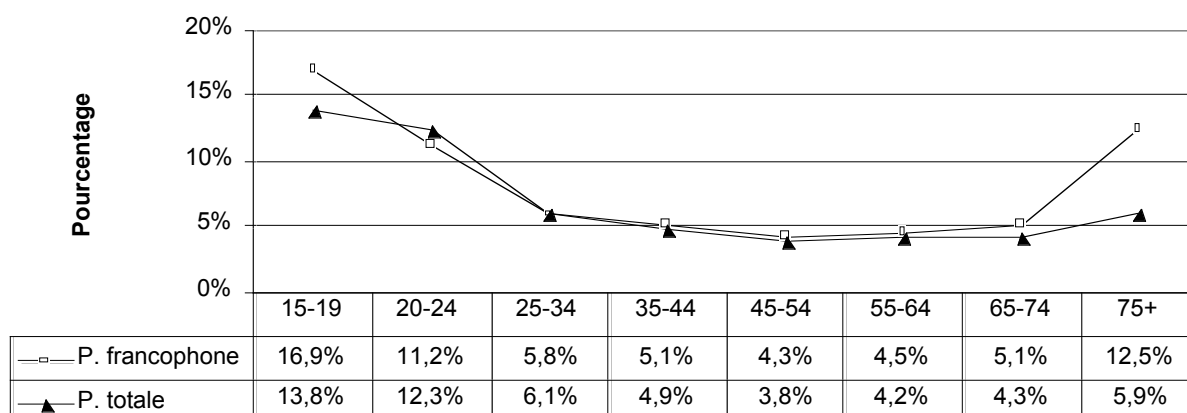
Source : Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles (.... selon la) langue maternelle (...) », *Produit du recensement de 2001*, 97F0007XCB01042.

Les données du dernier recensement indiquent que le taux de chômage des francophones était encore le même que celui de l'ensemble de la population. Cependant, même si la situation s'est améliorée pour tous les groupes d'âge, le chômage ne s'applique pas à tous de la même façon. Le chômage est beaucoup plus élevé chez les francophones de 15 à 19 ans que dans le même groupe de la population totale, bien que la différence soit nettement moins grande qu'en 1996. Le niveau est plus bas pour les deux groupes francophones suivants, les 20 à 24 ans et les 25 à 34 ans, et il est comparable, quoiqu'un peu plus élevé,

pour les autres groupes, des 35 à 44 ans aux 55 à 64 ans. C'est probablement parce qu'ils quittent le marché de l'emploi ou sont mis à pied plus tôt, que les francophones de 55 à 74 ans ont un taux de chômage comparable à celui de l'ensemble de la population ontarienne (figure 4.3).

Chez les francophones, les femmes continuent d'avoir un taux de chômage plus bas (5,7 % en 2001, 9,2 % en 1996) que les hommes (6,5 % en 2001, 9,6 % en 1996). C'est dans le Nord-Est et dans le Nord-Ouest que les taux de chômage continuent d'être les plus

**Figure 4.3 – Taux de chômage selon l'âge – population francophone et population totale, 2001**



Sources : Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers*, 95M0016XCB.

élevés, particulièrement pour les hommes francophones (tableau 4.6). On l'a vu, ces régions présentent aussi des taux plus faibles de participation au marché du travail.

**Tableau 4.6 – Taux de chômage selon le sexe et la région – population francophone, 2001**

|                                                                                                                                                                                          | Population francophone |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------|
|                                                                                                                                                                                          | Hommes                 | Femmes |
|                                                                                                                                                                                          | %                      | %      |
| Ontario                                                                                                                                                                                  | 6,5                    | 5,7    |
| Est-Champlain                                                                                                                                                                            | 4,5                    | 5,0    |
| Sud-Est                                                                                                                                                                                  | 3,5                    | 5,7    |
| Centre                                                                                                                                                                                   | 5,7                    | 5,6    |
| Sud-Ouest                                                                                                                                                                                | 4,4                    | 5,4    |
| Nord-Est                                                                                                                                                                                 | 11,3                   | 7,2    |
| Nord-Ouest                                                                                                                                                                               | 10,6                   | 7,0    |
| Source : Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles (... selon la) langue maternelle (...) », <i>Produit du recensement de 2001</i> , 97F0007XCB01042. |                        |        |

## 4.3 Revenu

Les recherches montrent qu'il existe un lien entre le revenu et l'état de santé<sup>24</sup> et que le faible revenu est associé à différents problèmes de santé : bébés de

faible poids, maladies plus fréquentes, espérance de vie plus courte...<sup>25</sup>.

### 4.3.1 Revenu moyen total par personne

Entre 1995 et 2000, le **revenu moyen total**<sup>26</sup> des personnes de 15 ans et plus a augmenté, passant de 27 309 \$ à 29 825 \$ pour la population totale et de 27 044 \$ à 30 048 \$ pour les francophones, qui dépassent ainsi le revenu moyen de la population totale, mais qui gagnent moins que les anglophones (31 242 \$). Comme en 1995, le revenu moyen total des Franco-Ontariennes (23 928 \$ en 2000, 21 509 \$ en 1995) est supérieur à celui des Ontariennes (23 009 \$ en 2000, 21 048 \$ en 1995) et celui des Franco-Ontariens (37 002 \$ en 2000, 32 915 \$ en 1995) est un peu inférieur à celui des Ontariens (37 080 \$ en 2000, 33 599 \$ en 1995) (tableau 4.7). Chez les francophones, la différence de revenu entre les femmes et les hommes a diminué : le revenu des femmes représentait 65 % de celui des hommes en 2000, comparativement à 62 % en 1995. Dans la population totale, il y a eu recul : la proportion était de 62 % en 2000 et de 63 % en 1995.

De tous les francophones, ce sont les hommes de 45 à 54 ans et les femmes de 35 à 44 ans qui ont le revenu

**Tableau 4.7 – Revenu moyen total par personne, selon l'âge et le sexe – population francophone et population totale, 2001**

|                                                                                                                                               | Hommes         |           | Femmes         |           | Population  |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|----------------|-----------|-------------|--------|
|                                                                                                                                               | P. francophone | P. totale | P. francophone | P. totale | Francophone | Totale |
| 15-19 ans                                                                                                                                     | 3 595          | 3 580     | 3 623          | 3 268     | 3 609       | 3 430  |
| 20-24 ans                                                                                                                                     | 16 728         | 14 960    | 14 668         | 12 129    | 15 663      | 13 553 |
| 25-34 ans                                                                                                                                     | 37 917         | 36 179    | 26 043         | 24 848    | 31 601      | 30 336 |
| 35-44 ans                                                                                                                                     | 45 909         | 47 857    | 31 397         | 29 102    | 38 559      | 38 302 |
| 45-54 ans                                                                                                                                     | 47 484         | 50 469    | 30 913         | 29 949    | 38 731      | 39 967 |
| 55-64 ans                                                                                                                                     | 41 276         | 44 576    | 20 505         | 22 294    | 30 154      | 33 195 |
| 65-74 ans                                                                                                                                     | 29 227         | 33 390    | 18 624         | 20 108    | 23 517      | 26 381 |
| 75 ans et plus                                                                                                                                | 26 778         | 29 962    | 19 818         | 21 261    | 22 316      | 24 670 |
| Ensemble                                                                                                                                      | 37 002         | 37 080    | 23 928         | 23 009    | 30 048      | 29 825 |
| Source : Statistique Canada, <i>Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers</i> , 95M0016XCB. |                |           |                |           |             |        |

### Terminologie

**Revenu moyen total** : Revenu moyen total des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré un revenu en 2000, à l'exclusion des pensionnaires d'un établissement institutionnel.

moyen total le plus élevé; c'étaient les 35 à 44 ans, hommes et femmes, en 1995. Comme au recensement précédent, les francophones de moins de 35 ans ont un revenu moyen total supérieur à celui des mêmes groupes d'âge de la population totale. La relation se maintient pour les femmes pour les deux groupes d'âge suivants, mais elle est inverse pour tous les autres groupes d'âge, pour les hommes comme pour les femmes (tableau 4.7).

Dans toutes les régions métropolitaines de recensement, sauf Toronto et London, le revenu total moyen des francophones est plus bas que celui de la population totale. C'est à Toronto que le revenu total des francophones est le plus élevé (38 479 \$), alors que cette situation se retrouve à Ottawa-Hull pour la population totale (35 381 \$). C'est à St. Catharines-Niagara qu'il est le plus bas (25 396 \$), suivi de près par Sudbury-Thunder Bay (26 813 \$), ce qui est vrai aussi pour la population totale<sup>27</sup>.

### 4.3.2 Revenu familial

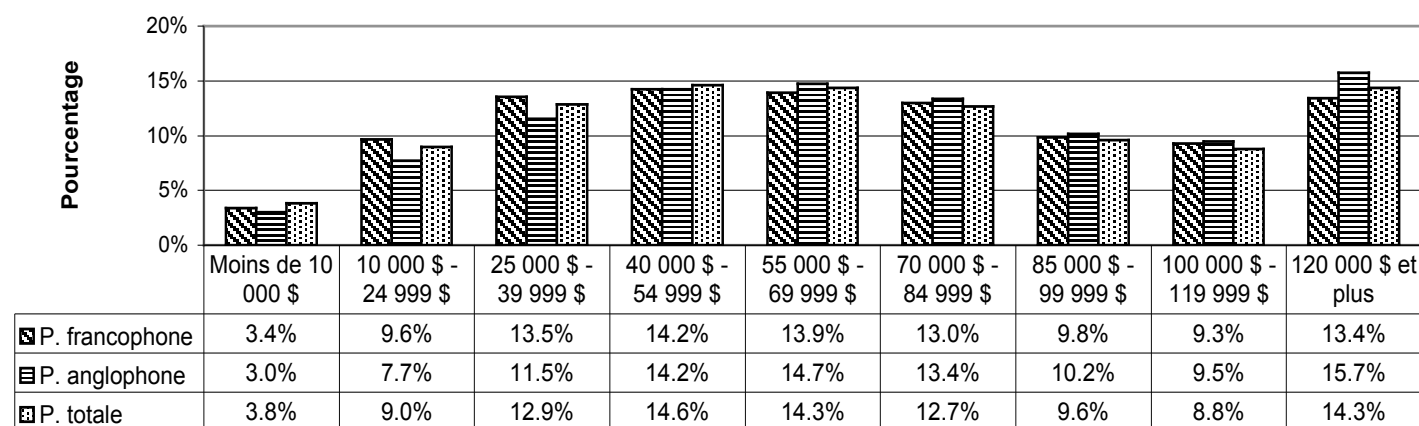
Le revenu total s'applique aux personnes de 15 ans et plus. Le **revenu familial** s'applique à tous les membres

d'une **famille de recensement** et fournit des indications relatives à l'aisance des personnes qui la composent.

Le revenu familial des francophones est, dans l'ensemble, inférieur à celui des anglophones (figure 4.4). Une plus grande proportion de la population francophone (41 %) que de la population anglophone (37 %) et que de la population totale (40 %) vit dans des familles dont le revenu est inférieur à 55 000 \$. Si l'on constate un pourcentage important de personnes vivant dans des familles dont le revenu familial se situe au dessus des 120 000 \$, l'écart défavorise les francophones (13 %) par rapport aux anglophones (16 %) et à la population totale (14 %).

Pour les tranches de revenu familial inférieur à 40 000 \$, le pourcentage des francophones est plus élevé que celui des anglophones et que celui de la population totale (à l'exception de la tranche des moins de 10 000 \$). Il est le même que celui des anglophones pour la tranche des 40 000 \$ à 54 999 \$, mais moindre que celui de la population totale. Il est moins élevé que celui des anglophones pour les tranches de revenu supérieur à 55 000 \$ et que celui

**Figure 4.4 – Revenu familial – population francophone, population anglophone et population totale, recensement de 2001**



Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

### Terminologie

**Revenu familial** : Revenu total d'une famille de recensement calculé par la somme de tous les revenus de tous les membres de la famille.

**Famille de recensement** : « Couple marié (avec ou sans enfants des deux conjoints ou de l'un d'eux), couple vivant en union libre (avec ou sans enfants des deux partenaires ou de l'un d'eux) ou parent seul (peu importe son état matrimonial) demeurant avec au moins un enfant dans le même logement <sup>28</sup> ».

**Tableau 4.8 – Membres des familles de recensement selon le revenu familial – population francophone, population anglophone et population totale, 2001**

| Tranche de revenu         | P. francophone |             | P. anglophone |             | P. totale   |             |
|---------------------------|----------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
|                           | Hommes         | Femmes      | Hommes        | Femmes      | Hommes      | Femmes      |
|                           | %              | %           | %             | %           | %           | %           |
| Moins de 10 000 \$        | 3,1            | 3,6         | 2,7           | 3,3         | 3,5         | 4,1         |
| 10 000 \$ - 24 999 \$     | 9,0            | 10,2        | 6,8           | 8,5         | 8,2         | 9,7         |
| 25 000 \$ - 39 999 \$     | 13,3           | 13,8        | 11,1          | 12,0        | 12,4        | 13,3        |
| 40 000 \$ - 54 999 \$     | 14,1           | 14,4        | 14,1          | 14,4        | 14,5        | 14,7        |
| <i>Moins de 55 000 \$</i> | <i>39,5</i>    | <i>42,0</i> | <i>34,7</i>   | <i>38,3</i> | <i>38,7</i> | <i>41,8</i> |
| 55 000 \$ - 69 999 \$     | 14,5           | 13,3        | 14,9          | 14,5        | 14,6        | 14,1        |
| 70 000 \$ - 84 999 \$     | 13,3           | 12,7        | 13,8          | 13,0        | 13,0        | 12,4        |
| 85 000 \$ - 99 999 \$     | 9,9            | 9,8         | 10,4          | 9,9         | 9,8         | 9,3         |
| 100 000 \$ - 119 999 \$   | 9,4            | 9,1         | 9,7           | 9,3         | 9,0         | 8,6         |
| 120 000 \$ et plus        | 13,1           | 13,7        | 16,4          | 15,1        | 14,9        | 13,8        |
|                           | 99,7           | 100,7       | 100,0         | 100,0       | 100,0       | 100,0       |

Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

de la population totale pour les tranches supérieures à 70 000 \$ (tableau 4.8).

Les femmes francophones se trouvent davantage que les hommes dans des familles de recensement à revenu plus bas : leur proportion est plus élevée dans les tranches de revenu inférieur à 55 000 \$ et plus basse pour les tranches supérieures, à l'exception des 120 000 \$ et plus. Cette différence se retrouve toutefois, de façon comparable, dans la population anglophone et dans la population totale.

Le premier rapport utilisait plutôt le revenu familial moyen pour présenter cet aspect de la situation financière. Il se situait entre 61 569 \$ pour les femmes francophones et 65 962 \$ pour les hommes en général. L'image fournie ici est également celle d'un revenu

inférieur pour les francophones et d'un revenu plus élevé pour les hommes que pour les femmes<sup>29</sup>.

### 4.3.3 Seuil de faible revenu

En 2001, la proportion des personnes dans une situation de faible revenu est plus basse que cinq ans auparavant, même si les différences importantes remarquées en 1996 continuent d'exister entre les francophones et l'ensemble de la population, entre les femmes et les hommes et entre les groupes d'âge. Il faut souligner toutefois qu'en 1996, Statistique Canada utilisait la famille de recensement comme base d'analyse alors qu'en 2001, l'organisme se base sur la **famille économique**.

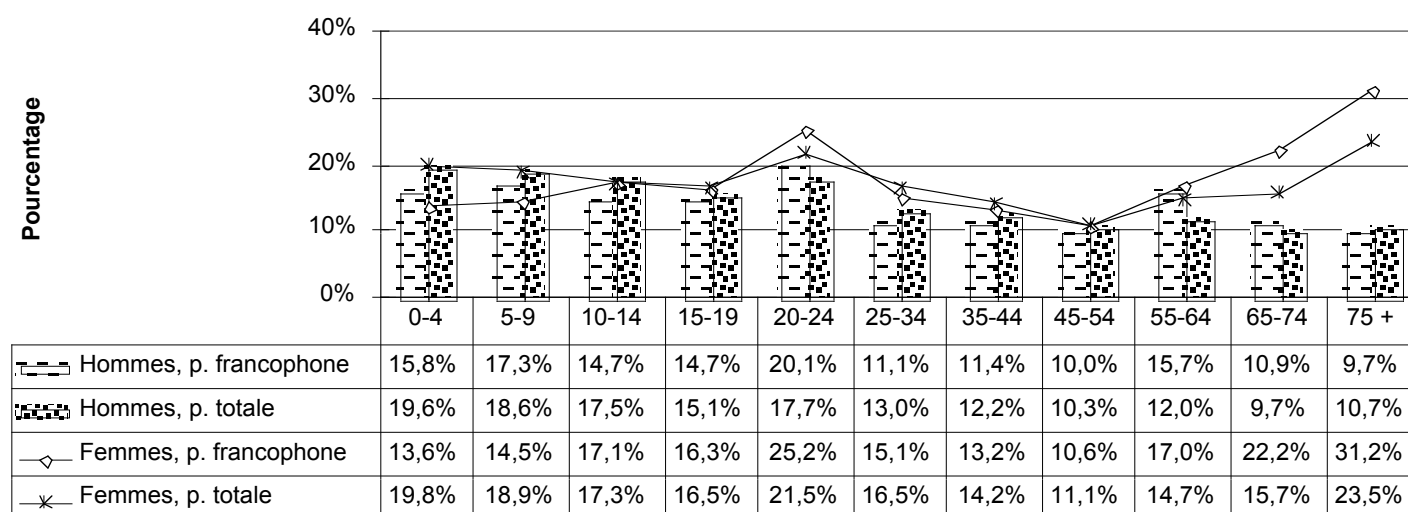
C'est un peu moins de 15 % des francophones qui font partie d'une famille économique dont le revenu se situe au-dessous du **seuil de faible revenu**. Cette proportion est comparable à celle de la population

## Terminologie

**Famille économique** : « La famille économique est un concept plus étendu que la famille de recensement puisqu'elle comprend toutes les personnes qui vivent dans le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption. Les personnes hors famille économique sont celles qui vivent seules ou qui font partie d'un ménage où elles ne sont pas apparentées à une autre personne<sup>30</sup> ». Le recensement de 1996 utilisait la famille de recensement.

**Seuil de faible revenu** : « Après avoir établi le revenu total d'une famille économique ou d'une personne hors famille économique ainsi que la taille de la famille et du secteur de résidence, on détermine la catégorie de revenu de chaque famille économique et de chaque personne hors famille économique par rapport aux seuils de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Ces derniers sont établis d'après les données sur les dépenses des familles au Canada et sont mis à jour annuellement en fonction des changements de l'indice des prix à la consommation<sup>31</sup>. »

**Figure 4.5 – Population vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon l'âge et le sexe – population francophone et population totale, 2001**



Source : Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers*, 95M0016XCB.

totale (15 %), mais elle est nettement plus élevée que celle des anglophones (13 %), la proportion de la population totale étant influencée par le niveau de faible revenu des autochtones (39 %) et des allophones (22 %). Les femmes francophones sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes francophones à se trouver en situation de faible revenu (17 % et 13 % respectivement, 18 % et 15 % en 1996). Si ces niveaux sont comparables à ceux de l'ensemble de la population (16 % et 14 % respectivement, 19 % et 16 % en 1996), la différence entre les sexes est toutefois moins marquée chez les anglophones (14 % et 12 % respectivement)<sup>32</sup>.

Lorsque l'on examine le seuil de faible revenu selon les groupes d'âge, on constate des variations importantes de l'un à l'autre, de même que de grandes différences entre les hommes et les femmes, souvent plus importantes chez les francophones que dans la population totale. Trois groupes d'âge montrent une proportion élevée de faible revenu : les 20 à 24 ans, les 65 à 74 ans et les 75 ans et plus. Pour le groupe des 20 à 24 ans, la différence entre les hommes et les femmes francophones demeure élevée (20,1 % et 25,2 % respectivement), mais elle s'est amenuisée depuis 1996 (23 % et 31 % respectivement, selon la famille de recensement).

Ce sont les Ontariens de 65 à 74 ans qui affichent la proportion la plus basse des personnes qui font partie d'une famille vivant sous le seuil de faible revenu et les Franco-Ontariennes de 75 ans et plus qui montrent la proportion la plus haute. Comme en 1996, la différence la plus marquée se trouve entre les hommes et les femmes de 75 ans et plus, qu'il s'agisse de la population francophone ou de la population totale. Chez les francophones, trois fois plus de femmes que d'hommes de 75 ans et plus et deux fois plus de femmes que d'hommes de 64 à 74 ans font partie d'une famille à faible revenu (figure 4.5).

## 4.4 Le milieu familial

### 4.4.1 Structure familiale

Si l'on en juge par le type de ménage dans lequel vivent les personnes, la configuration des ménages francophones se démarque de celle de l'ensemble des ménages de la province. La majorité de la population ontarienne vit dans un ménage familial formé par un couple marié.

Une proportion plus grande de la population francophone vit dans un ménage formé par un couple en union libre (11,9 %, 7,1 % pour la population totale) et donc une proportion plus faible dans un ménage de

**Tableau 4.9 – Population selon le type de ménage et le sexe – population francophone et population totale, 2001**

| Type de ménage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Population francophone |        |          | Population totale |        |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------|----------|-------------------|--------|----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Femmes                 | Hommes | Ensemble | Femmes            | Hommes | Ensemble |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | %                      | %      | %        | %                 | %      | %        |
| Familial, couple marié                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 58,0                   | 63,8   | 60,7     | 63,2              | 68,1   | 65,6     |
| Familial, union libre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 11,3                   | 12,5   | 11,9     | 6,8               | 7,5    | 7,1      |
| Familial, monoparental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11,1                   | 7,3    | 9,3      | 12,3              | 8,5    | 10,5     |
| Multifamilial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2,4                    | 2,2    | 2,3      | 5,1               | 5,0    | 5,1      |
| Non familial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 17,3                   | 14,2   | 15,9     | 12,6              | 10,9   | 11,7     |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 100,1                  | 100,0  | 100,1    | 100,0             | 100,0  | 100,0    |
| <i>Note : Les résultats portent sur le nombre de personnes, incluant les enfants, vivant dans un type de ménage et non sur le nombre de ménages. Ils sont différents lorsque l'on utilise le type de relation liant les personnes, soit l'état matrimonial (célibat, mariage, séparation, divorce, veuvage) ou l'union libre. À titre de comparaison, dans ce cas, la proportion de francophones vivant en union libre est de 8,9 % (8,6 % pour les femmes et 9,1 % pour les hommes) et de 5,3 % pour la population totale (5,2 % pour les femmes et 5,4 % pour les hommes).</i><br><i>Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.</i> |                        |        |          |                   |        |          |

couple marié (60,7 %, 65,6 % pour la population totale). La proportion de la population francophone faisant partie de ménages multifamiliaux est deux fois moins grande que celle de la population totale (2,3 % comparativement à 5,1 %), celle-ci étant largement influencée par la population allophone, autochtone et autre (tableau 4.9).

Une proportion plus importante de la population francophone est constituée de ménages non familiaux, la plupart du temps d'une seule personne, et ce sont les femmes francophones qui affichent la proportion la plus élevée. Pour les familles monoparentales, la situation s'est un peu modifiée depuis 1996. Une plus petite proportion de la population totale se trouve dans ce genre de famille : 10,5 % en 2001, comparativement à 14 % en 1996. Le changement est toutefois moins marqué chez les francophones : 9,3 % en 2001 et 10 % en 1996.

#### 4.4.2 Situation familiale

Si l'on examine de plus près les membres d'une famille de recensement, on peut distinguer entre parents et enfants et mieux connaître la situation familiale et parentale de la population. On constate que les francophones sont plus souvent « hors famille » que les anglophones et que l'ensemble de la population. Ils sont également, hommes comme femmes, proportionnellement plus nombreux en situation de couples, mariés ou en union libre, que les anglophones

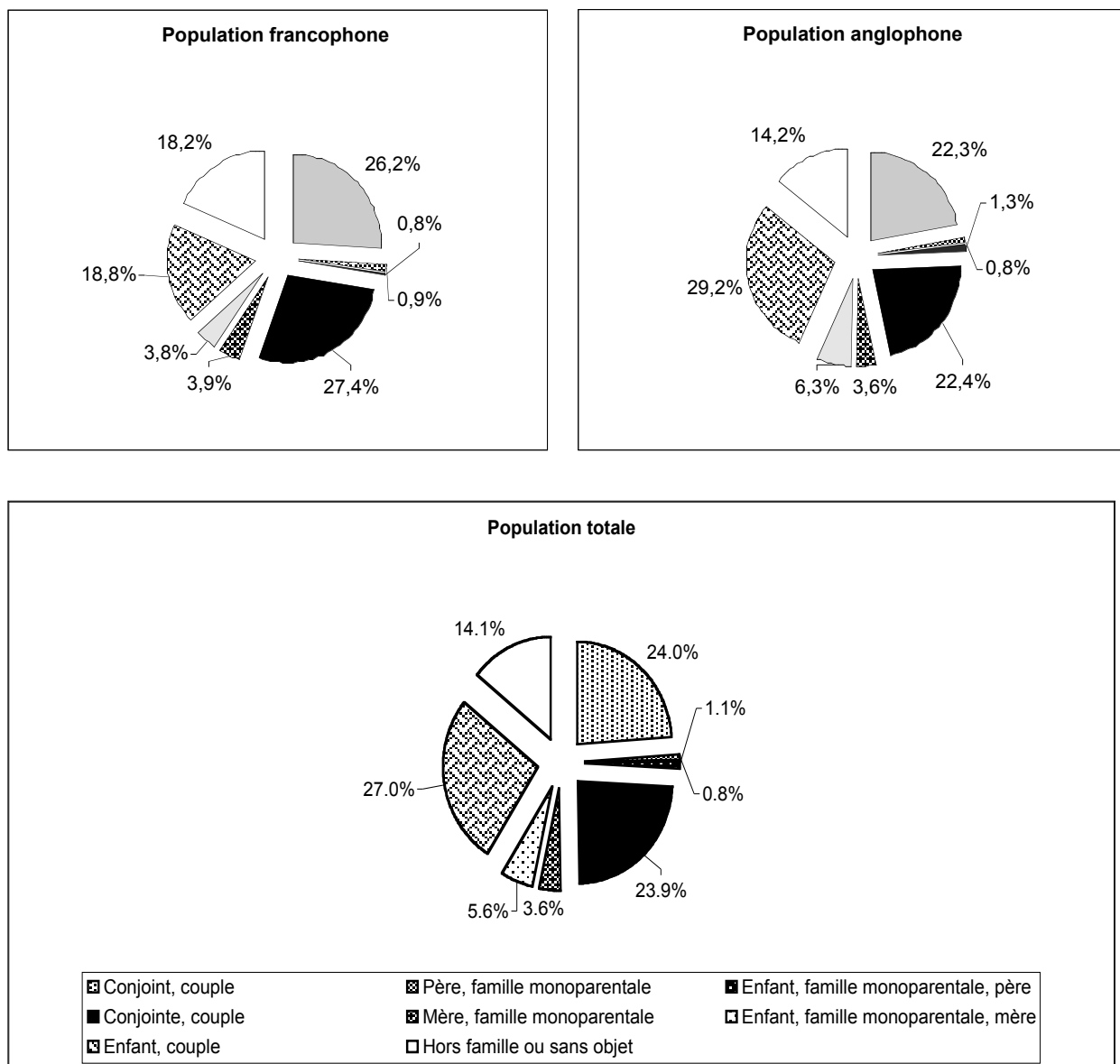
et que la population totale. Les femmes francophones (3,9 %), comme les femmes anglophones et celles de la population totale (3,6 % de chaque groupe), se retrouvent plus souvent que les hommes (0,9 % pour les francophones et 0,8 % pour les anglophones et la population totale) à la tête d'une famille monoparentale (figure 4.6).

Une proportion nettement plus élevée d'enfants anglophones se trouve dans la famille d'un couple, marié ou en union libre. C'est également le cas pour les familles monoparentales. Il faut dire que la famille francophone semble moins nombreuse que la famille anglophone ou celle de la population totale. En effet, les francophones (31 %) font partie d'une famille composée de 2 personnes plus souvent que les anglophones (25 %) et que la population totale (25 %). Les anglophones et la population totale sont proportionnellement plus nombreux à faire partie d'une famille de 4 personnes et plus. Le premier rapport indiquait une augmentation de la proportion des personnes vivant dans un ménage non familial entre 1991 et 1996, pour la population francophone comme pour la population totale. En 2001, la situation des francophones est revenue au niveau de 1991 tandis que la population totale montre des pourcentages plus bas que ceux de 1991. Le premier rapport constatait aussi qu'en 1996, « la proportion de francophones vivant seuls ou avec des personnes avec qui ils n'ont aucun lien de parenté est plus élevée chez les personnes âgées, notamment chez les femmes<sup>33</sup> ».

Si l'on examine la situation de 2001 en fonction des groupes d'âge, on voit ces mêmes caractéristiques : le pourcentage des personnes vivant dans un ménage non familial augmente rapidement chez les femmes francophones à partir du groupe des 55 à 64 ans, passant d'un peu plus d'un cinquième (21,5 %) pour les 55 à 64 ans à plus de la moitié (55,3 %) pour les

75 ans et plus, et il est toujours plus élevé que celui de l'ensemble des femmes ontariennes et celui des hommes francophones de ces groupes d'âge. Les hommes francophones des groupes d'âge de 25 à 34 ans et de 35 à 44 ans ont par ailleurs plus tendance à se trouver en ménage non familial que les femmes francophones de ces mêmes groupes d'âge.

**Figure 4.6 – Situation des personnes dans la famille de recensement – population francophone, population anglophone et population totale, 2001**



Source : Statistique Canada, Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, 95M0016XCB.

## En bref

- Le niveau de scolarité de la population francophone s'est amélioré entre 1996 et 2001, mais il reste inférieur à celui de la population totale. Le rattrapage noté en 1996 se continue et touche les groupes d'âge entre 20 et 35 ans.
- L'Est et le Centre comptent une plus grande proportion de francophones qui ont poursuivi des études postsecondaires. Le Nord-Est et le Nord-Ouest ont une proportion plus élevée de francophones qui ont une 8<sup>e</sup> année ou moins.
- Trois francophones sur cinq connaissent de sérieuses difficultés de lecture et de compréhension de textes suivis. Cette situation touche plus particulièrement les francophones de 56 ans et plus, et le Nord et l'Ouest.
- Les résultats détaillés de l'Enquête sur la littératie et les compétences des adultes (2003) ne sont pas connus pour l'Ontario, mais les premiers résultats montrent que la situation canadienne s'est un peu améliorée en lecture.
- Plus de la moitié de la population canadienne se trouve aux niveaux 1 et 2 des deux nouvelles échelles de compétence : la numératie et la résolution de problèmes.
- Une proportion beaucoup plus importante de francophones sont employés dans l'enseignement, comparativement à la population totale.
- Les francophones sont, proportionnellement, un peu plus souvent des employés.
- Le taux de francophones sur le marché du travail est inférieur à celui de la population en général.
- Les francophones ont tendance à entrer plus tôt sur le marché du travail et, aussi, à le quitter ou à être mis à pied plus tôt que la population totale.
- Chez les francophones comme dans la population en général, les hommes participent nettement plus que les femmes au marché du travail.
- Le taux de chômage des francophones a diminué entre 1996 et 2001, mais il est demeuré semblable à celui de la population totale. Comparativement à la population totale, le chômage est moins élevé chez les francophones de 20 à 34 ans et plus élevé chez ceux de 65 ans et plus.
- Le chômage touche davantage les hommes francophones que les femmes francophones; il est plus élevé dans le Nord-Est et dans le Nord-Ouest.
- Le revenu total moyen des francophones est légèrement plus élevé que celui de la population totale; les femmes francophones ont un revenu total moyen qui dépasse de 900 \$ celui des femmes de la population totale.
- Le revenu familial moyen des francophones continue d'être inférieur à celui de la population totale.
- Le revenu moyen des femmes francophones en 2000 équivaut à 65 % de celui des hommes francophones.
- Dans toutes les régions métropolitaines de recensement, sauf Toronto et London, le revenu total des francophones est plus bas que celui de la population totale.
- Les femmes francophones sont plus nombreuses que les hommes francophones à vivre dans une situation de revenu plus bas ou de faible revenu.
- Chez les francophones, trois fois plus de femmes que d'hommes de 75 ans et plus et deux fois plus de femmes que d'hommes de 65 à 74 ans se trouvent en dessous du seuil de faible revenu.
- Pour le groupe des 20 à 24 ans, la différence entre les hommes et les femmes francophones en situation de faible revenu s'est amenuisée, mais elle demeure élevée.
- Une proportion plus grande de francophones que de la population totale vit dans un ménage non familial (seule ou avec des personnes non apparentées). Cette situation touche davantage les femmes francophones que le reste de la population.
- Plus d'un cinquième des femmes francophones de 55 à 64 ans et plus de moitié de celles de 75 ans et plus vivent dans des ménages non familiaux, une proportion plus grande que pour les hommes francophones et que les femmes et les hommes de la population totale.
- Les femmes francophones, comme les femmes de la population totale, se trouvent plus de quatre fois plus souvent à la tête d'une famille monoparentale.
- La famille franco-ontarienne est moins nombreuse que la famille ontarienne

## Références

<sup>1</sup> Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Divisions du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, 27.

<sup>2</sup> H. Zollner et S. Lessard (1998), *Santé de la population : mettre les concepts en application. Rapport final [en direct]*, cité dans Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 27.

<sup>3</sup> Doris E. Gillis (2005), « Au-delà des mots : le lien entre l'alphabétisme et la santé », *Déterminants de la santé*, Réseau canadien de la santé, <http://www.reseau-canadien-sante.ca> (consulté le 29 juin 2005).

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman (2004), *La littératie et la santé au Canada : ce que nous avons appris et ce qui pourrait nous aider dans l'avenir. Un rapport de recherche*, Première édition produite par Irving Rootman et Barbara Ronson, octobre 2003; édition en langage clair et simple produite par Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman, septembre 2004, IRSC – Instituts de recherche en santé du Canada. Aussi disponible à [http://www.nlhp.cpha/francais/lithlthf/literacy\\_f.pdf](http://www.nlhp.cpha/francais/lithlthf/literacy_f.pdf) (consulté le 29 juin 2005). Le rapport complet s'intitule « Recherche sur l'alphabétisation et la santé au Canada : examen rétrospectif et prospectif », <http://www.igh.ualberta.ca/RHD/Synthesis/French%20PDFs/Literacy-f.htm> (consulté le 16 août 2005).

<sup>6</sup> Les renseignements qui suivent sont adaptés de Doris E. Gillis, « Au-delà des mots... ».

<sup>7</sup> Elsie Petch, Barbara Ronson et Irving Rootman (2004), *La littératie et la santé au Canada*, 9. Aussi : Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économique (1995), *Littératie, économie et société. Résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Ottawa, Statistique Canada. Cité dans Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 33.

<sup>8</sup> « Low literacy and poor health are interrelated at all stages of the life cycle. » The Movement for Canadian Literacy (2005), « Literacy and Health: Making the Connection. Submission to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada », <http://www.literacy.ca/govrel/connect.htm> (consulté le 29 juin 2005). Le Movement reprend une étude de Burt Perrin, « Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes »,

Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Santé Canada, 1998.

<sup>9</sup> Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1996), *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, Ottawa, Santé Canada, cité dans Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 33.

<sup>10</sup> Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 33.

<sup>11</sup> *Ibid.*, 34. Utilisant les données de l'EIAA, les sociologues Simon Laflamme et Christiane Bernier (1998) ont comparé la population franco-ontarienne à la population canadienne dans *Vivre dans l'alternance linguistique : Médias, langue et littérature en Ontario français*, Sudbury, Centre FORA, 55-74. L'une des conclusions est à l'effet que « la littératie des Franco-Ontariens est tout à fait comparable à celles des autres francophones du Canada, y compris à celle des Québécois, mais elle est inférieure à celle des anglophones et à celles d'autres populations occidentales », 56.

<sup>12</sup> OCDE et Statistique Canada (1995), *Littératie, économie et société : Résultats de la première Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Paris et Ottawa, cité dans Statistique Canada et OCDE (2005), Organisation de coopération et de développement économiques (2005), *Apprentissage et réussite : Premiers résultats de l'enquête sur la littératie et les compétences des adultes*, Ottawa et Paris, Ministère de l'industrie, Canada et Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), 31. Aussi disponible à l'adresse suivante : [http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-603-XIF/2005001/pdf\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-603-XIF/2005001/pdf_f.htm) (consulté le 29 juin 2005).

<sup>13</sup> Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques (2005), *Apprentissage et réussite*, 3.

<sup>14</sup> *Ibid.*, 327.

<sup>15</sup> *Ibid.*, 282.

<sup>16</sup> *Ibid.*, 39.

<sup>17</sup> Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 29.

<sup>18</sup> Ce qui représente l'écart-type de la différence entre la proportion de la population francophone et celle de la population anglophone et entre la population francophone et la population totale. On trouvera plus de détails dans Ontario, Office des Affaires francophones (2005), *Les francophones en Ontario*, Ontario, Office des Affaires francophones, 16-17.

<sup>19</sup> Statistique Canada et Organisation de coopération et de développement économiques (2005), *Apprentissage et réussite*, 307.

<sup>20</sup> *Ibid.*, 296.

- <sup>21</sup>. Compilé à partir de données relatives à la population totale, extrapolées de l'échantillon de 20 %. Statistique Canada, « Certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la scolarité, de la population active et du revenu (508), langue maternelle (4) et sexe (3) pour la population ayant l'anglais, le français ou l'anglais et le français comme langue maternelle, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %) », *Produit du recensement de 2001*, 97F0007XCB01042.
- <sup>22</sup>. Statistique Canada (2005), *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers, Documentation de l'utilisateur*, Canada, Statistique Canada, 135.
- <sup>23</sup>. *Ibid.*
- <sup>24</sup>. Zöllner, H. et Lessof, S. (1998), *Santé de la population*, cité dans Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 29.
- <sup>25</sup>. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1994), *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé Canada, cité dans Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones*, 31.
- <sup>26</sup>. Par contre, une étude de Christiane Bernier et de Simon Laflamme portant seulement sur les revenus provenant d'un salaire donne une image différente, plaçant les francophones légèrement en meilleure position que la population totale : Christiane Bernier et Simon Laflamme (2002), « Discrimination sexuelle et discrimination linguistique : lectures des inégalités salariales au Canada et en Ontario », *Revue du Nouvel-Ontario*, no 27, 63-91. Les données de l'Office des Affaires francophones sont légèrement différentes, mais les résultats de l'analyse sont essentiellement les mêmes.
- <sup>27</sup>. Compilé à partir de : Statistique Canada (2005), *Fichier de microdonnées à grande diffusion du recensement de 2001, Fichier des particuliers*, Canada, Statistique Canada.
- <sup>28</sup>. Statistique Canada, « Le Dictionnaire du recensement de 2001 », [http://www12.statcan.ca/francais/census01/Produits/Reference/dict/fam003\\_f.htm](http://www12.statcan.ca/francais/census01/Produits/Reference/dict/fam003_f.htm) (consulté le 29 juin 2005).
- <sup>29</sup>. Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 31.
- <sup>30</sup>. Statistique Canada (2005), *Fichier de microdonnées. Documentation de l'utilisateur*, 173.
- <sup>31</sup>. *Ibid.*
- <sup>32</sup>. Compilé à partir de : Statistique Canada (2005), *Fichier de microdonnées... Fichier des particuliers*.
- <sup>33</sup>. Louise Picard et al. (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, 33.



# *Chapitre 5*

## **Auto-évaluation de la santé, incapacités et améliorations à la santé**

**Christiane Bernier, Université Laurentienne**  
**Gratien Allaire, Université Laurentienne**

---

La santé, dans le sens de mieux-être, est étroitement liée à la condition sociale, à l'état émotionnel, à la forme physique, autant qu'à l'incidence des maladies. Une personne définit sa santé en fonction de sa propre perception de ses ressources sociales et personnelles ainsi que de ses capacités physiques.

Ce chapitre propose une analyse — selon le groupe sociolinguistique, le sexe, les catégories d'âge, les régions, les niveaux de scolarité et le revenu — des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001 (ESCC 2000-2001), en ce qui a trait à la façon dont les personnes perçoivent leur santé et leurs limitations dans la vie quotidienne, tout en faisant référence aux données provenant de l'Enquête sur la santé de l'Ontario, 1996-1997 (ESO 1996-1997) utilisées dans le premier rapport.

Il donne aussi un aperçu des actions entreprises par les personnes ayant adopté un comportement proactif dans la gestion de leur santé et sur le sentiment d'appartenance à la communauté en fonction du groupe sociolinguistique.

### **5.1 Perception de la santé et indice de l'état de santé**

---

Pour avoir accès à une certaine représentation de l'état de santé des individus, nous disposons de deux indicateurs : leur propre perception de leur santé — indiquée par les répondants à l'enquête sur une échelle à plusieurs niveaux — et l'Indice de l'état de santé (HUI)<sup>1</sup>.

#### **5.1.1 Perception de la santé**

On observe peu de changements dans la perception que les individus ont de leur santé entre 1996-1997 et 2000-2001. En 2000-2001, tout comme en 1996-1997, une proportion plus faible de francophones (61 %) que d'anglophones (66 %), placent leur état de santé<sup>2</sup> à un niveau « élevé ». Par contre, si dans le précédent rapport, on pouvait noter une différence entre francophones et allophones à cet égard, l'écart s'est rétréci depuis entre les deux groupes et il n'apparaît plus comme significatif (francophones, 61 % ; allophones, 58 %) ; ainsi qu'on peut le constater, les deux groupes se perçoivent en moins bonne santé que le groupe des anglophones.

Dans l'ensemble de la population ontarienne, on peut relever une différence, petite mais significative, entre les sexes : une plus grande proportion d'hommes (65 %) que de femmes (62 %) déclarent leur santé excellente ou très bonne. Bien que la tendance soit la même à ce sujet chez les francophones, l'écart entre les sexes n'y est pourtant pas significatif. Par contre, si l'on s'attarde aux femmes seulement, on constate qu'une plus grande proportion de femmes francophones et allophones qualifient leur état de santé de « passable » ou de « mauvais » comparativement aux femmes anglophones.

Au sein des trois groupes sociolinguistiques, on remarque des différences entre les groupes d'âge. Ce sont les personnes de 12 à 19 ans et de 20 à 44 ans qui font état du niveau de santé le plus élevé et ce, dans les trois groupes, la qualité de santé perçue étant décroissante avec l'âge après 44 ans (figure 5.1). Chez

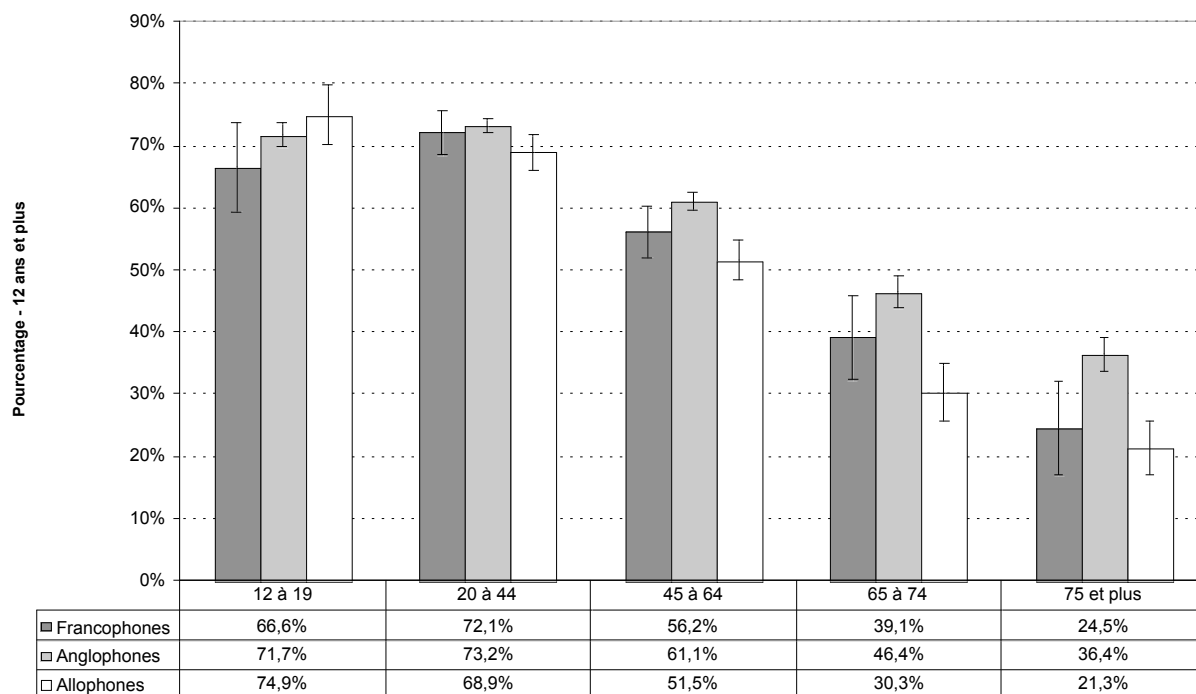
les francophones comme aussi, à peu de choses près, chez les allophones, le pourcentage de personnes de 20 à 44 ans qui indiquent un niveau de santé « élevé » est près du triple de celui du groupe des 75 ans et plus ; par contre, chez les anglophones, ce rapport n'est que du double, les personnes de 75 ans et plus se disant, dans une plus grande proportion, en très bonne ou excellente santé. Ces derniers résultats sont cependant à interpréter avec prudence compte tenu de la taille de l'échantillon dans certaines catégories d'âge chez les francophones et les allophones plus âgés.

La relation entre niveau de revenu et perception de la santé se maintient en 2000-2001 : plus le revenu est élevé, plus il est probable qu'une personne perçoive son état de santé comme très bon ou excellent. Ainsi, les francophones à faible revenu qualifient leur état de santé d'« élevé » dans une moins grande proportion (42 %) que ceux qui ont un revenu moyen ou supérieur (63 %) ; l'écart était le même lors de l'ESO 1996-1997 : faible revenu, 45 %, et revenu moyen ou supérieur, 66 %.

Il en va de même, dans l'ensemble de la province, pour l'interrelation scolarité/perception de l'état de santé. Plus le niveau de scolarité augmente, plus les personnes sont susceptibles de déclarer un niveau de santé « élevé » : 69 %, pour celles qui ont un diplôme de collège ou d'université, comparativement à 53 % pour celles n'ayant pas terminé leurs études secondaires. Chez les francophones, on observe la même tendance, mais l'écart n'est significatif qu'entre les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et celles qui appartiennent aux autres catégories de scolarité. En ce sens, les tendances sont restées similaires à ce que l'on trouvait en 1996-1997.

La perception de l'état de santé est aussi tributaire du genre de ménage auquel on appartient : les francophones vivant dans des ménages privés où l'on trouve des enfants de moins de six ans (77 %) sont plus susceptibles, comme dans l'ensemble de la population ontarienne, d'évaluer comme « élevé » leur état de santé, comparativement aux autres ménages (58 %).

**Figure 5.1 – Auto-perception de la santé élevée selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003),  
planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Fichier de microdonnées à partager , Division de la

Il faut mettre ces deux derniers éléments en rapport avec l'âge. D'une part, une plus grande proportion de francophones plus âgés n'ont pas de diplôme d'études secondaires et ont une moins bonne perception de leur santé. D'autre part, les ménages ayant de jeunes enfants à la maison font généralement partie des groupes d'âge les plus jeunes, ceux qui évaluent, majoritairement, leur santé comme très bonne ou excellente.

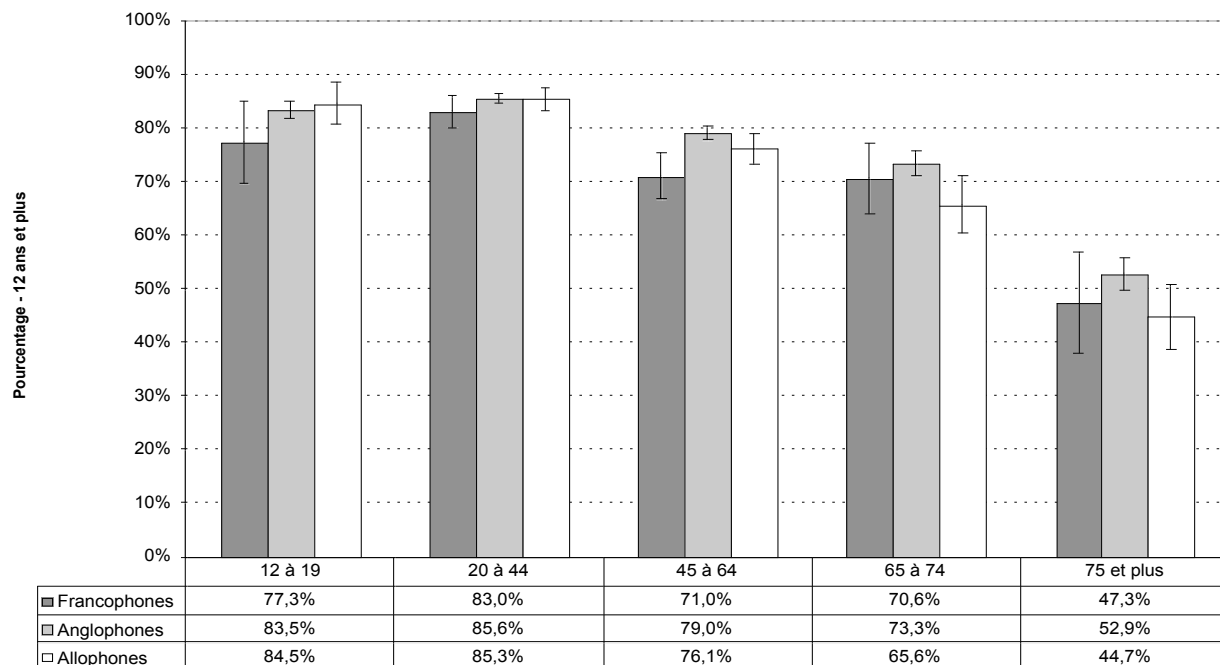
Si l'on établit une comparaison entre les régions, on peut voir que, comme lors de l'enquête précédente, une plus grande proportion d'individus dans la population ontarienne estime que leur état de santé est « élevé », dans l'Est (64 %) et dans le Sud (64 %), que dans le Nord (57 %). De façon plus précise, on peut dire que les individus des quatre subdivisions de l'Est et du Sud (Est-Champlain, Sud-Est, Centre et Sud-Ouest) déclarent, dans une plus grande proportion, un état de santé très bon ou excellent, que ceux des régions du Nord-Est et du Nord-Ouest. Du côté des francophones plus spécifiquement, ce rapport s'établit entre les habitants du Centre (65 %) et ceux du Nord-

Est (55 %), là où l'on trouve le plus faible pourcentage de personnes se disant en très bonne santé.

### 5.1.2 Indice de l'état de santé

L'étude des données de l'Indice de l'état de santé des individus (HUI) peut être instructive à différents niveaux. Elle nous apprend que les pourcentages d'individus, dans l'ensemble, dont l'état de santé fonctionnel<sup>3</sup> est considéré comme « très bon ou presque parfait » sont nettement supérieurs aux résultats obtenus lors de l'analyse de l'auto-perception de la santé, bien que l'on doive procéder prudemment dans la comparaison entre ces deux indicateurs puisqu'il s'agit, en fait, d'échantillons différents. On peut néanmoins remarquer qu'ici encore les résultats font voir que les francophones (75 %) sont proportionnellement moins nombreux à se classer dans la catégorie supérieure, celle de l'état de santé fonctionnel « bon ou presque parfait », comparativement aux anglophones mais proche (ou comparable) à celui des allophones (78 %). Comme le fait voir la figure 5.2, il y a certaines différences à noter dans le rapport à l'état de santé fonctionnel élevé

**Figure 5.2 – État de santé fonctionnel élevé selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

selon l'âge dans les trois groupes sociolinguistiques. Ce sont les groupes de 12 à 19 ans et de 20 à 44 ans qui obtiennent les scores les plus élevés, dans l'ensemble de la province tout comme chez les francophones. Par contre, chez ces derniers, contrairement aux deux autres groupes sociolinguistiques où les proportions sont décroissantes de 45 ans à 75 ans et plus, il n'y a aucune différence significative entre la catégorie des 45 à 64 ans et celle des 65 à 74 ans. Il faut en outre souligner que le pourcentage de francophones de 45 à 64 ans qui se classent dans la catégorie de l'état de santé fonctionnel élevé (71 %) est significativement plus bas que ce que l'on trouve chez les anglophones du même groupe d'âge (79 %).

Par ailleurs, en ce qui a trait aux autres variables étudiées (sexe, scolarité, revenu, type de ménage), mentionnons que, règle générale, les données observent les mêmes tendances que ce qu'ont fait voir les résultats de l'auto-évaluation présentés ci-dessus. En effet, pour l'ensemble de la population ainsi que pour les francophones, les distinctions demeurent sensiblement les mêmes, tant entre les hommes et les femmes qu'entre les classes de revenus, les niveaux de scolarité, le type de ménage au sein duquel on vit et les régions. Une seule exception est à noter : on ne relève aucune différence significative, chez les francophones, dans les pourcentages de personnes ayant un niveau de santé fonctionnel « élevé » d'une région à l'autre.

## **5.2 Limitations dans la vie quotidienne et amélioration de sa santé**

Pour présenter l'aspect de la limitation, nous avons choisi de baser l'analyse uniquement sur les données de l'enquête de 2000-2001, contrairement au premier rapport qui se servait également des données du Recensement de 1996. En plus des données de l'ESO 1996-1997, nous reprenons l'indicateur AVQ<sup>4</sup>, déjà présent dans l'ESO 1996-1997 et portant sur le « besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne » et nous utilisons un nouvel indicateur pour traiter des actions que les personnes ont décidé d'entreprendre pour améliorer leur état de santé, question de voir si les francophones sont proactifs à ce sujet et où ils se situent comparativement aux autres

groupes sociolinguistiques. Signalons que le premier rapport notait qu'une proportion plus élevée de francophones de 15 ans et plus éprouvait une certaine limitation dans leurs activités, comparativement à l'ensemble de la population ontarienne, et que l'écart y était plus important chez les hommes que chez les femmes. Nous renvoyons au premier rapport pour des renseignements additionnels en ce qui a trait aux incapacités physiques et/ou mentales et des handicaps, qui n'ont pas fait l'objet d'analyse pour l'ESCC 2000-2001.

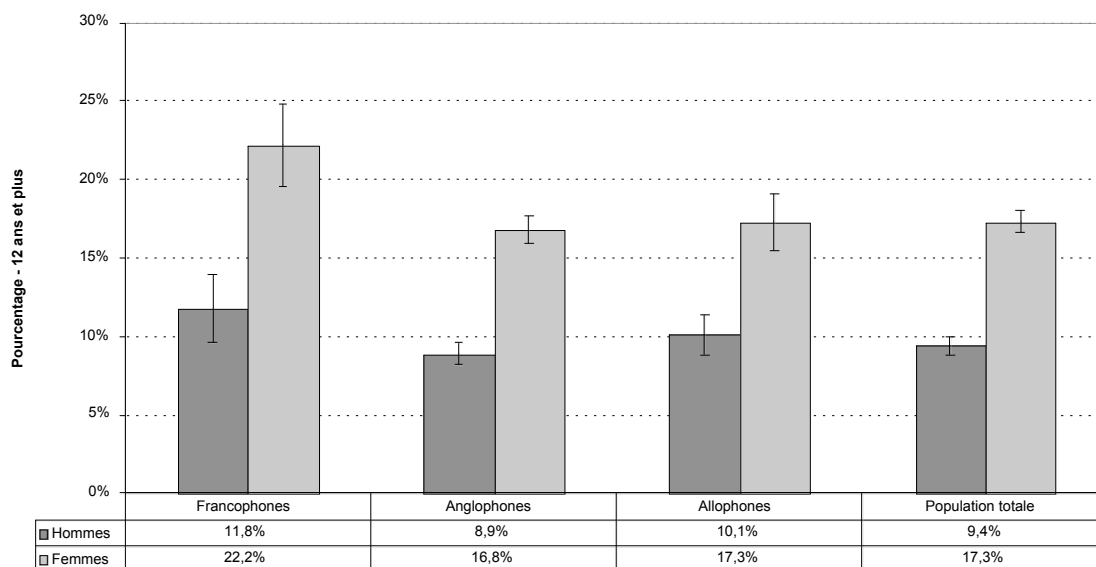
### **5.2.1 Aide pour au moins une activité de la vie quotidienne**

La proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont eu besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ) a augmenté de façon significative depuis 1996-1997 dans les trois groupes sociolinguistiques, et c'est chez les francophones qu'elle est la plus élevée : 17 %, comparativement à 13 % pour l'ensemble de la population ontarienne (anglophones, 13 %, et allophones, 14 %). Ce qui peut être compris comme l'indice d'une société vieillissante.

Comme c'était le cas lors de l'ESO 1996-1997, il y a un plus grand pourcentage de femmes que d'hommes qui signalent avoir besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne tant dans l'ensemble de la population que chez les francophones (figure 5.3). De plus, on note une différence significative entre femmes francophones (22 %) et femmes anglophones (17 %) et allophones (17 %) et entre hommes francophones (12 %) et hommes anglophones (9 %), mais non entre hommes francophones et hommes allophones (10 %).

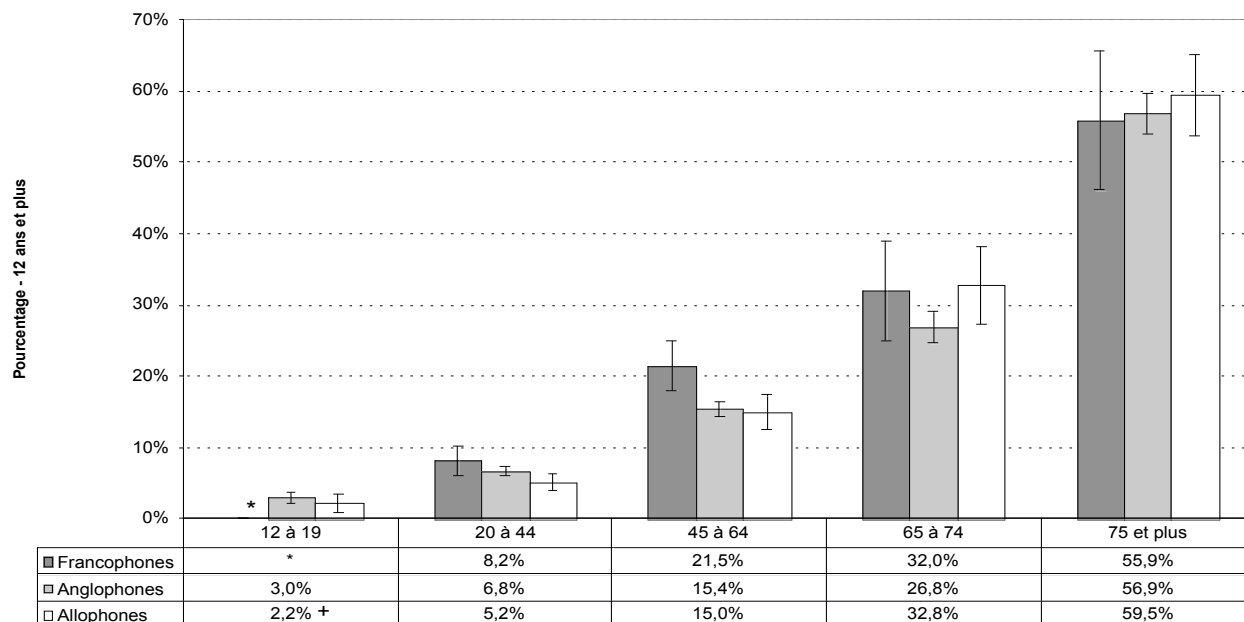
En ce qui a trait aux catégories d'âge, la tendance veut que la proportion de personnes qui ont besoin d'aide augmente avec l'âge, le groupe des 75 ans et plus étant le plus élevé. Mais, et c'était aussi le cas dans l'ESO 1996-1997, il y a une proportion relativement plus importante de francophones de 45 à 64 ans (22 %) qui rapportent avoir besoin d'aide, si on les compare aux deux autres groupes (anglophones et allophones 15 %) (figure 5.4). Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les groupes sociolinguistiques pour les autres catégories d'âge.

**Figure 5.3 – Besoin d’aide pour au moins une AVQ selon le sexe – groupes sociolinguistiques et population totale, 2000-2001**



Source: Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes 2000/01, Statistique Canada, *Fichier de Microdonnées à Partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 5.4 – Besoin d’aide pour au moins une AVQ selon l’âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note: \*Nombre insuffisant à rapporter-

+ Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Il existe aussi un rapport entre le revenu et le besoin d'aide pour les activités quotidiennes : dans l'ensemble de la population, les personnes qui ont un faible revenu éprouvent un plus grand besoin d'assistance (25 %) que celles disposant d'un revenu moyen ou supérieur (12 %). La tendance se perçoit dans les trois groupes sociolinguistiques : bien qu'elle soit plus marquée chez les francophones, 31 % (faible revenu) et 16 % (revenu moyen ou supérieur), que chez les anglophones (28 % et 12 % respectivement), il y a proportionnellement moins d'allophones à faible revenu (19 %) qui semblent avoir besoin d'aide sur une base quotidienne (13 %, pour les personnes de ce groupe disposant d'un revenu moyen ou supérieur).

De la même manière, c'est chez les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires que l'on trouve la proportion la plus élevée en ce qui concerne la nécessité d'aide dans les activités quotidiennes. Parmi les francophones, cette catégorie (25 %) présente une proportion près de deux fois plus élevée que celle des diplômés d'études secondaires (13 %) et postsecondaires (13 %). On peut penser que cela est en partie dû au fait que la population francophone est légèrement plus âgée que l'ensemble de la population, et que les personnes âgées francophones sont moins scolarisées que la moyenne.

Si l'on regarde les différences liées aux régions, on peut voir, dans l'ensemble, que la population du Nord (17 %) est nettement plus représentée en ce qui concerne le besoin d'aide au quotidien que celle des autres régions (Sud, 13 % ; Est, 14 %). De façon plus générale, on peut observer, d'une part, que, pour l'ensemble de la province, il y a un plus grand pourcentage de francophones (17 %) qui font état de besoin d'assistance comparativement aux non-francophones (13 %), et, d'autre part, qu'il s'agit de la même tendance dans les trois régions, bien qu'il n'y ait qu'entre les francophones et les non-francophones du Sud que l'écart soit significatif.

## 5.2.2 Améliorer son état de santé

Deux questions de l'ESCC 2000-2001 permettent d'avoir un aperçu des personnes proactives en regard de leur santé et des actions qu'elles ont entreprises : « Avez-vous, dans les douze derniers mois, fait quelque chose pour améliorer votre santé ? » Et,

lorsque les personnes répondaient oui : « Quel est le changement le plus important que vous avez fait ? ».

Les résultats démontrent que le pourcentage des francophones (56 %) qui ont fait quelque chose pour améliorer leur santé dans les douze derniers mois (les proactifs) est plus élevé que celui des allophones (49 %), mais similaire à celui des anglophones (55 %). Une comparaison entre les sexes fait voir que c'est le cas chez plus de femmes francophones (59 %) que d'hommes francophones (51 %), et on observe la même tendance chez les anglophones, alors que, chez les allophones, il n'y a pas de différence selon le sexe. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les femmes francophones et les femmes anglophones, pas plus qu'entre les hommes des trois groupes sociolinguistiques. Cependant, on note une différence inférable entre les femmes francophones et les femmes allophones.

Comme dans la population ontarienne, la proportion des personnes proactives parmi les francophones est inversement proportionnelle à l'âge, où le taux est deux fois plus élevé chez les jeunes de 12 à 19 ans (62 %) et les personnes de 20 à 44 ans (61 %) que chez les aînés de 75 ans et plus (31 %), bien que toutes les différences entre les catégories d'âge ne soient pas statistiquement significatives. Entre les groupes sociolinguistiques, la variation la plus importante se trouve dans la catégorie des 20 à 44 ans où un taux similaire de francophones (61 %) et d'anglophones (59 %) disent avoir tenté d'améliorer leur santé, alors que, chez les allophones, la proportion est nettement moins élevée (50 %).

En ce qui a trait au revenu, fait intéressant : il n'y a pas de différence selon la catégorie de revenu (faible, moyen ou supérieur) quant à la proportion d'individus ayant déclaré une propension à faire quelque chose pour améliorer leur santé dans les douze mois précédant l'enquête, et ce, dans les trois groupes sociolinguistiques.

Par contre, dans l'ensemble de la population ontarienne, on note un écart significatif entre les groupes moins scolarisés et les plus scolarisés. Chez les francophones, on trouve un plus faible pourcentage de personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (46 %) qui ont entrepris une action, que

dans les autres catégories, qu'il s'agisse du « secondaire » (54 %), de « quelques années postsecondaires » (72 %) ou du « collège/université » (61 %) ; cependant, signalons que pour les diplômés du secondaire, les différences ne sont significatives qu'avec la catégorie « quelques années postsecondaires ».

Finalement, on ne remarque aucune différence dans les trois groupes sociolinguistiques entre les personnes vivant dans un ménage privé avec des enfants de moins de 6 ans et celles qui proviennent des autres ménages.

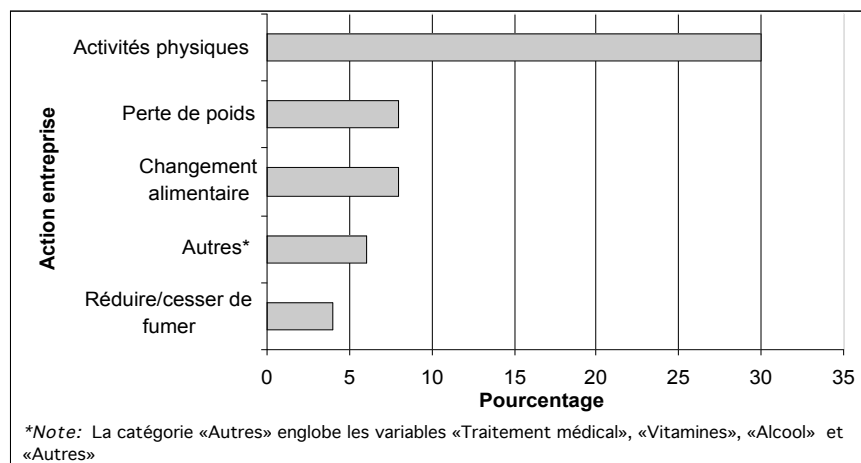
Les différences entre les trois grandes régions, pour l'ensemble de la province, font voir que c'est dans l'Est (57 %) et le Nord (56 %) que se trouvent les plus grandes proportions de personnes proactives, comparativement au Sud (53 %). Un regard plus approfondi sur les subdivisions permet de constater que Est-Champlain se démarque, avec une proportion plus élevée (58 %) — et la différence est significative — du Sud-Est (54 %), du Centre (53 %) et du Sud-Ouest (53 %), mais non du Nord-Est (56 %) et du Nord-Ouest (56 %). En ce qui a trait aux francophones, on n'observe que peu de différences significatives entre les régions.

### 5.2.3 Types de changements apportés

La question portant sur les changements effectués dans les douze mois précédant l'enquête proposait une liste de huit actions possibles à partir de laquelle les répondants devaient sélectionner ce qu'ils considéraient être le changement le plus important qu'ils avaient apporté à leurs habitudes de vie, à savoir avoir : fait plus d'exercice, de sport ou d'activité physique ; perdu du poids ; changé leurs habitudes alimentaires ; arrêté de fumer ou réduit leur consommation de tabac ; bu moins d'alcool ; reçu un traitement médical ; pris des vitamines ; ou autre. Plus de la moitié des francophones de l'Ontario (56 %) ont déclaré avoir « fait quelque chose » pour améliorer leur santé.

Comme dans l'ensemble de la population ontarienne, faire plus d'exercice, de sport ou d'activité physique semble être, et de loin, le premier choix santé des francophones (30 %) ; les autres transformations qu'ils déclarent avoir accomplies, perdre du poids (8 %) et développer de nouvelles habitudes alimentaires (8 %), sont suivies d'un petit pourcentage de personnes qui disent avoir cessé de fumer ou réduit leur consommation de tabac (4 %) (figure 5.5).

**Figure 5.5 – Types de changements apportés par les francophones dans les douze mois précédant l'enquête, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Toutefois, dans l'ensemble, on ne remarque que peu de différences entre les trois groupes sociolinguistiques, sinon qu'une plus grande proportion d'allophones signalent n'avoir rien fait pour améliorer leur santé dans l'année précédant l'enquête (51 %) et qu'ils sont moins nombreux, en proportion, que les francophones et les anglophones, à déclarer avoir perdu du poids.

### 5.3 Sentiment d'appartenance à la communauté

---

Le sentiment d'appartenance à la communauté est une nouvelle variable créée par l'ESCC 2000-2001. Elle est d'une grande pertinence pour le présent rapport parce que, depuis plusieurs années, les chercheurs, les intervenants et les décideurs de politiques sociales adoptent la perspective des déterminants de la santé dans leur approche de la santé, c'est-à-dire qu'ils la conçoivent comme répondant à un ensemble de facteurs individuels et collectifs interagissant entre eux.

Pour tenter de mesurer et de comprendre comment s'effectue le pont entre les dimensions individuelle et sociale de la santé d'un individu, plusieurs chercheurs ont recours à la notion de « capital social » qui combine un ensemble d'éléments tels que la densité du réseau social d'un individu, sa participation à la vie communautaire de sa collectivité par le biais d'un engagement au sein de certains groupes ou associations et son niveau de confiance par rapport aux institutions publiques<sup>5</sup>. Les implications du capital social sur la prospérité, la santé et le bonheur tel que les gens le perçoivent eux-mêmes gagnent en importance. Souvent, on observe que les personnes qui établissent des réseaux solides de relations réussissent mieux dans leur carrière et vivent plus longtemps que les autres<sup>6</sup>.

Certains chercheurs font même désormais la distinction entre le *capital social affectif*, qui porte sur les relations et les normes qui resserrent les liens entre les groupes, et le *capital social indirect*, qui établit des passerelles entre ces groupes ou qui en mesure les effets<sup>7</sup>. Les conclusions préliminaires de plusieurs de ces recherches révèlent que les personnes qui tirent le plus grand sentiment de satisfaction de la vie sont

celles pour qui, entre autres, le sentiment d'appartenance communautaire est très fort<sup>8</sup>. C'est dans cette optique que le sentiment d'appartenance à la communauté prend son importance comme indicateur de mieux-être, tant de l'individu que de sa communauté d'appartenance.

Dans l'ESCC 2000-2001, la question que l'on posait aux participants et participantes à ce sujet était la suivante : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale ?<sup>9</sup> »; on ne donnait aucune définition de ce que l'on entendait par « communauté locale », laissant les personnes interpréter le concept à partir de leurs propres représentations.

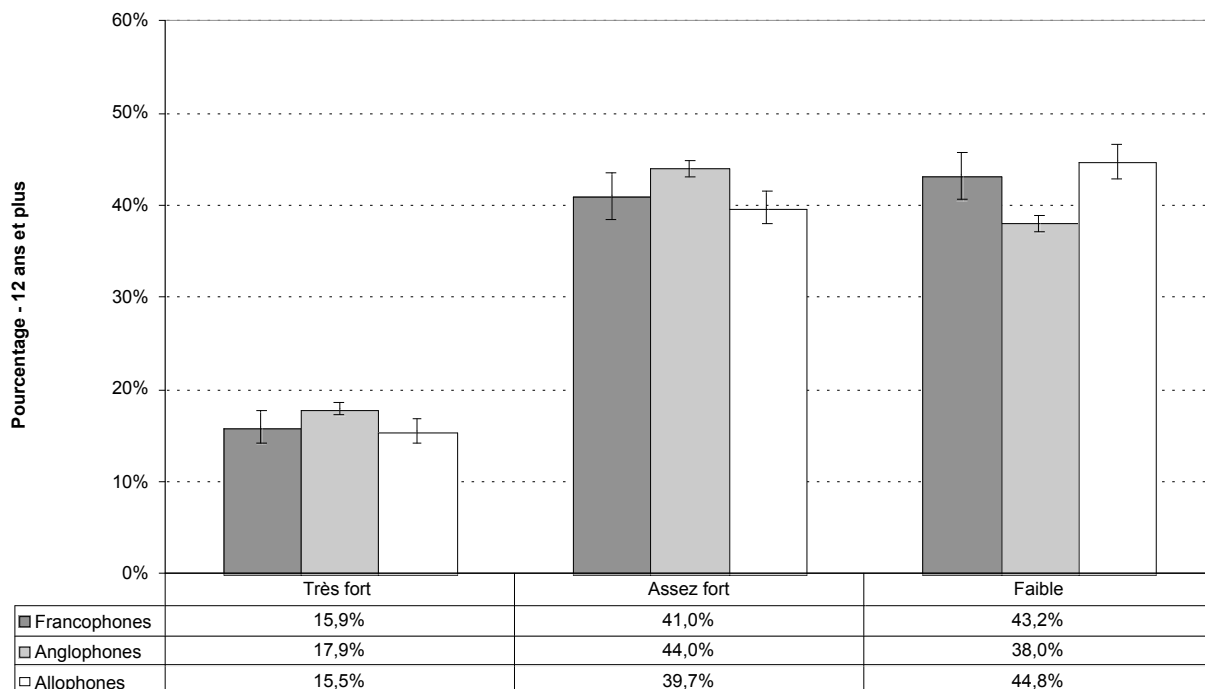
Parmi les francophones, 16 % ont qualifié de « très fort » leur sentiment d'appartenance à leur communauté — ce qui est pratiquement similaire à ce qu'ont déclaré les anglophones (18 %) et les allophones (16 %) — alors que 41 % des francophones le définissait comme « assez fort » et que pour 43 % ce sentiment était plutôt « faible ou assez faible » (figure 5.6). Ce qui revient à dire qu'un peu plus de deux francophones sur cinq, en Ontario, ne se sentent pas très attachés à leur milieu de vie, alors que pour une proportion presque similaire ce lien est relativement important.

Notons toutefois, que les francophones sont plus portés à indiquer un sens d'appartenance *faible* ou *assez faible* (43 %) que les anglophones (38 %) mais sont à ce sujet assez semblables aux allophones (45 %).

On remarque aussi que, dans l'ensemble de la population ontarienne et pour chacun des groupes sociolinguistiques pris individuellement, il n'y a pas de différence dans la proportion d'hommes et de femmes qui déclarent un très fort sentiment d'appartenance.

Par contre, en ce qui a trait aux catégories d'âge, on observe des variations, tant à l'intérieur des groupes que dans leur comparaison. Pour l'ensemble de la population de l'Ontario, les groupes d'âge qui déclarent le plus un « très fort » sentiment d'appartenance à la communauté sont ceux de 75 ans et plus (29 %), de 65 à 74 ans (25 %) et, mais dans une moindre mesure, ceux de 45 à 64 ans (20 %).

**Figure 5.6 – Sentiment d'appartenance à la communauté selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ce qui fut confirmé par les résultats de l'Enquête sociale générale de 2003 de Statistique Canada sur l'engagement social, où l'on rapporte que « les répondants plus âgés étaient beaucoup plus enclins que les plus jeunes à avoir un sentiment d'appartenance très fort à leur communauté<sup>10</sup> ». Il n'y a pas de différence significative entre les groupes sociolinguistiques selon l'âge, même si les anglophones affichent partout des proportions un peu plus marquées, sauf pour la catégorie des 12 à 19 ans, où ils font montre d'un taux relativement plus élevé de sens d'appartenance (19 %) que ne le font les allophones (11 %) (figure 5.7).

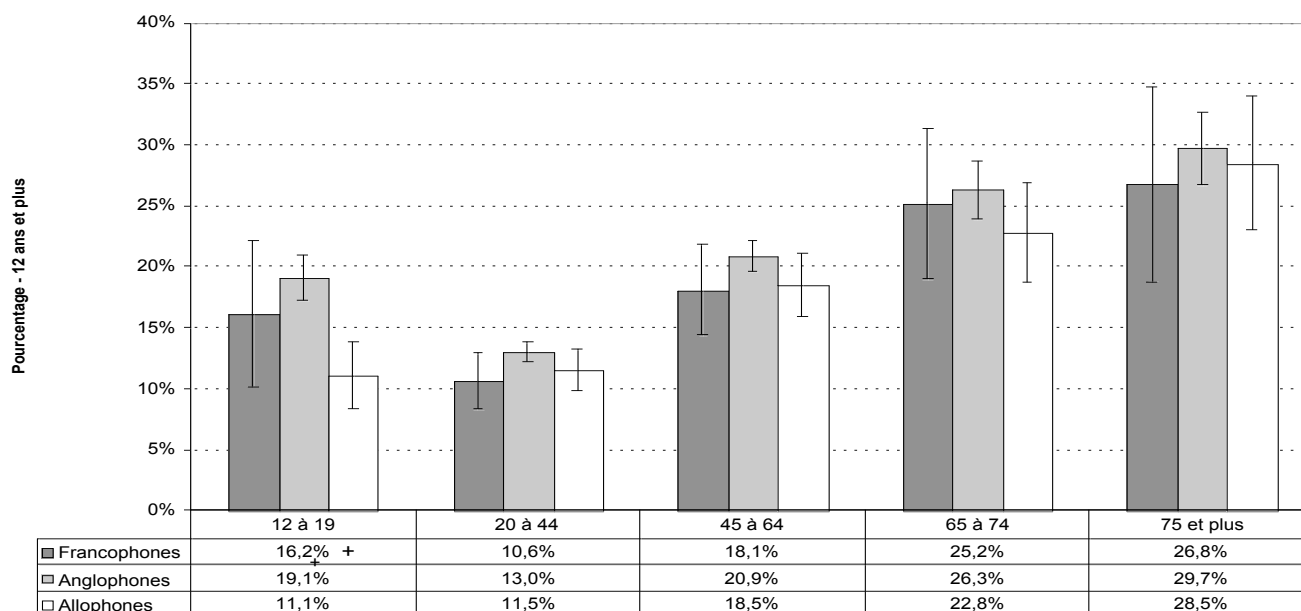
La tendance générale est un peu la même chez les francophones où c'est aussi dans les groupes plus âgés que se trouvent les proportions les plus importantes de personnes très attachées à leur communauté (75 ans et plus, 27 % ; 65 à 74 ans, 25 %), et c'est chez les plus jeunes que l'on retrouve le moins ce sentiment, la plus petite proportion s'observant chez les 20 à 44 ans (11 %).

Le niveau de revenu n'a aucune influence sur le sentiment d'appartenance à la communauté tant pour les francophones que pour les deux autres groupes sociolinguistiques. Quant au niveau de scolarité, il n'y a pas, là non plus, de différence entre les catégories chez les francophones et les allophones ; par contre, chez les anglophones on peut signaler que les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires sont plus enclines à déclarer un certain attachement à leur communauté.

Finalement, dans l'ensemble de la population ontarienne, c'est dans les foyers où il n'y a pas de jeunes enfants à la maison (18 %), comparativement aux autres familles (13 %), que se trouvent davantage les personnes affichant un fort sentiment d'appartenance — donnée que l'on doit comprendre en relation avec les groupes d'âge — alors que, chez les francophones, on ne note aucune différence significative entre les deux types de familles.

Une comparaison entre les régions, pour la population dans son ensemble, fait voir que c'est dans le Nord

**Figure 5.7 – Fort sentiment d'appartenance à la communauté selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note: + Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la statistique de la santé, Université de la Santé et des Services sociaux de l'Ontario

que l'on constate le plus fort attachement à sa communauté (23 %), comparativement à l'Est (19 %) et au Sud (17 %). La distribution est semblable en ce qui a trait aux francophones, à l'exception du fait qu'il n'y a de différence significative qu'entre le Nord (20 %) et l'Est (14 %). En examinant les résultats de plus près, on remarque que le Nord-Est (21 %) marque le pas, à ce propos, sur Est-Champlain (13 %).

Si, par ailleurs, on regroupe les non-francophones et qu'on les compare aux francophones, on constate que, dans l'ensemble, il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait à un attachement fort à sa communauté, mais qu'il y a une légère différence quant au faible sentiment d'appartenance (francophones, 43 % ; non-francophones, 40 %). Un regard selon les régions montre cependant que les francophones affichent une plus grande proportion d'individus n'éprouvant qu'un faible attachement à leur communauté dans l'Est (francophones, 45 % ; non-francophones, 37 %) et dans le Sud (francophones, 47 % ; non-francophones, 41 %).

## 5.4 Réalités des francophones

Le bilan de cette analyse nous fait voir que les francophones en Ontario sont, en proportion, plus nombreux que les anglophones à se percevoir en moins bonne santé et qu'ils obtiennent un score plus faible sur l'indice de l'état de santé fonctionnel. Et cela est vrai particulièrement pour les femmes, les personnes plus âgées, celles qui ont un faible revenu et un niveau peu élevé de scolarité. En soi, ces données sont peu surprenantes, compte tenu de ce que les études antérieures avaient déjà démontré. Par contre, ce qui l'est davantage c'est que l'écart soit demeuré le même entre les deux groupes sociolinguistiques depuis le dernier rapport. Cela montre sans équivoque, si besoin était, que, non seulement les francophones en contexte minoritaire vivent une situation spécifique avec laquelle les preneurs de décision doivent apprendre à composer, mais surtout que plus de ressources de santé et éducationnelles doivent leur être affectées.

Comme pour tout autre groupe, ce sont les conditions de vie des francophones qui déterminent leur « capital santé » : environnement, niveau de scolarité, accès aux services dans leur langue, etc. Pour que soient transformés de façon significative les écarts entre les deux groupes, il faut d'abord travailler à améliorer l'ensemble de ces conditions pour les francophones, et de façon permanente.

En ce qui a trait aux limitations dans la vie quotidienne, on a pu constater que la proportion de personnes qui en souffrent s'est accrue dans toute la population ontarienne, mais que c'est chez les francophones qu'elle est la plus élevée. De façon plus précise, rappelons qu'il y a, proportionnellement, plus de femmes âgées francophones qui ont des limitations d'activités, plus d'hommes francophones ainsi que de francophones de 45 à 64 ans qui signalent avoir besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne. Ajoutons à cela le fait que le pourcentage de francophones qui ont fait quelque chose pour améliorer leur santé dans les douze mois précédant l'enquête est similaire à celui des anglophones ; on ne peut donc parler d'un moindre investissement de leur part à ce sujet.

Par ailleurs, on constate que les francophones semblent un peu moins attachés à leur communauté que les autres groupes en Ontario. Encore faudrait-il bien comprendre de quelle « communauté » l'on parle. Sans définition précise, en quoi est-on certain que, telle que formulée, la question de l'appartenance à la communauté renvoie, au niveau linguistique et culturel, aux mêmes symboliques sociales au sein des groupes francophone et anglophone? D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre cet aspect de la question ainsi que le lien entre culture et santé. Comme le souligne Anne Leis : « Les traits personnels et communautaires des francophones forment [...] une sorte de microculture qui interagit avec les dimensions relationnelles, systémiques et contextuelles : vision de la santé et du bien-être, attitudes et croyances, culture de la santé, systèmes alternatifs ou complémentaires aux niveaux individuel et communautaire<sup>11</sup> ».

En définitive, la population francophone est une population vieillissante qui a une configuration particulière et des caractéristiques spécifiques qui nécessitent d'être à la fois reconnues et prises en compte.

### **En bref...**

- On n'observe que peu de changements dans la perception de la santé chez les individus entre 1996 et 2001 : en 2001 comme en 1996, une proportion plus faible de francophones que d'anglophones voient leur état de santé comme étant très bon ou excellent.
- Chez les francophones, comme dans la population en général, la qualité de santé perçue est décroissante avec l'âge après 44 ans.
- Chez les personnes plus âgées, une beaucoup plus grande proportion d'anglophones que de francophones perçoivent leur état de santé comme étant très satisfaisant.
- À l'échelle de la province et chez les francophones, la relation entre niveau de revenu et perception de la santé se maintient en 2000-2001 et l'écart est le même que lors de l'ESO 1996-1997 : plus le revenu est élevé, plus une personne perçoit son état de santé comme très bon ou excellent.
- La proportion de personnes de 12 ans et plus qui ont eu besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne a augmenté de façon significative depuis 1996-1997, dans les trois groupes sociolinguistiques, et c'est chez les francophones qu'elle est la plus élevée.
- Les femmes sont plus enclines que les hommes à signaler avoir besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne et c'est chez les femmes francophones que le taux en est le plus élevé.
- Les personnes à faible revenu, de tous les groupes sociolinguistiques, ont plus besoin d'aide pour les activités quotidiennes que celles à revenu moyen ou supérieur.

## En bref... (suite)

- Plus de la moitié des francophones disent avoir fait « quelque chose » (activités physiques ou sport, perte de poids, transformation de leur alimentation), pour améliorer leur santé au cours de l'année précédant l'enquête, et les femmes sont plus enclines à être proactives que les hommes.
- Les francophones sont plus portés à indiquer qu'ils ont un sens d'appartenance faible à leur communauté que les anglophones.
- Parmi les francophones, c'est chez les gens du Nord-Est et auprès des personnes âgées que se trouvent les plus grandes proportions de personnes manifestant un fort sentiment d'appartenance à leur communauté.

## Références

<sup>1</sup>. L'indice de l'état de santé (HUI : *Health Utility Index*) est une mesure générique de l'état de santé fonctionnel destinée à évaluer les aspects à la fois quantitatif et qualitatif de la vie, au moyen de scores allant de 0,0 (pire état de santé, décès) à 1,0 (meilleur état de santé, parfaite santé). Le HUI fournit une description de la santé fonctionnelle générale du sujet à la lumière de huit attributs : vision, audition, élocution, mobilité (aptitude à se déplacer), dextérité (usage des mains et des doigts), cognition (mémoire et pensée), émotion (sentiments), douleurs et malaise. Les scores de 0,8 à 1 représentent l'état de santé fonctionnel très bon ou parfait.

<sup>2</sup>. État de santé : dans l'ESCC 2000-2001, les répondants de 12 ans et plus devaient dire si, de manière générale, ils jugeaient leur état de santé comme étant excellent, très bon, bon, passable ou mauvais. Il s'agit de la même variable que celle de l'ESO 1996-1997. Aux fins de comparaison, la variable a été recodée de la même manière : 1) élevé = excellent et très bon, 2) moyen = bon, et 3) bas = passable et mauvais.

<sup>3</sup>. Tel que mesuré par les huit indicateurs retenus dans l'indice de l'état de santé (HUI).

<sup>4</sup>. AVQ : avoir besoin d'aide pour l'accomplissement d'au moins une activité domestique quotidienne (préparer les repas, accomplir les tâches ménagères, faire les courses ou autres nécessités), pour les soins personnels (se laver, s'habiller, manger, se déplacer dans la maison) ou pour de gros travaux d'entretien.

<sup>5</sup>. Putnam R. (2001), « Mesure et conséquences du capital social », ISUMA, *Revue canadienne de recherche sur les politiques*, vol. 2, n°1, printemps (www.isuma.net, consulté le 6 juin 2005) ; Santé Canada (2003), *Le capital social comme déterminant de la santé : comment le définir?* Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, no de catalogue H13-5/02-7F-IN, www.hc-sc.gc.ca (consulté le 7 juin 2005).

<sup>6</sup>. Statistique Canada (2004), *Enquête sociale générale de 2003 sur l'engagement social, cycle 17 : un aperçu des résultats*, no de catalogue 89-598-XIF2003001, www.statcan.ca (consulté le 30 mai 2005).

<sup>7</sup>. ISUMA, *Revue canadienne de recherche sur les politiques* (2001), « Le capital social, Éditorial », vol. 2, n°1, printemps, www.isuma.net (consulté le 30 mai 2005).

<sup>8</sup>. Statistique Canada (2004), *Enquête sociale générale de 2003*.

<sup>9</sup>. Les répondants devaient identifier leur choix à partir d'une échelle à quatre niveaux : « très fort », « assez fort », « assez faible », « très faible ». Pour les fins de l'analyse, les catégories « assez faible » et « faible » ont été recodées en une seule valeur : « faible ».

<sup>10</sup>. Statistique Canada (2004), *Enquête sociale générale de 2003*.

<sup>11</sup>. Leis, Anne (2005) « Santé, langue et culture » dans *La recherche : un levier pour améliorer la santé* 1er Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, Secrétariat national du CNFS, 36.

# Chapitre 6

## Problèmes de santé chroniques et blessures

France Gélinas, Centre de santé communautaire de Sudbury  
Denise Gauthier-Frohlick, Unité de recherche en oncologie, Programme régional  
de cancérologie de l'Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital

### 6.1 Problèmes de santé chroniques

Au Canada et en Ontario, les **problèmes de santé chroniques** sont la principale cause d'invalidité, de mortalité prématurée et de morbidité<sup>1</sup>. Parmi ces problèmes, on retrouve l'asthme, la bronchite chronique, l'emphysème, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques, les accidents cérébraux vasculaires, les blessures graves et le cancer. De même, plusieurs autres problèmes de santé peuvent devenir chroniques<sup>2</sup>.

De nombreux facteurs de risque sont communs à plusieurs maladies chroniques, tels l'obésité, l'inactivité, la mauvaise alimentation et l'usage du tabac. Plusieurs campagnes de promotion visent à modifier ces facteurs de risque. Par exemple, la campagne « En mouvement...notre santé en dépend ! » a pour but d'élargir la sphère de l'activité physique au delà de la responsabilité personnelle exclusivement<sup>3</sup>. Ces campagnes visent à atteindre les objectifs fixés par Cancer 2020, tels qu'ils ont été établis par Action Cancer Ontario, par la Société canadienne du cancer et par d'autres organismes canadiens et ontariens<sup>4</sup>. Environ 50 % des cancers peuvent être prévenus par une réduction des facteurs de risque connus<sup>5</sup>.

Il ne faut pas négliger d'autres facteurs qui influencent la santé de la population, comme le niveau de revenu, la situation sociale, les réseaux de soutien social, le

niveau d'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social et physique, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles, le développement sain durant l'enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture. Ces facteurs sont interreliés, mais chacun d'entre eux a son importance<sup>6</sup>.

Une bonne alimentation, l'activité physique et le maintien d'un poids santé comptent parmi les meilleurs moyens de réduire le risque de maladies chroniques. Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et le *Guide d'activité physique canadien* sont de bonnes sources de renseignements mis à la portée de tous<sup>7</sup>.

Il est important de souligner que les taux utilisés dans la présentation des données de ce chapitre ne sont pas basés sur des taux d'hospitalisation ou de mortalité, mais sur l'auto-signallement. Les participants devaient identifier s'ils souffraient de problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé. De plus, l'ESCC 2000-2001 ne touche pas les institutions ni les établissements de soins de longue durée. Chaque section présentera une comparaison avec l'ESO 1996-1997.

#### 6.1.1 La bronchite chronique et l'emphysème

L'ESCC 2000-2001 demandait aux personnes âgées de 30 ans et plus si elles souffraient de **bronchite chronique**, d'**emphysème** ou de maladie pulmonaire

#### Terminologie

**Problèmes de santé chroniques** : Un état physique qui dure depuis 6 mois ou dont la durée est de 6 mois ou plus.

**Bronchite chronique et emphysème**: Proportion de la population âgée de 30 ans et plus qui a déclaré souffrir de la bronchite chronique ou d'emphysème selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.

**Tableau 6.1 – Problèmes de santé chroniques selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**

| PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE                                       | ONTARIO                |                         | FRANCOPHONES            |                         | ANGLOPHONES          |                         | ALLOPHONES              |                         |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                                                    | 1996 - 1997            | 2000 - 2001             | 1996 - 1997             | 2000 - 2001             | 1996 - 1997          | 2000 - 2001             | 1996 - 1997             | 2000 - 2001             |
| Cancer                                                             | 1,6 %<br>(1,4 – 1,8)   | 1,9 %<br>(1,7 – 2,1)    | 1,8 %<br>(1,1 – 2,5) *  | 2,3 %<br>(1,6 – 3)      | 1,7 %<br>(1,5 – 1,9) | 1,9 %<br>(1,7 – 2,1)    | 1,3 %<br>(1,0 – 1,6)    | 1,7 %<br>(1,4 – 2,1)    |
| Maladies cardiaques                                                | 4,2 %<br>(4,0 – 4,)    | 5,3 %<br>(5,0 – 5,6)    | 5,4 %<br>(4,2 – 6,6)    | 6,6 %<br>(5,5 – 7,7)    | 4,1 %<br>(3,8 – 4,4) | 5,1 %<br>(4,8 – 5,4)    | 4,1 %<br>(3,6 – 4,6)    | 5,5 %<br>(4,8 – 6,3)    |
| Accidents cérébraux vasculaires                                    | 1,0 %<br>(0,9 – 1,1)   | 1,1 %<br>(1,0 – 1,3)    | 1,1 %<br>(0,5 – 1,7) *  | 1,1<br>(0,6 – 1,6)      | 1,0 %<br>(0,9 – 1,1) | 1,1 %<br>(1,0 – 1,3)    | 1,0 %<br>(0,7 – 1,3)    | 1,2 %<br>(0,8 – 1,6)*   |
| Bronchite / emphysème                                              | 2,8 %<br>(2,6 – 3,0)   | 0,7<br>(0,6-0,8)*       | 4,6 %<br>(3,5 – 5,7)    | 1,0 %<br>(0,4 - 1,5 )*  | 1,0 %<br>(2,8 – 3,2) | 0,8 %<br>(0,7 – 1,0)    | 1,5 %<br>(1,2 – 1,8)    | 0,3 %<br>(0,1 - 0,4)*   |
| Diabète                                                            | 3,2 %<br>(3,0 – 3,4)   | 4,3 %<br>(4,0 – 4,5)    | 3,4 %<br>(2,5 – 4,3)    | 5,0 %<br>(4,0 – 6,0)    | 3,1 %<br>(2,9 – 3,3) | 4,1 %<br>(3,8 – 4,4)    | 3,8 %<br>(3,3 – 4,3)    | 4,5 %<br>(3,8 – 5,3)    |
| Hypertension                                                       | 10,1 %<br>(9,7 – 10,5) | 13,2 %<br>(12,7 – 13,7) | 11,2 %<br>(10,8 – 11,6) | 13,2 %<br>(11,7 – 14,7) | 9,5 %<br>(9,4 – 9,6) | 12,7 %<br>(12,2 – 13,3) | 12,1 %<br>(11,9 – 12,3) | 14,5 %<br>(13,3 – 15,6) |
| Les blessures graves limitant les activités de la vie quotidiennes | 9,2<br>(8,9- 9,5)      | 13,3%<br>(12,8 – 13,8)  | 8,9<br>(7,4- 10,4)      | 13,7%<br>(12,0 – 15,5)  | 10,1<br>(9,6- 10,6)  | 14,8%<br>(14,2 – 15,4)  | 10,9<br>(9,7- 12,1)     | 9,0%<br>(7,9 – 10,0)    |
| Asthme                                                             | 7,5 %<br>(7,2 – 7,8)   | 8,6 %<br>(8,2 – 8,9)    | 9,7 %<br>(8,2 – 11,2)   | 9,9 %<br>(8,4 – 11,4)   | 8,3 %<br>(7,9 – 8,7) | 9,9 %<br>(9,5 – 10,4)   | 3,8 %<br>(3,3 – 4,3)    | 4,5 %<br>(3,8 – 5,2)    |

\* Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.  
 Note : ( ) représente les intervalles de confiance à 95 %  
 Source : ESO 1996-1997, ESCC 2000 / 2001, Statistique Canada.

obstructive chronique. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre la proportion de francophones souffrant de bronchite chronique ou d'emphysème selon le diagnostic d'un professionnel de la santé et celle de l'ensemble de la population ontarienne ou celle des anglophones. Par contre, il y a une différence significative entre les francophones et les allophones (tableau 6.1) On ne peut pas faire de comparaison entre les deux enquêtes : les données de l'ESO 1996-1997 portent sur les personnes de 12 ans et plus alors qu'en 2000-2001, les réponses se rapportent aux personnes âgées de 30 ans et plus. Il est aussi important de noter qu'il est impossible d'effectuer une analyse sociodémographique détaillée étant donné la faible prévalence de ces problèmes.

### 6.1.2 L'hypertension artérielle (12 ans et plus)

Ce que l'on remarque immédiatement à la vue des données de 2000-2001, c'est l'augmentation significative de la proportion des personnes souffrant d'**hypertension artérielle** dans tous les groupes sociolinguistiques depuis 1996-1997. Par contre, contrairement à l'ESO 1996-1997, l'ESCC 2000-2001 montre qu'il n'y a plus de différence significative entre les groupes sociolinguistiques (tableau 6.1). Au niveau de la province, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir d'hypertension artérielle. Cette différence se retrouve aussi dans le groupe des anglophones ; malgré que la tendance soit la même pour les francophones et les allophones, la différence n'est pas significative.

#### Terminologie

**L'hypertension artérielle** : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré souffrir d'hypertension artérielle selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.

La proportion de personnes souffrant d'hypertension artérielle augmente avec l'âge, tant dans l'ensemble de la population ontarienne que chez les francophones et chez les autres groupes sociolinguistiques. L'ensemble de la population ontarienne, les anglophones et les francophones qui touchent un revenu moyen ou élevé sont moins susceptibles de faire de l'hypertension que ceux qui touchent un revenu faible. Pour l'ensemble comme pour tous les groupes sociolinguistiques, le taux d'hypertension est plus élevé chez les gens qui ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires que chez ceux qui ont un diplôme collégial ou universitaire.

### 6.1.3 L'asthme

Contrairement à 1996-1997, la prévalence de l'**asthme** en 2000-2001 n'est pas plus forte chez les francophones que dans l'ensemble de la population ontarienne et ce, bien qu'un francophone sur 10 affirme souffrir de l'asthme (tableau 6.1). Ceci semble être dû au fait qu'il y a une petite, mais significative, augmentation dans la prévalence de l'asthme dans l'ensemble de la population ontarienne. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes (9,6 %) et les femmes francophones (10,1 %), contrairement aux anglophones et à l'ensemble de la population ontarienne.

Dans l'ensemble de la population et chez les anglophones, le taux de personnes souffrant d'asthme est plus élevé chez les jeunes de 12 à 19 ans que dans les autres groupes d'âge. Chez les francophones, on remarque la même tendance, mais elle n'est pas significative. Dans l'ensemble de la population ontarienne, les personnes qui ont un faible revenu ou qui ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires sont plus susceptibles de souffrir d'asthme que celles qui ont un revenu plus élevé ou qui ont un diplôme collégial ou universitaire. On note des tendances semblables chez les francophones, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

### 6.1.4 Le diabète

Il n'y a pas eu de changement significatif entre l'ESO 1996-1997 et l'ESCC 2000-2001 au niveau de la prévalence du **diabète** chez les francophones, contrairement à l'ensemble de la population ontarienne et aux anglophones qui ont connu une petite hausse significative (tableau 6.1). Il y a une plus grande proportion d'hommes (4,7 %) que de femmes (3,9 %) qui souffrent de cette maladie en Ontario, mais de tous les groupes sociolinguistiques, seuls les anglophones montrent une différence significative.

Il y a une tendance générale et significative vers l'augmentation du taux de diabète avec le vieillissement pour chacun des groupes sociolinguistiques ainsi que pour l'ensemble de la population ontarienne. Il y a une plus grande prévalence du diabète chez ceux dont le revenu est plus faible que chez ceux qui ont un revenu moyen ou élevé, tant dans l'ensemble de la population ontarienne, que chez les anglophones. La tendance se maintient, mais les différences ne sont pas significatives chez les francophones.

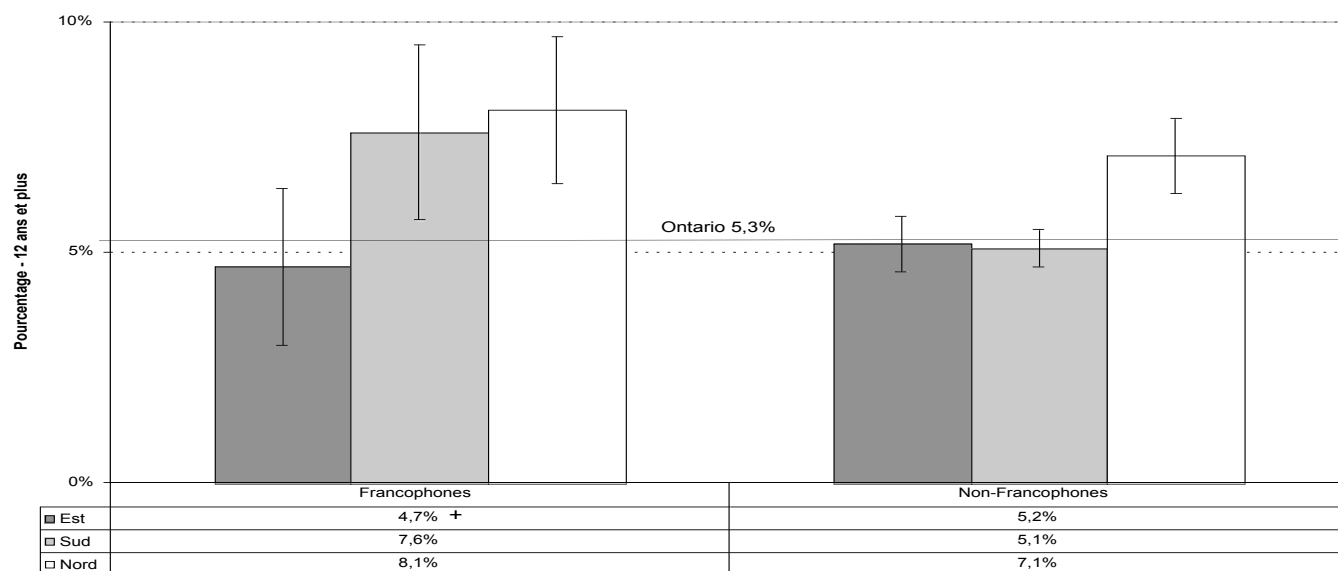
La prévalence du diabète est plus élevée de façon significative chez les francophones qui ont moins qu'un diplôme d'études secondaires (6,7 %) comparativement à ceux qui ont un diplôme d'études secondaires (2,9 %), mais non à ceux qui ont un diplôme collégial ou universitaire. Ceci dépend en partie du faible taux de scolarisation de la population âgée et du lien entre le diabète et l'âge. Pour l'ensemble de la population ontarienne et pour les deux autres groupes sociolinguistiques, la différence se maintient entre les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et celles qui ont une scolarité plus élevée.

Il n'y a pas de différence significative dans la prévalence du diabète chez les francophones comparativement aux non-francophones par région.

### Terminologie

**Asthme** : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré souffrir d'asthme selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.  
**Diabète** : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré souffrir de la diabète selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.

**Figure 6.1 – Maladies cardiaques chez les 12 ans et plus selon la région – population francophone et population non francophone, 2000-2001**



### 6.1.5 Les maladies cardiaques

La proportion de francophones vivant avec des **maladies cardiaques** ne diffère pas de celle de l'ensemble de la population ontarienne, mais elle est plus élevée, et de façon significative, que celle des anglophones (tableau 6.1). Depuis l'ESO 1996-1997, il y a eu une augmentation significative du taux de maladies cardiaques en Ontario, de 4,2 % à 5,3 %. On retrouve la même tendance chez les francophones, mais les différences ne sont pas significatives.

Comme pour l'ensemble de la population, il n'y a pas de différence entre le pourcentage d'hommes francophones (6,2 %) et de femmes francophones (7,0%) vivant avec une maladie cardiaque. Par contre, il y a une différence significative entre la proportion

de femmes francophones vivant avec une maladie cardiaque (7,0%) et celle des femmes anglophones (4,8 %). Le taux de maladies cardiaques est différent de façon significative entre chaque groupe d'âge pour tous les groupes sociolinguistiques. Le taux augmente avec l'âge. Des différences régionales existent (figure 6.1). La population vivant dans le Nord a une proportion de maladies plus élevée que celle du Sud ou de l'Est et la différence est significative. Quant aux francophones, ceux de Est-Champlain (4,8 %) ont un taux moins élevé que ceux du Nord-Est (8,4 %).

### 6.1.6 Les accidents cérébraux vasculaires

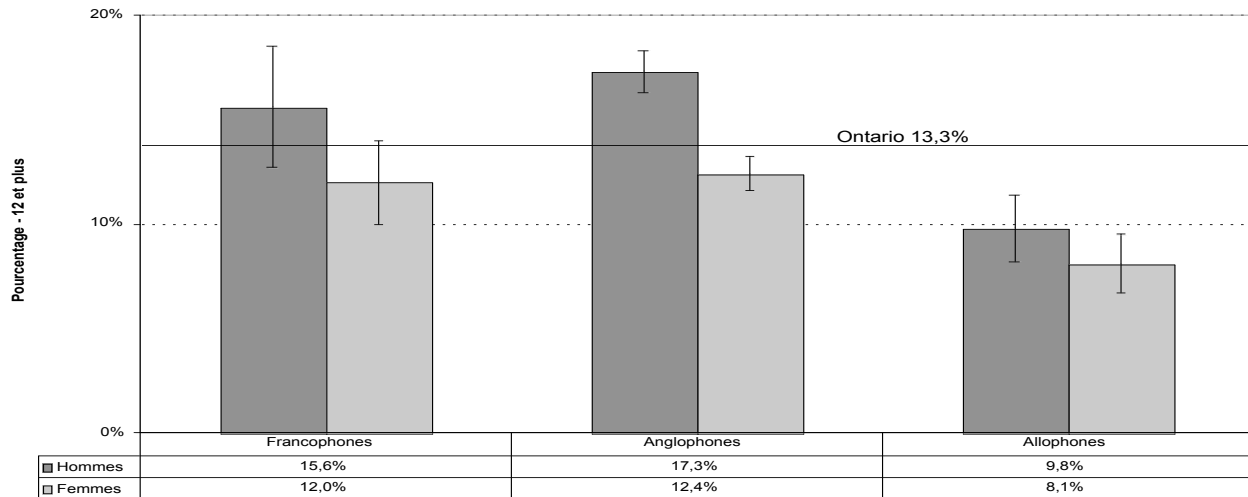
Le taux d'**accidents cérébraux vasculaires** (ACV) chez les francophones ne diffère pas du taux.

### Terminologie

**Maladies cardiaques:** Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré souffrir d'une maladie cardiaque selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.

**Accidents cérébraux vasculaires :** Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré avoir subi un accident cérébral vasculaire selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.

**Figure 6.2 – Blessures graves selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

provincial ou de celui des autres groupes sociolinguistiques (tableau 6.1). Aucun changement n'a été noté dans le taux depuis l'ESO 1996-1997.

### 6.1.7 Les blessures graves limitant les activités de la vie quotidienne

Il n'y a pas de différence significative entre le taux de francophones qui ont subi une **blessure grave limitant les activités de la vie quotidienne** dans les douze derniers mois et celui des anglophones ou celui de l'ensemble de la population ontarienne; seuls les allophones se distinguent des autres groupes sociolinguistiques. On note toutefois une augmentation importante du taux de blessures depuis 1996-1997 chez les anglophones, les francophones et dans l'ensemble de la population ontarienne; le taux des francophones est passé de 9 % à 13,7 %. Dans l'ensemble de la population ontarienne et chez les anglophones, la proportion des hommes est plus élevée que celle des femmes et la différence est significative. (figure 6.2)

Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les hommes francophones (15,6 %) et les femmes francophones (12,0 %) qui ont subi une blessure grave limitant les activités de la vie quotidienne. De plus, les jeunes francophones (12 à 19 ans) sont ceux qui ont le plus haut taux de blessures graves (29,5 %). Il n'y a pas de différence significative entre les régions.

### 6.1.8 Le cancer

Les personnes âgées de 12 ans et plus qui souffrent de **cancer** représentent 1,9 % de l'ensemble de la population ontarienne et le taux des francophones, à 2,3 %, ne diffère pas significativement du taux provincial. De plus, le taux de cas de cancer est demeuré stable de 1996-1997 à 2000-2001 pour tous les groupes sociolinguistiques et pour la province en général (tableau 6.1). On remarque aussi qu'il n'y a aucune différence significative entre le taux de cancer des hommes et celui des femmes, tant sur le plan provincial que chez les francophones. La proportion de

### Terminologie

**Blessure grave limitant les activités de la vie quotidienne** : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré avoir subi une blessure grave limitant les activités de la vie quotidienne au cours des douze mois précédant l'enquête.

**Cancer** : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui a déclaré souffrir du cancer selon le diagnostic d'un professionnel de la santé.

l'ensemble de la population ontarienne chez qui on a diagnostiqué un cancer dans les douze derniers mois augmente généralement avec l'âge. Comme cette recherche est limitée à cause du petit nombre de cas, on ne peut pas faire d'analyse sur les divers types de cancer en rapport avec le statut économique et le niveau de scolarité. Les analyses régionales sont aussi limitées. On observe un taux de cancer plus élevé dans le Nord de la province, mais on ne peut pas faire une analyse fiable par groupes sociolinguistiques.

## 6.2 Réalités des francophones

Bien qu'en 1996-1997, les francophones montraient une prévalence significativement plus élevée pour plusieurs maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle et l'asthme, ces différences ne sont plus significatives en 2000-2001. Pour plusieurs de ces éléments, l'échantillon est très petit. Dans le cas de l'asthme, l'explication ne se trouve pas dans une amélioration du taux chez les francophones, mais semble plutôt se trouver dans une augmentation du taux de l'ensemble de la population ontarienne.

Bien qu'ils ne se démarquent en aucune façon du reste de la population au sujet des accidents cérébraux vasculaires (ACV), les francophones vivant avec les effets d'un ACV se heurtent à des barrières de taille lorsqu'il s'agit de traitement.

Étant donné la pénurie de personnel de réadaptation capable d'offrir des services en français, les traitements laissent sévèrement à désirer, ce qui a des conséquences importantes sur le niveau d'invalidité des clients francophones et sur leur qualité de vie.

Malgré l'absence de différences significatives chez les francophones, l'augmentation de certains taux est inquiétante, que l'on pense à celui pour les blessures graves limitant les activités de la vie quotidienne et à celui de l'hypertension artérielle.

Pour plusieurs de ces éléments, l'échantillon est très petit. Il serait intéressant de suivre la progression des maladies chroniques afin d'étudier les variations de façon longitudinale, surtout à la lumière des efforts qui sont faits afin de promouvoir des pratiques saines et d'influencer les habitudes de vie telles que l'usage du tabac, l'activité physique, le poids santé et la nutrition.

### En bref...

- En général, il n'y a pas de différence significative entre les taux de maladies chroniques et de blessures entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne.
- Il y a une augmentation significative de la proportion de personnes souffrant d'hypertension dans tous les groupes sociolinguistiques depuis 1996-1997.
- Il y a une plus grande proportion de francophones que d'anglophones qui souffrent de maladies cardiaques.
- Les femmes francophones sont plus portées à souffrir de maladies cardiaques que les femmes anglophones.
- La population vivant dans le Nord a une proportion plus élevée de maladies cardiaques que celle du Sud ou de l'Est de la province.
- Depuis 1996-1997, il y a une augmentation significative de la proportion de francophones qui ont subi une blessure grave dans les douze derniers mois.
- Contrairement à l'ensemble de la population ontarienne, il n'y a pas de différence significative entre le taux de blessures chez les hommes et chez les femmes francophones.
- On ne retrouve aucune différence significative dans le taux de cancer entre l'ESO 1996-1997 et l'ESCC 2000-2001 ; il n'y en a pas non plus entre les francophones, les anglophones et les allophones.

---

## Références

- <sup>1</sup>. Ministère de la Santé de l'Ontario (1997), *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*.
- <sup>2</sup>. Ministère de la Santé, Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (ACAPC) (2002), *Rapport de l'atelier national sur les recommandations pour la pratique clinique en cancérologie (13-15 septembre 2002)*,
- <sup>3</sup>. Northeastern Ontario Regional Provider Network (2005), *Cancer Prevention Screening Early Detection*. Voir aussi Action Cancer Ontario, *Targeting Cancer: An Action Plan for Cancer Prevention and Detection* (Cancer 2020).
- <sup>4</sup>. Agence de santé publique du Canada (2001), *Stratégie canadienne contre le cancer*. Voir aussi : Hudson, A.R. (2001), *Rapport du comité de mise en oeuvre des services de lutte contre le cancer*, 2001; Ministère de la Santé, Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (ACAPC) (2002), *Rapport de l'atelier national*; et  
Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (ACAPC) (2002), *Un système de prévention du cancer pour le Canada*.
- <sup>5</sup>. Action Cancer Ontario (2004), *Plan pour la lutte contre le cancer en Ontario 2005-2008 : Qualité de pointe, responsabilité et innovation à travers tout le système de cancérologie de l'Ontario (résumé)*. Voir aussi : [www.cancercare.on.ca](http://www.cancercare.on.ca) (consulté le 9 janvier 2005).
- <sup>6</sup>. Ministère de la Santé, Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (ACAPC) (2002), *Rapport de l'atelier national*.
- <sup>7</sup>. Société canadienne du cancer (2004), *Bien s'alimenter lorsque l'on a le cancer : Guide pratique*. Voir aussi : Société canadienne du cancer (2004), *Bien manger et être actif – Ce que vous pouvez faire* et [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca) (consulté le 9 janvier 2005).



# Chapitre 7

## Santé mentale

**Isabelle Michel, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
en collaboration avec Johanne Levesque, Ambire SI Inc.,  
pour le programme de REDSP, Santé publique Ottawa**

---

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, « la santé mentale est un état d'équilibre psychique et émotionnel qui fait que nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de faire face aux exigences de la vie. Pour ce faire, tous les aspects de notre vie (social, physique, spirituel, économique et mental) doivent être en harmonie<sup>1</sup> ». En effet, la santé mentale est aussi importante que la santé physique et y est reliée<sup>2</sup>.

Les troubles de santé mentale touchent directement ou indirectement toute la population canadienne et ont un effet important sur les relations, l'éducation, la productivité et la qualité de vie. Elles touchent des personnes de tous les âges, de toutes les professions, de toutes les cultures et de tous les niveaux de scolarité et de revenu. Ces maladies représentent un lourd fardeau financier pour la personne, la famille, le système de soins de santé et la société<sup>3</sup>.

Les troubles de santé mentale peuvent se manifester par plusieurs comportements tels que la difficulté à accomplir les activités quotidiennes, un niveau de stress élevé, l'isolement, la violence familiale, les agressions sexuelles, la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites, les tentatives de suicide et le suicide<sup>4</sup>.

Bien que les troubles de santé mentale résultent d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, de personnalité et d'environnement, ils peuvent être traités efficacement et ils peuvent souvent être prévenus. D'après Santé Canada (2002), la plupart des personnes atteintes de trouble de santé mentale sont traitées dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital,

et plusieurs ne sont pas traitées du tout par le système de soins de santé.

Ce chapitre se penche sur deux variables reliées à la santé mentale, les consultations professionnelles et la dépression, ainsi que deux variables reliées au stress au travail, soit l'évaluation personnelle du stress au travail et la latitude de décision. Il est à noter que bien que les deux premières variables étaient incluses dans l'Enquête sur la santé de l'Ontario, 1996-1997 (ESO 1996-1997), les deux dernières se sont ajoutées à l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001 (ESCC 2000-2001).

### 7.1 Consultations professionnelles

---

L'utilisation des services et des ressources se réfère en particulier à l'hospitalisation, à la consultation personnelle ou par téléphone avec un professionnel, aux groupes de soutien ou de discussion sur Internet, aux groupes d'entraide ou aux lignes d'aide téléphonique<sup>5</sup>.

L'Association canadienne pour la santé mentale estime que seulement 32 % des personnes qui indiquent avoir des sentiments ou des symptômes associés aux troubles mentaux ou à la toxicomanie consultent un professionnel de la santé, comme un psychiatre, un médecin de famille, un médecin spécialiste, un psychologue ou une infirmière, soit en personne ou par téléphone<sup>6</sup>.

Bien qu'elles atteignent les personnes de tout âge, « la plupart des maladies mentales apparaissent à

l'adolescence ou au début de la vie adulte. Elles affectent la réussite scolaire, les possibilités et les succès professionnels ainsi que la formation et la nature des relations personnelles. L'effet dure toute la vie<sup>7</sup> ». Malheureusement, les adolescents et les jeunes adultes sont les moins susceptibles d'utiliser une forme quelconque de service ou de ressource<sup>8</sup>. Ces statistiques alarmantes sont dues à la stigmatisation rattachée aux troubles de santé mentale et au manque de connaissances et de sensibilisation<sup>9</sup>.

### 7.1.1 Étude provinciale antérieure

Selon le premier *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, la proportion des francophones qui avaient consulté un professionnel de la santé mentale (8 %) se révélait légèrement supérieure à celle des non-francophones (6 %). Cette différence était non significative lorsque comparée aux anglophones et significative lorsque comparée aux allophones. Une plus forte proportion de femmes que d'hommes francophones consultaient des professionnels de la santé mentale et les femmes francophones semblaient davantage souffrir de dépression que les hommes francophones.

Il est à noter que ce rapport comprenait les résultats d'un index de soutien social qui ont montré que le soutien social était moins élevé chez les francophones que chez les anglophones. Malheureusement, les résultats de cet index n'étaient pas disponibles en 2000-2001.

### 7.1.2 Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne 2000-2001

En Ontario, 8 % des personnes de 12 ans et plus ont indiqué avoir **consulté un professionnel de la santé mentale** au sujet de leur santé émotive ou mentale au cours de l'année précédant l'enquête. La proportion des francophones est de 9,3 %. Cette différence n'est pas

significative comparativement aux anglophones (8,5 %), mais elle l'est lorsque comparée aux allophones (5,6 %).

Il est intéressant de noter que chez les francophones, le taux est semblable à celui de l'ESO 1996-1997, mais à l'échelle de la province, il y a eu une petite augmentation, en partie expliquée par une augmentation dans le taux de consultation de la population anglophone (de 7 % à 8,5 %).

Tout comme pour l'ensemble de la population ontarienne, un pourcentage nettement supérieur de femmes (13 %) que d'hommes francophones (6 %) (figure 7.1) affirment avoir consulté un professionnel au sujet de leur santé mentale. Parmi les femmes, le pourcentage des usagers de services professionnels est significativement plus élevé chez les francophones et chez les anglophones (11 %) que chez les allophones (8 %).

Chez les francophones, le groupe d'âge qui a la plus forte proportion de personnes ayant consulté un professionnel de la santé mentale est celui des 20 à 44 ans (12 %) suivi des 45 à 54 ans (9 %) et ces deux derniers groupes d'âge sont significativement plus élevés que les 65 à 74 ans (3 %). La même tendance existe dans l'ensemble de la province. En raison du petit échantillon, on ne peut calculer la proportion des francophones âgés de plus de 75 ans.

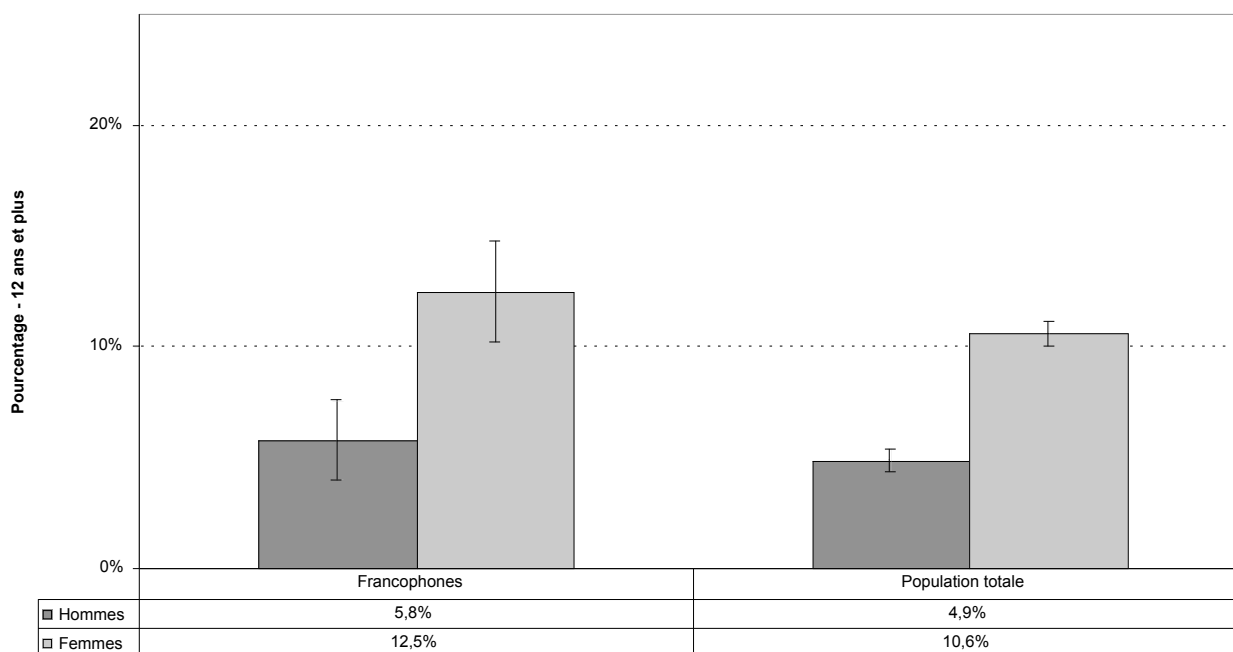
À l'échelle de la province, une proportion significativement plus élevée de personnes de 12 ans et plus ayant un faible revenu (12 %) affirment avoir consulté un professionnel comparativement aux personnes à revenu moyen ou élevé (8 %). Cette même tendance existe auprès des anglophones, mais il n'y a pas de différence significative pour les francophones et pour les anglophones selon le revenu. Il faut noter toutefois que l'échantillon est petit.

En ce qui a trait à la scolarisation, pour l'ensemble de la population ontarienne, il y a une faible différence significative entre les personnes sans diplôme d'études secondaires (6 %), comparativement à celles détenant

#### Terminologie

**Consulté un professionnel de la santé mentale** : Proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont consulté un professionnel de la santé pour leur santé émotionnelle ou mentale.

**Figure 7.1 – Consultation d'un professionnel de la santé mentale selon le sexe – population francophone et population totale, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

un diplôme collégial ou un grade universitaire (9 %). En raison du faible échantillon, les comparaisons au niveau des groupes sociolinguistiques sont limitées.

Au niveau régional, une proportion significativement plus élevée de la population de l'Est a consulté un professionnel de la santé mentale (9 %) comparativement à celle du Sud (8 %) et à celle Nord (8 %). Il y a une tendance semblable chez les francophones, cependant seulement l'Est (12 %) a une proportion significativement plus élevée que le Nord (7 %). Lorsque les données sont analysées selon les six régions, le taux de la région Est-Champlain (10 %) est significativement plus élevé que ceux du Nord-est (7 %) et du Centre (8 %). Chez les francophones, la différence n'existe qu'entre Est-Champlain (12 %) et le Nord-Est (7 %).

## 7.2 La dépression

La dépression se classe parmi les troubles de l'humeur. Les personnes dépressives se sentent sans valeur, tristes et vides au point où ces sentiments empêchent leur fonctionnement<sup>10</sup>. L'ESCC 2000-2001 se penche sur la **prévalence des épisodes dépressifs majeurs**<sup>11</sup>.

L'Agence de santé publique du Canada prévoit qu'une femme sur quatre et un homme sur huit éprouveront une dépression au cours de leur vie. Ces chiffres semblent avoir augmenté depuis les années 60. On prévoit qu'au niveau mondial, la dépression sera, d'ici à 2020, la principale cause d'incapacité<sup>12</sup>.

### Terminologie

**Prévalence des épisodes dépressifs majeurs:** Proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui ont vécu un épisode dépressif majeur au cours des douze mois précédant l'enquête. L'épisode dépressif majeur est une période de deux semaines ou plus durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités normales, associée à des symptômes tels qu'une réduction de l'énergie, un changement de sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer et un sentiment de culpabilité, de désespoir et des idées suicidaires.

## 7.2.1 Étude provinciale antérieure

Lors de l'ESO 1996-1997, le pourcentage de francophones ayant vécu une dépression était de 5 %, soit une différence significative par rapport aux non-francophones (4 %). Une différence significative existait également entre les femmes francophones (7 %) et les hommes francophones (3 %).

## 7.2.2 Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001

En 2000-2001, 8 % des francophones de 12 ans et plus ont vécu un épisode de dépression sérieuse au cours des douze mois précédant l'enquête. La différence entre la proportion de francophones ayant vécu un épisode de dépression et celle de l'ensemble de la population ontarienne (7 %) n'est pas significative. Il est à noter que la proportion de francophones et d'anglophones (8 %) est significativement plus élevée que celle des allophones (6 %).

La proportion des francophones ayant vécu un épisode de dépression majeure est significativement plus élevée en 2000-2001 qu'en 1996-1997. Cette tendance est la même pour l'ensemble de la population ontarienne et pour les groupes sociolinguistiques. Il est possible que cette augmentation soit en partie due au fait que, pour l'enquête de 2000-2001, Statistique Canada a utilisé le principe d'imputation pour fournir des réponses là où elles manquaient. Tout comme pour l'ensemble de la population de la province, une différence significative existe entre le taux de dépression des femmes francophones (12 %) et celui des hommes francophones (4 %). Les femmes francophones et anglophones (10 %) affirment avoir vécu un épisode de dépression majeure à un taux significativement plus élevé que les femmes allophones (8 %).

Comme c'est le cas pour la variable relative à l'usage des services des professionnels, le groupe d'âge vivant

le plus souvent un épisode dépressif majeur en Ontario est celui de 20 à 44 ans (9 %). La proportion est à son maximum à cet âge et diminue graduellement parmi les groupes d'âge plus élevés. La même tendance se manifeste pour tous les groupes sociolinguistiques incluant les francophones (12 à 19 ans, 9 %; 20 à 44 ans, 10 %; 45 à 64 ans, 8 %).

Aucune différence significative n'a été discernée dans le taux de dépression selon les régions géographiques.

## 7.3 Le stress au travail – évaluation personnelle

La plupart des adultes passent beaucoup de temps au travail; à part le foyer, le lieu de travail est le principal environnement dans lequel vivent les adultes. Il n'est donc pas surprenant que le travail puisse, pour le meilleur ou pour le pire, avoir une énorme influence sur la santé et le bien-être général<sup>13</sup>. En proportion croissante, la population canadienne considère son milieu de travail comme source majeure de stress (50 % en 2001-2002, comparativement à 39 % en 1997)<sup>14</sup>, d'où cette mesure : **le stress au travail – évaluation personnelle**.

### 7.3.1 Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne 2000-2001

Parmi les francophones âgés entre 20 et 64 ans et employés à temps plein, 38 % affirment avoir un niveau de stress élevé presque tous les jours au travail. Cette proportion n'est pas significativement différente lorsqu'on la compare à celles de l'ensemble de la population ontarienne (34 %), ou à celles des autres groupes sociolinguistiques.

Tout comme dans l'ensemble de la population ontarienne, les femmes francophones (44 %) sont plus portées à vivre un niveau élevé de stress presque tou

### Terminologie

**Stress au travail – évaluation personnelle:** Proportion des personnes âgées de 20 à 64 ans qui occupent un emploi à plein temps et qui disent ressentir un niveau élevé de stress au travail. Cette autoévaluation se rapporte à l'emploi principal de la personne et se réfère aux travailleurs qui travaillent habituellement 30 heures ou plus par semaine. Cette variable doit être considérée conjointement avec le stress au travail – latitude de décision.

les jours au travail comparativement aux hommes francophones (32 %). Cette différence est significative.

Bien que, dans l'ensemble de la population ontarienne, une proportion significativement plus élevée de personnes âgées de 45 à 64 ans (37 %) indique vivre un stress élevé au travail comparativement à celles âgées entre 20 et 44 ans (33 %), cette différence ne se répète pas parmi les francophones (39 % et 37 % respectivement).

Les francophones ayant un revenu moyen ou élevé (39 %) indiquent vivre significativement plus de stress au travail que les francophones à revenu faible (19 %). Cette même différence est observée à l'échelle de la province. Dans l'ensemble de la population ontarienne, il y a une proportion significativement plus élevée de personnes détenant un diplôme collégial ou universitaire qui affirment vivre un stress élevé au travail (38 %) comparativement à celles qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (28 %) et à celles qui en détiennent un (30 %). Une tendance semblable, mais non significative, est observée parmi les francophones (40 % et 29 % respectivement).

Aucune différence significative n'a été discernée quant au stress au travail selon les régions géographiques.

## 7.4 Le stress au travail – latitude de décision

Cette variable touche à la notion selon laquelle les travailleurs qui ont une latitude de décision plus élevée sont moins susceptibles de rapporter un niveau de stress élevé au travail<sup>15</sup> d'où son nom, le **stress au travail – latitude de décision**. Il est possible qu'un sens de maîtrise de soi ou d'une situation aide la personne à percevoir une situation comme étant moins stressante. D'après Williams (2003), les sources de stress au travail les plus communes sont le manque de temps ou une charge de travail accaparante<sup>16</sup>. D'autres sources incluent la peur de se blesser, les relations interpersonnelles pauvres avec les collègues

ou les superviseurs, ainsi que la peur de perdre son emploi<sup>17</sup>.

### 7.4.1 Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001

Plus de la moitié (58 %) des francophones âgés de 20 à 64 ans et employés à temps plein ont une latitude de décision élevée dans leur milieu de travail. Il n'y a aucune différence significative entre les francophones et les anglophones (62 %), ni entre les francophones et les allophones (51 %). Dans l'ensemble de la population ontarienne, une proportion significativement plus grande d'hommes (63 %) que de femmes (53 %) affirment avoir une latitude de décision élevée dans le milieu de travail. On observe la même différence chez les anglophones et les allophones. Parmi les francophones cependant, les femmes et les hommes indiquent tous deux les mêmes taux de latitude de décision élevée (58 %) (figure 7.2).

Chez les francophones tout comme dans l'ensemble de la population ontarienne, le groupe d'âge rapportant la plus haute proportion de personnes ayant une latitude de décision élevée est celui des 45 à 64 ans (65 %). Il n'est pas surprenant que, tout comme pour l'ensemble, plus de francophones à revenu moyen ou élevé (59 %) indiquent avoir une latitude de décision élevée lorsque comparé aux francophones à revenu faible (31 %). Cette différence est significative.

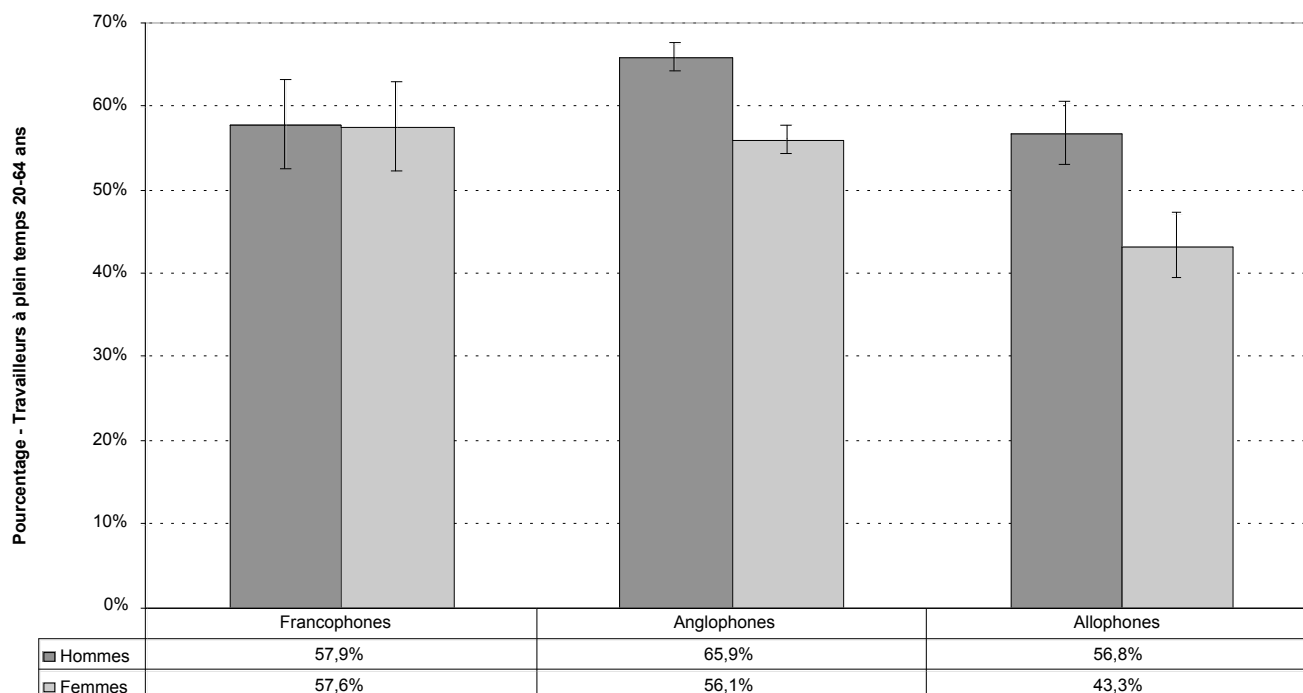
Des différences intéressantes émergent parmi les francophones sur le plan régional. Une proportion significativement inférieure de francophones du Nord (51 %) indiquent avoir une latitude de décision élevée comparativement aux francophones du Sud (64 %). Cette différence régionale n'existe pas chez les anglophones, ni dans l'ensemble de la population ontarienne.

Il n'y a pas de différence significative entre la proportion de francophones (58 %) et celle des non-francophones (59 %) qui indiquent une latitude

#### Terminologie

**Stress au travail – latitude de décision:** Proportion des personnes âgées de 20 à 64 ans qui occupent un emploi à plein temps et qui ont une latitude de décision élevée dans leur milieu de travail. Cette variable doit être considérée conjointement avec le stress au travail – évaluation personnelle.

**Figure 7.2 – Stress au travail – latitude de décision élevée selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

de décision élevée au travail. Une différence significative existe cependant dans le Nord entre les non-francophones (60 %) et les francophones (51 %) pour ce qui est de la latitude de décision élevée.

## 7.5 Réalités des francophones

Près d'un francophone sur dix a recours à un professionnel de la santé mentale et un peu moins d'un sur dix (8 %) a vécu un épisode dépressif majeur dans les douze mois précédant l'enquête. Bien que ces statistiques ne diffèrent pas de la population ontarienne dans son ensemble, ces taux sont inquiétants. Ces taux sont significativement plus élevés que lors de l'ESO 1996-97 et cette tendance est congruente avec les prédictions de l'Agence de santé publique du Canada à l'effet que sur l'échelle mondiale, d'ici à 2020, la dépression sera la cause principale d'incapacité<sup>18</sup>.

L'accès aux services et aux ressources en santé mentale adaptés en fonction de la culture et de la langue demeure une préoccupation importante. En 2004, le Centre de toxicomanie et de santé mentale a publié un rapport présentant les résultats obtenus de plusieurs groupes de discussion structurée (« groupes focus »). Les participants des trois groupes francophones confirment que cet accès limité est une réalité pour eux. Ils attestent également de l'importance d'obtenir des services dans leur langue<sup>19</sup>.

Il ne faut oublier cependant que bien que les troubles de santé mentale représentent un lourd fardeau pour la personne, la famille et la société, ces troubles peuvent être traités efficacement et ils peuvent souvent être prévenus. Il est primordial de prendre des mesures pour mieux comprendre les enjeux relatifs à la santé mentale des francophones et d'investir les ressources humaines et financières nécessaires pour réduire ces taux inquiétants.

## En bref...

- Il n'y a pas de différence entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne pour ce qui est des personnes qui consultent les professionnels de santé mentale. Le taux est semblable à celui de l'ESO 1996-1997 chez les francophones, mais il y a eu une légère augmentation chez les anglophones et dans l'ensemble de la population ontarienne.
- Les francophones de l'Est de la province sont plus portés à consulter les professionnels de la santé mentale que ceux du Nord.
- Les francophones du Nord sont moins portés à avoir une latitude de décision élevée au travail que ceux du Sud.
- Contrairement à la situation de l'ensemble de la population ontarienne, les hommes et les femmes francophones ont le même niveau de latitude de décision élevée au travail.
- Comme pour l'ensemble de la population ontarienne, le taux de dépression chez les francophones a augmenté depuis la dernière enquête.
- Plus du tiers des francophones affirment avoir un niveau de stress élevé au travail.

## Références

- <sup>1</sup>. Statistique Canada (2002, novembre), Cycle 1.1 ESCC: « Index des variables par sujet », *Fichier de microdonnées à grande diffusion*.
- <sup>2</sup>. Statistique Canada (s.d.), *Santé mentale et bien-être: définitions*, [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-X1F/def\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-X1F/def_f.htm) (consulté le 18 janvier 2005).
- <sup>3</sup>. Statistique Canada (2003, 3 septembre), « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: santé mentale et bien-être », *Le Quotidien*, [www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm](http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm) (consulté le 18 janvier 2005).
- <sup>4</sup>. Statistique Canada (s.d.), *Santé mentale et bien-être: définitions*.
- <sup>5</sup>. Statistique Canada (2004, 21 janvier), « Rapports sur la santé : stress et problèmes de santé chroniques, surpoids et arthrite 1994-1995 à 2000-2001 », *Le Quotidien*, [www.statcan.ca/Daily/Francais/040121/q040121b.htm](http://www.statcan.ca/Daily/Francais/040121/q040121b.htm) (consulté le 18 janvier 2005).
- <sup>6</sup>. Association canadienne pour la santé mentale (s.d.), *Le Premier Guide québécois de la santé mentale : Fais ton p'tit bonheur de chemin* [Dépliant].
- <sup>7</sup>. Statistique Canada (2003, 3 septembre), « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: santé mentale et bien-être », *Le Quotidien*, 20.
- <sup>8</sup>. Association canadienne pour la santé mentale (1993), *La santé mentale, c'est pour la vie*, [Dépliant].
- <sup>9</sup>. Agence de santé publique du Canada (s.d.), *La relation entre le travail et la santé*, <http://www.reseau-canadien-sante.ca/servlet/ContentServer?cid=1049639447859&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FCHNResourcePageTemplate&c=CHNResource&lang=Fr> (consulté le 17 janvier 2005).
- <sup>10</sup>. Agence de santé publique du Canada (s.d.), *A quoi sont dues les maladies mentales et comment peut-on les traiter?*, <http://www.reseau-canadien-sante.ca/servlet/ContentServer?cid=1001883&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FFAQCHNResourceTemplate&c=CHNResource&lang=Fr> (consulté le 17 janvier 2005).
- <sup>11</sup>. Agence de santé publique du Canada (s.d.), *Le stress en milieu de travail*, <http://www.reseau-canadien-sante.ca/servlet/ContentServer?cid=1039795128660&pagename=CHN-RCS%2FCHNResource%2FCHNResourcePageTemplate&c=CHNResource&lang=Fr> (consulté le 17 janvier 2005).
- <sup>12</sup>. Agence de santé publique du Canada (s.d.), *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index_f.html) (consulté le 30 novembre 2004).
- <sup>13</sup>. Brooker, A.S., & Eakin, J. M. (2001), « Gender, Class, Work-related Stress and Health: Toward a Power-centered Approach », *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 97-109.
- <sup>14</sup>. Majumdar, B. & Ladak, S. (1998, January-February), « Management of Family and Workplace Stress Experienced by Women of Colour from Various Cultural Backgrounds », *Revue canadienne de santé publique*, 89 (1), 48-52.
- <sup>15</sup>. Statistique Canada (2004, 21 janvier), « Rapports sur la santé: stress et problèmes de santé chroniques, surpoids et arthrite 1994-1995 à 2000-2001 », *Le Quotidien*, [www.statcan.ca/Daily/Francais/040121/q040121b.htm](http://www.statcan.ca/Daily/Francais/040121/q040121b.htm) (consulté le 18 janvier 2005).

- <sup>16</sup>. Williams, C. (2003, Autumn), « Stress at Work ». *Statistics Canada; Canadian Social Trends*, 70, 7-13.
- <sup>17</sup>. Shields, M. (January 2004), « Stress, Health and the Benefit of Social Support ». *Health Reports*, vol. 15 (1).

- <sup>18</sup>. Agence de santé publique du Canada (s.d.), *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index_f.html) (consulté le 30 novembre 2004).
- <sup>19</sup>. Centre de toxicomanie et de santé mentale (2004, mars), *Provincial Diversity Needs Assessment Report*, Toronto, Ontario.

# Chapitre 8

## Comportement et santé

**Le nom des auteures et des auteurs suit le titre de la section**

Tabagisme, consommation d'alcool, activité physique, allaitement maternel, activité sexuelle : ce sont là quelques-uns des comportements qui affectent de façon positive ou négative la santé des personnes. Ils ont été retenus pour ce chapitre, à la fois pour maintenir la continuité avec le premier *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* et pour tenir compte du fait qu'ils ont été et sont encore l'objet de campagnes publiques visant à leur amélioration en fonction d'objectifs de santé individuelle et de santé publique<sup>1</sup>. Les comportements de santé représentent un des déterminants importants de la santé et ce chapitre nous offre un aperçu des taux ainsi que de son interaction avec les autres déterminants.

Ces comportements varient selon les groupes sociolinguistiques et sont différents selon le sexe, le revenu, la scolarité, le groupe d'âge et la région<sup>2</sup>. En général, on observe que les francophones sont désavantagés dans ce domaine. Ce sont les francophones à faible revenu et à scolarisation limitée qui ont, plus souvent que les autres groupes, des comportements qui ne sont pas favorables à leur bonne santé, ni à la bonne santé des personnes qui les entourent. Et ceux-là se retrouvent en plus grande proportion dans le Nord-Est de la province. Si les francophones mieux scolarisés et à meilleur revenu ont en général des comportements plus propices à une meilleure santé, ils sont aussi proportionnellement moins nombreux que les anglophones à le faire et, même, le sont parfois moins que les allophones, lorsque l'on compare les différentes catégories.

Ces constatations générales méritent toutefois d'être nuancées et c'est ce que font les auteures et les auteurs qui se penchent sur les comportements retenus.

### 8.1 Tabagisme

Manon Lemonde, University of Ontario Institute of Technology  
Johanne Levesque, Ambire SI Inc., pour le programme de REDSP, Santé publique Ottawa

Les conséquences néfastes du tabagisme sont bien documentées. Au Canada, le tabagisme est responsable de 47 000 décès par année, dont 16 000 ont lieu en Ontario<sup>3</sup>. Devant de tels résultats, personne n'est surpris de constater que le contrôle du tabac demeure toujours un objectif de santé publique important en Ontario et ailleurs au Canada.

La Stratégie antitabac de l'Ontario (SAO) est principalement élaborée et financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée; sa mise en œuvre se fait surtout par le biais de coalitions d'organismes non gouvernementaux (ONG), bénévoles, et des bureaux de santé publique<sup>4</sup>. La SAO repose sur trois piliers – protection, cessation et prévention – auxquels s'ajoutent des actions visant la dénormalisation (ou opposition à l'influence de l'industrie du tabac) et à changer les attitudes sur le tabagisme<sup>5</sup>.

Dans l'ensemble de la province, les activités de lutte contre le tabagisme sont financées selon les proportions suivantes : changement des attitudes, 40 %; abandon du tabac, 31 %; prévention, 16 %; protection, 9 %; et dénormalisation, 3 %. Sous un autre angle, on peut voir que l'éducation publique est la stratégie la mieux financée (44 %) suivi du développement des infrastructures (33 %) et finalement de l'aide aux fumeurs (23 %)<sup>6</sup>.

L'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (www.otru.org) souligne les faits suivants :

- Au 1<sup>er</sup> juillet 2004, 31 % de la population ontarienne était protégée des effets de l'exposition à la fumée ambiante grâce à des règlements municipaux<sup>7</sup>. En décembre 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a déposé un nouveau projet de loi intitulé « Loi favorisant un Ontario sans fumée ». Ce projet de loi reprend les trois piliers de la stratégie existante et promet de faire en sorte que tous les lieux et milieux de travail et tous les espaces publics fermés en Ontario soient des endroits complètement sans fumée et ce à compter du 31 mai 2006<sup>8</sup>.
- En mai 2004, une cartouche de cigarettes en Ontario se vendait en moyenne 66,23 \$, un prix nettement inférieur à la moyenne nationale de 78,56 \$ (sans l'Ontario), mais supérieur à celui du Québec à 64,52 \$<sup>9</sup>.
- En 2000-2001, on identifiait les groupes cibles comme étant les jeunes entre 12 et 19 ans et le grand public. Malgré le fait que la SAO identifie certains groupes cibles, on souligne que « les minorités ethniques, les travailleurs manuels et les personnes ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture ont reçu moins d'attention que d'autres groupes<sup>10</sup> ». En 2004, les groupes cibles les plus souvent identifiés sont les jeunes, les autochtones, et les femmes enceintes<sup>11</sup>. On ne retrouve aucune mention spécifique des francophones.

### 8.1.1 Recension des écrits

Bien qu'il existe beaucoup de renseignements sur le tabagisme, il appert que très peu d'études ont été publiées depuis la parution du premier *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (2000). La conséquence est telle que les chercheurs disposent de très peu d'éléments pour clarifier la situation réelle du tabagisme chez les francophones en Ontario. De plus, les études publiées à ce jour au sujet du tabagisme des francophones n'ont souvent pas suffisamment de

participants pour donner des résultats permettant de les généraliser à l'ensemble<sup>12</sup>.

Les principaux thèmes identifiés dans les études recensées ont trait aux facteurs qui influencent les habitudes de tabagisme. Le prix du tabac<sup>13</sup>, l'habitation à domicile ou en résidence<sup>14</sup>, les éléments que A. H. Reitsma et S. Manske recommandent de considérer dans les études ultérieures<sup>15</sup>, de même que l'influence des pairs<sup>16</sup> contribuent au tabagisme dans l'ensemble de la population ontarienne.

Reitsma et Manske (2004) se sont demandés si le fait d'avoir des politiques en matière de tabagisme influence les habitudes dans les écoles ontariennes. Selon leurs conclusions, la réponse est positive au niveau élémentaire, mais il ne semble pas y avoir d'effet positif au niveau secondaire. Au contraire, les étudiants augmentent leur consommation s'ils perçoivent que la loi est restrictive<sup>17</sup>.

### 8.1.2 Résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001

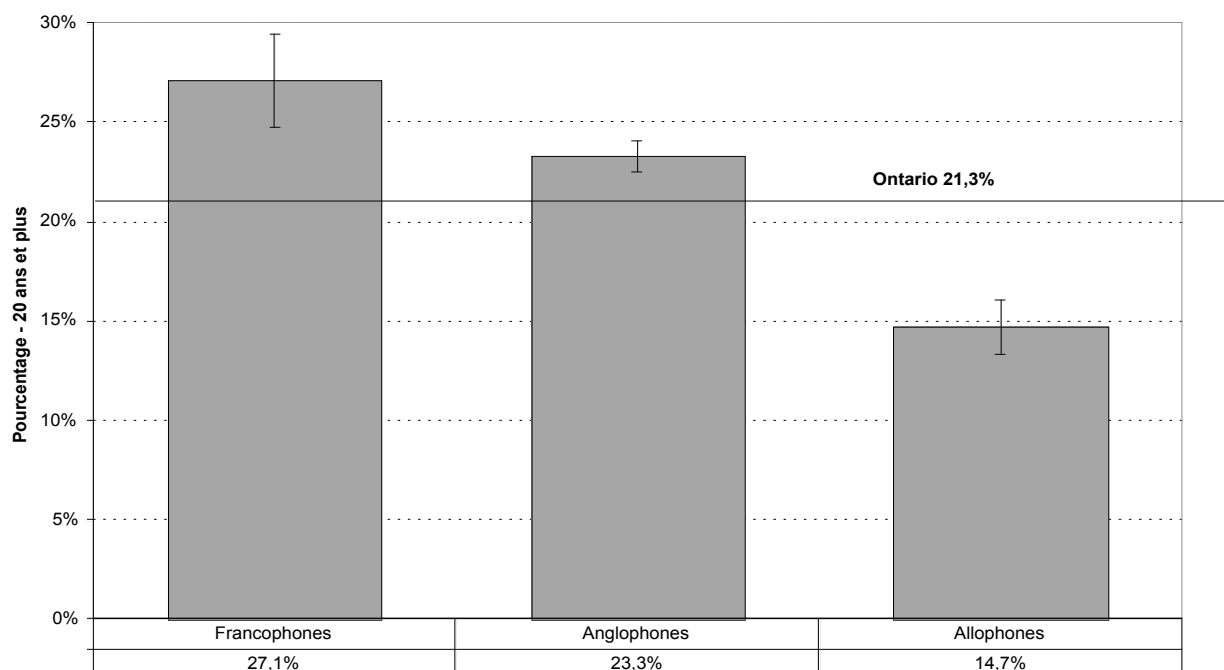
#### A. Prévalence du tabagisme et de l'usage quotidien du tabac chez les adultes

En 2000-2001, une proportion nettement plus élevée d'adultes francophones étaient des **fumeurs quotidiens** comparativement aux autres groupes sociolinguistiques et à l'ensemble de la population ontarienne (figure 8.1). Ce résultat correspond à celui de 1996-1997 et est constant peu importe le sexe, le revenu, la scolarisation, la présence d'un enfant de moins de 6 ans à la maison et, dans une certaine mesure, la région. Il est important de noter que, depuis 1996-1997, il n'y a pas eu de changement significatif dans le taux d'usage du tabac chez les francophones, chez les anglophones ou chez les allophones. On remarque aussi qu'une proportion nettement plus grande d'hommes que de femmes fume tous les jours. Bien que cette tendance soit semblable chez les francophones, on n'a pu détecter de différence significative entre les sexes.

#### Terminologie

**Fumeurs quotidiens:** Proportion des personnes âgées de 20 ans et plus qui fument tous les jours.

**Figure 8.1 – Fumeurs quotidiens selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Le taux d'usage quotidien du tabac parmi les francophones à faible revenu familial représente le plus haut taux de fumeurs parmi tous les groupes analysés. Ce taux (43 %) est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de l'Ontario. Comme c'est le cas dans l'ensemble de la population ontarienne, il existe chez les francophones une relation négative entre le niveau de scolarisation et la prévalence du tabagisme quotidien : les francophones n'ayant pas terminé leurs études secondaires sont plus portés à fumer tous les jours (31 %) que ceux qui ont terminé leurs études collégiales ou universitaires (21 %). En ce qui a trait au taux d'usage actuel du tabac, les adultes francophones (31 %) atteignent une proportion supérieure à celle des anglophones (28 %) et des allophones (19 %).

### Comparaison régionale

Bien que la proportion de fumeurs quotidiens soit plus élevée chez les francophones que chez les non-francophones dans trois régions, soit l'Est, le Sud et le Nord, ces différences ne sont significatives que dans le

Sud. Lorsque l'on examine ces résultats de plus près, il semble que la différence soit attribuable à un taux beaucoup plus élevé chez les francophones comparativement aux non-francophones dans le Centre de la province. Une proportion nettement plus élevée de l'ensemble de la population du Nord-Est fume tous les jours, comparativement à l'ensemble dans le Sud-Ouest, dans le Centre et dans l'Est-Champlain. Bien que cette tendance soit semblable chez les francophones, on n'a pu détecter de différence significative entre les régions.

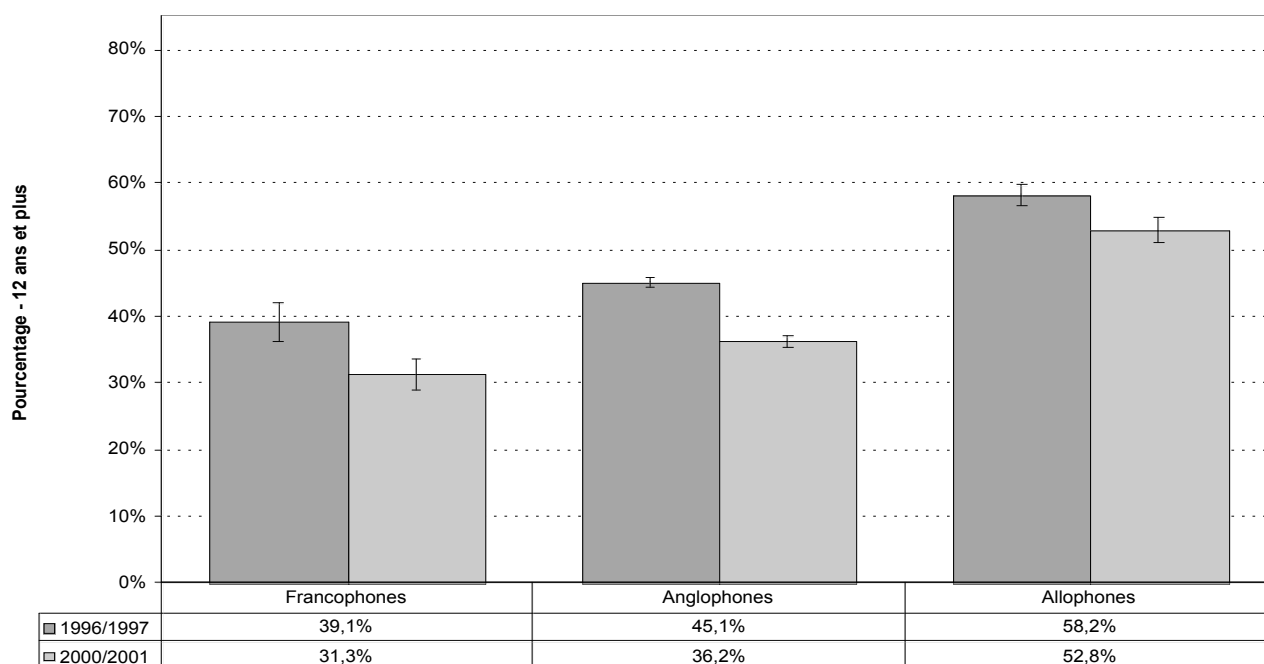
### B. Prévalence du tabagisme et de l'usage quotidien du tabac chez les adolescents

Il est à noter que la très petite taille des échantillons ne permet pas de calculer le taux de **fumeurs quotidiens adolescents** en fonction de la plupart des variables sociodémographiques. Il en va de même pour la variable « taux d'usage du tabac chez les adolescents (ceux qui sont actuellement fumeurs soit quotidiennement ou occasionnellement) ».

### Terminologie

**Fumeurs quotidiens adolescents:** Proportion des personnes âgées de 12 à 19 ans et plus qui fument tous les jours.

**Figure 8.2 – Population n'ayant jamais fumé selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

En 2000-2001, 14 % des francophones âgés de 12 à 19 ans fumaient tous les jours. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle du même groupe d'âge dans l'ensemble de la population ontarienne (11 %). Les 18 % des francophones âgés de 12 à 19 ans qui sont fumeurs soit quotidiennement ou occasionnellement ne présentent pas non plus un taux différent de celui de l'ensemble de l'Ontario (17 %).

Bien que la proportion d'adolescents francophones qui fument tous les jours semble à la baisse, on ne constate pas de différence significative entre la proportion en 2000-2001 et celle de l'ESO 1996-1997 (19 %). Il est important de souligner qu'en raison du faible échantillon de francophones âgés de 12 à 19 ans, on n'aurait pu constater des différences significatives que si les changements dans le taux d'usage du tabac avaient été très prononcés.

### C. Fumeurs, non-fumeurs et anciens fumeurs

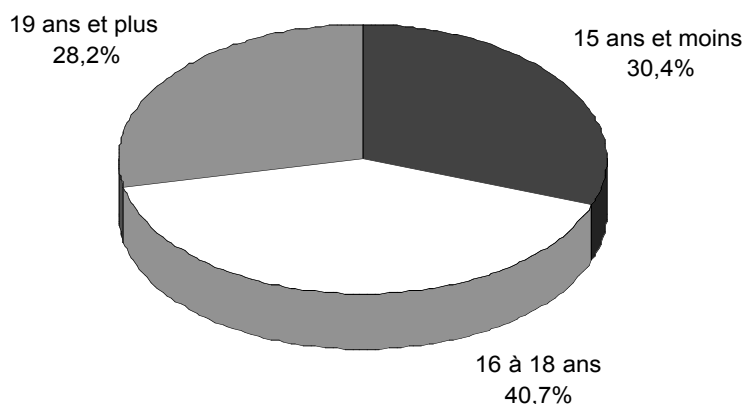
Étant donné les taux de tabagisme, il n'est pas surprenant qu'en 2000-2001, une proportion

significativement plus faible de francophones âgés de 12 ans et plus ont rapporté n'avoir jamais fumé de cigarettes comparativement à l'ensemble de la population ontarienne, aux anglophones et aux allophones (figure 8.2). Cette tendance se maintient lorsqu'on considère le sexe, la plupart des tranches d'âge, les niveaux de revenu et de scolarisation ainsi que la présence d'enfants de moins de 6 ans au foyer. Ce résultat correspond également à celui obtenu en 1996-1997. On constate une proportion significativement plus faible de francophones qui rapportent n'avoir jamais fumé en 2000-2001 (31 %) comparativement aux francophones en 1996-1997 (39 %). On note aussi cette baisse significative chez les anglophones et chez les allophones.

### D. Début du tabagisme

Comme on l'observe dans la population ontarienne en général, la proportion la plus élevée de francophones âgés de 12 ans et plus qui ont déjà fumé quotidiennement est formée de ceux qui déclarent avoir commencé à fumer quotidiennement entre 16 et 18 ans

**Figure 8.3 – Début du tabagisme quotidien chez les francophones selon l'âge, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

(41 %) (figure 8.3). Cependant, et contrairement à ce que l'on constate pour l'ensemble de la population ontarienne, les francophones qui affirment avoir eu leur **initiation au tabagisme** à l'âge de 15 ans ou avant (30 %) forment la seconde proportion en importance. On constate toutefois une baisse significative dans ce groupe en 2000-2001 par rapport aux résultats de 1996-1997 (39 %). La troisième proportion en importance chez les francophones est composée de ceux qui affirment avoir commencé à fumer à l'âge de 19 ans et plus (28 %).

Bien que la proportion de fumeurs quotidiens francophones qui ont commencé à fumer à l'âge de 15 ans ou avant soit plus élevée que la proportion ontarienne, la différence n'est pas significative (figure 8.4). Il existe toutefois une forte tendance à cet effet, qui se confirme lorsqu'on considère le sexe, la tranche d'âge, le revenu, la scolarisation et la présence d'enfants de moins de 6 ans à la maison.

La proportion de fumeurs quotidiens francophones qui dit avoir commencé à fumer à l'âge de 15 ans ou avant est significativement plus élevée chez les hommes (35 %) que chez les femmes (26 %). La proportion des

hommes francophones est significativement plus élevée que celle des hommes de l'ensemble de la population ontarienne (28 %).

Il est difficile d'estimer si les taux élevés parmi les répondants de 12 à 19 ans (qui sont deux fois plus élevés que ceux des autres tranches d'âge) correspondent à la réalité ou sont partiellement influencés par des niveaux différents de souvenir d'événements passés ou par tout autre biais du répondant.

De plus, par défaut, pour être inclus dans le calcul à titre de ceux qui ont déjà fumé, les jeunes de 12 à 15 ans doivent avoir commencé à fumer à 15 ans ou avant. Cela pourrait contribuer à une proportion plus élevée chez les répondants de jeunes de 12 à 19 ans ayant déjà fumé qui déclarent avoir commencé à fumer à l'âge de 15 ans ou avant.

### **E. Foyer sans fumée**

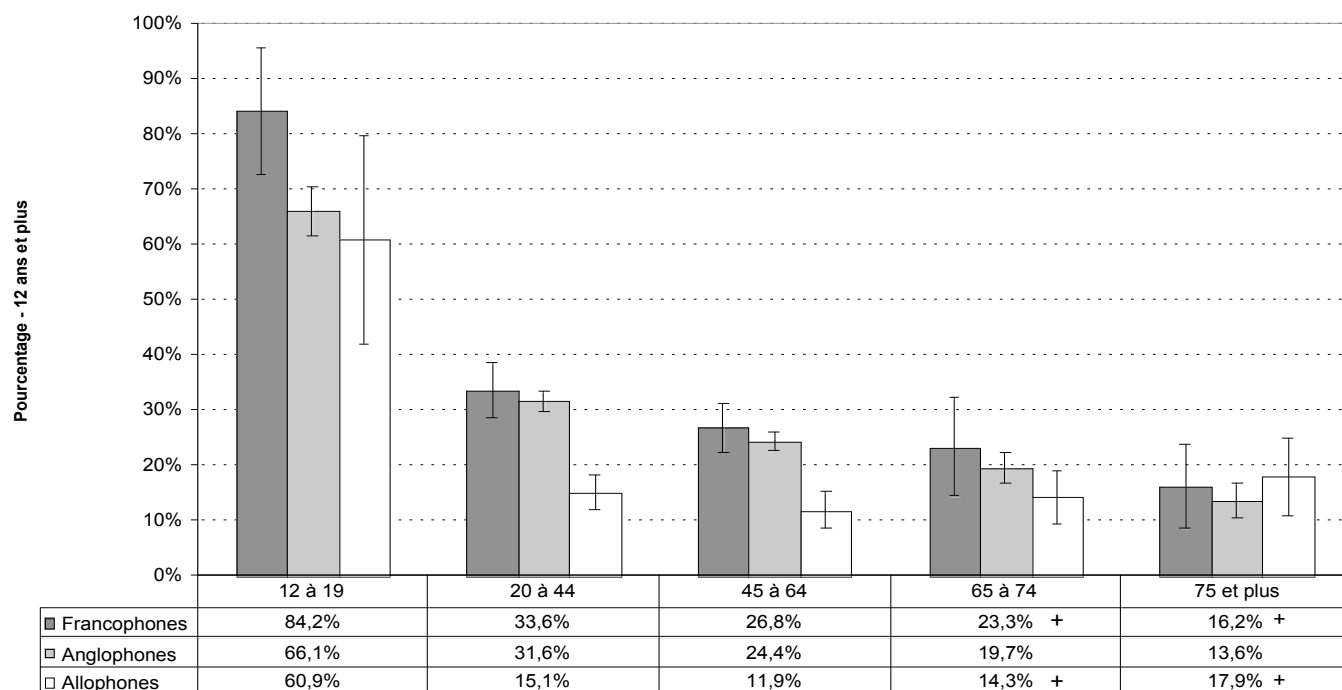
En 2000-2001, une proportion significativement plus faible de francophones âgés de 12 ans et plus habitait un **foyer sans fumée** (69 %) comparativement aux

### **Terminologie**

**Initiation au tabagisme** : Proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui disent avoir déjà fumé quotidiennement et qui ont commencé à fumer quotidiennement à l'âge de 15 ans ou moins.

**Foyer sans fumée** : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus qui habite un foyer où personne ne fume régulièrement à l'intérieur.

**Figure 8.4 – Fumeurs quotidiens qui ont commencé à fumer à 15 ans ou avant selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note: + Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

autres groupes sociolinguistiques et à l'ensemble de la population adulte en Ontario. Ce résultat correspond aux taux plus élevés de fumeurs francophones. Cette différence correspond à celle qu'on a pu observer en 1996-1997 et elle se maintient lorsqu'on considère le sexe, la tranche d'âge, le niveau de revenu, la scolarisation et la présence d'enfants de moins de 6 ans au foyer. Le résultat correspond aussi à ceux de la plupart des régions à l'exception du Sud-Ouest et du Sud-Est.

On note une augmentation significative de la proportion de francophones qui vivent dans un foyer sans fumée en 2000-2001 par rapport à 1996-1997. Il en est de même pour les anglophones et pour les allophones (figure 8.5).

La proportion de francophones qui déclarent habiter un foyer sans fumée augmente avec l'âge. Une proportion significativement plus élevée de francophones âgés de 75 ans et plus disent habiter un foyer sans fumée

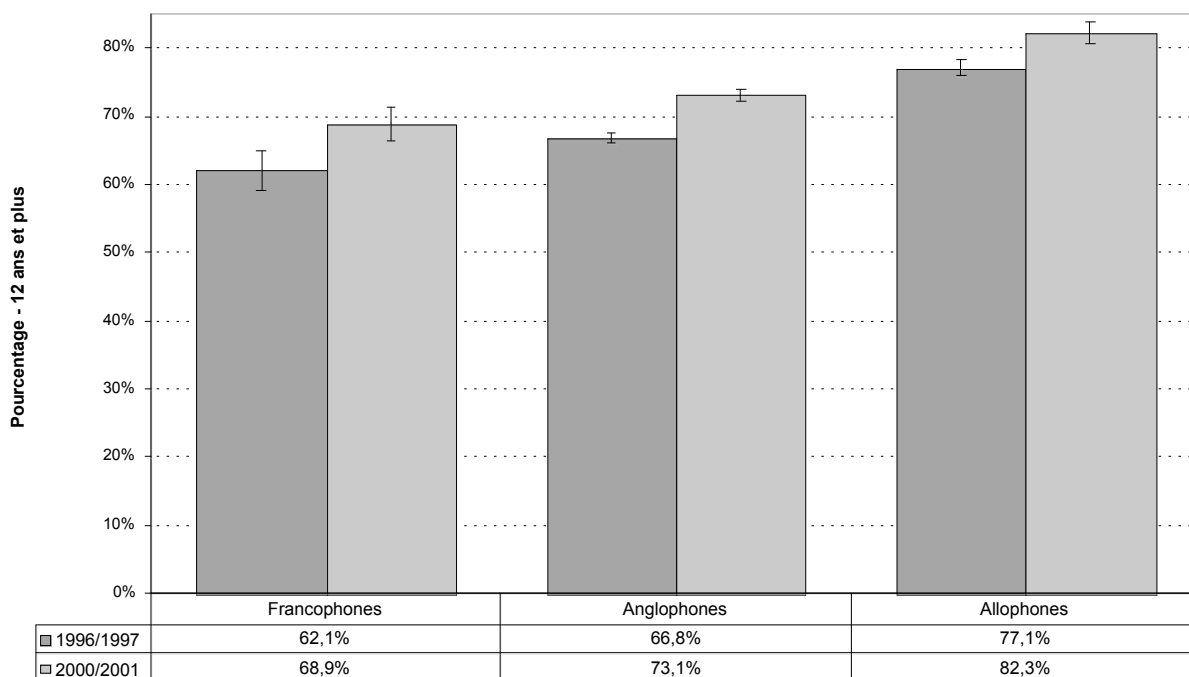
comparativement aux groupes des 12 à 19 ans, des 20 à 44 ans ou des 45 à 64 ans.

La proportion de francophones habitant un foyer sans fumée est significativement plus faible parmi les 20 à 44 ans et les 45 à 64 ans que le taux pour l'ensemble de la population de la province pour ces mêmes groupes d'âge.

Comme c'est le cas dans l'ensemble de la population ontarienne, une proportion significativement plus basse de francophones ayant un revenu familial faible déclare vivre dans un foyer sans fumée comparativement aux francophones ayant un revenu moyen et élevé.

Il faut noter la proportion significativement plus élevée de francophones ayant des enfants de moins de 6 ans à la maison qui déclarent habiter un foyer sans fumée, comparativement aux francophones sans enfants de moins de 6 ans à la maison. Ce résultat va dans le

**Figure 8.5 – Population habitant dans un foyer sans fumée selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé en Ontario 1996 / 1997, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

sens des objectifs de la santé publique. En effet, en dépit du taux élevé de francophones qui fument tous les jours et qui ont de jeunes enfants à la maison, plusieurs décident de ne pas exposer leurs enfants à la fumée secondaire dans le foyer. De plus, on n'a constaté aucune différence dans ce taux entre la population francophone et celui de l'ensemble de la population ontarienne.

### Comparaison régionale

Une proportion significativement plus faible de l'ensemble de la population du Nord-Est habite un foyer sans fumée, comparativement à l'Est-Champlain, au Sud et au Sud-Ouest. Bien que cette tendance soit semblable parmi les francophones, une différence significative n'apparaît qu'entre le Nord-Est (66 %) d'une part et le Sud-Ouest et le Sud d'autre part. Les francophones de l'Est-Champlain ont aussi une proportion significativement plus basse de personnes

qui habitent une maison sans fumée comparativement au Sud-Ouest.

### F. Exposition à la fumée secondaire

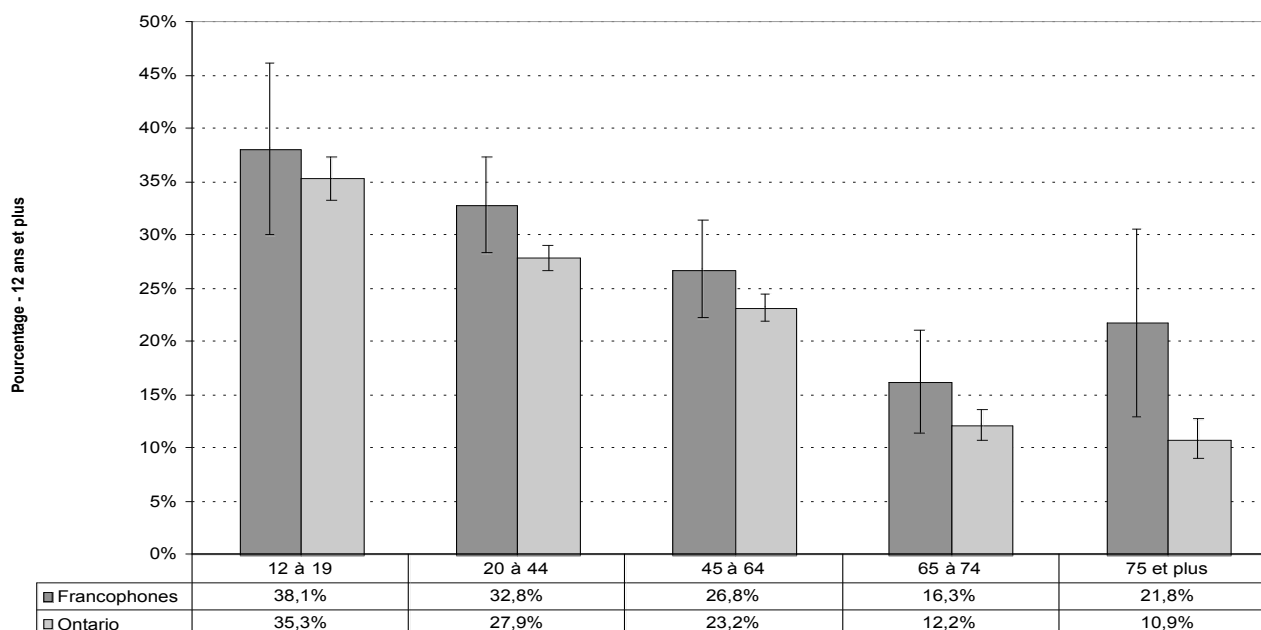
Pour l'année 2000-2001, plus d'un quart des francophones **non-fumeurs** âgés de 12 ans et plus ont déclaré être des **non-fumeurs exposés à la fumée secondaire presque tous les jours** (29 %). Une proportion significativement plus élevée de francophones non-fumeurs ont été exposés à la fumée secondaire comparativement aux non-fumeurs de l'ensemble de l'Ontario (25 %). Ce résultat correspond aux taux plus élevés de fumeurs et d'exposition à la fumée dans les foyers francophones. Ces tendances, bien qu'elles ne soient pas significatives, se maintiennent peu importe la variable, que ce soit le sexe, les groupes d'âge ou le niveau de scolarisation.

### Terminologie

**Non-fumeurs** : Proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui déclarent n'avoir jamais fumé une cigarette.

**Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire presque tous les jours** : Proportion des non-fumeurs âgés de 12 ans et plus qui sont exposés à la fumée secondaire presque tous les jours.

**Figure 8.6 – Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire selon l'âge – population francophone et population totale, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Dans l'ensemble de la population ontarienne, il y a une proportion significativement plus élevée d'hommes non-fumeurs exposés à la fumée secondaire (27 %) que de femmes non-fumeuses (23 %). Bien que cette tendance soit semblable chez les francophones, on ne détecte pas de différence significative entre les hommes (32 %) et les femmes (27 %).

La proportion de francophones non-fumeurs qui disent avoir été exposés à la fumée secondaire diminue généralement avec l'âge. C'est ce que montre la figure 8.6. Il est intéressant de constater qu'il n'existe pas de différence significative entre la proportion de francophones non-fumeurs à faible revenu qui ont été exposés à la fumée secondaire et celle des francophones non-fumeurs ayant un revenu moyen ou élevé.

### Comparaison régionale

Dans le Nord, la proportion de francophones non-fumeurs qui a déclaré avoir été exposés à la fumée

secondaire presque tous les jours est significativement plus élevée (37 %) que chez les non-francophones (30 %). On ne note aucune différence significative dans la région Sud ou la région Est. Dans le Nord-Est (36 %), une proportion significativement plus élevée de francophones non-fumeurs ont déclaré avoir été exposés à la fumée secondaire presque tous les jours comparativement au Centre (23 %) et au Sud-Ouest (23 %).

### 8.1.3 Réalités des francophones

À la lueur des données sur le tabagisme dans ce rapport, il devient important de se demander si la répartition des ressources et du financement permettra d'atteindre les objectifs visés par la SAO, et plus précisément en ce qui a trait à la population francophone de l'Ontario. Il est donc important, voire prioritaire, de poursuivre la mise en œuvre de stratégies antitabac pour contrer le phénomène du tabagisme tout particulièrement chez les jeunes francophones, qui sont les citoyens de demain.

### En bref...

- Tout comme en 1996-1997, une plus grande proportion d'adultes francophones que d'anglophones et d'allophones fument quotidiennement; cette différence s'applique à tous les groupes d'âge.
- Contrairement à l'ESO 1996-1997, le taux de tabagisme chez les jeunes francophones de 12 à 19 ans ne diffère pas du taux provincial.
- On observe une baisse depuis 1996-1997 de la proportion de francophones qui disent avoir commencé à fumer à l'âge de 15 ans ou avant.
- La proportion d'hommes francophones qui ont commencé à fumer à 15 ans ou plus est plus élevée que celle de l'ensemble de la population ontarienne.
- Une plus faible proportion de francophones affirme n'avoir jamais fumé.
- Une proportion plus faible de francophones âgés de 12 ans et plus habitait un foyer sans fumée; on note une augmentation significative de francophones qui vivent dans des foyers sans fumée par rapport à 1996-1997.
- Comme pour l'ensemble de la population de l'Ontario, les francophones à faible revenu et ceux qui sont moins scolarisés sont plus portés à fumer.
- Le taux d'usage quotidien du tabac parmi les francophones à faible revenu familial est deux fois plus élevé que le taux de l'ensemble de la province.
- L'usage quotidien du tabac semble généralement plus élevé chez les francophones du Nord-Est que chez ceux des autres régions; les non-fumeurs francophones sont plus exposés à la fumée secondaire.

## 8.2 Alcool

Claire Narbonne-Fortin, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Guy Racine, chercheur indépendant

Les conséquences liées à la consommation excessive d'alcool sont bien connues. Au point de vue psychosocial, elle est un facteur lié aux comportements criminels violents, à la violence familiale, au suicide et à la mortalité sur les routes<sup>18</sup>. Au plan physique, l'usage abusif d'alcool est lié aux maladies du foie, au cancer du sein, aux problèmes cardiaques et au syndrome d'alcoolisme fœtal<sup>19</sup>. Au plan économique personnel, la consommation excessive d'alcool est liée à la perte de permis de conduire, à la perte d'emploi, à la pauvreté et aux poursuites judiciaires<sup>20</sup>.

### 8.2.1 Études provinciales antérieures

Les études provinciales antérieures ont montré que, chez les francophones ontariens, l'influence de la consommation d'alcool sur la santé s'avère un facteur important à considérer. Dans leur analyse exhaustive des données de l'ESO 1990 sur la consommation d'alcool, DeWit et ses collègues<sup>21</sup> n'ont décelé aucune différence significative entre les francophones et les

anglophones quant à la quantité et à la fréquence de consommation d'alcool. Par contre, ils ont noté, entre autres, que les buveurs francophones sont plus susceptibles de commencer à boire à un plus jeune âge, qu'ils sont moins portés à boire tous les jours et à consommer quinze boissons alcoolisées ou plus par semaine et que certains groupes d'âge sont à risque plus élevé. Ces mêmes auteurs tracent un lien entre la consommation d'alcool et le tabagisme. Chez les francophones, la consommation quotidienne d'un paquet de cigarettes ou plus a été reconnue comme un facteur de prédiction important en matière de consommation quotidienne d'alcool et des problèmes qui en découlent.

L'ESO 1996-1997 a montré que peu de différences existaient entre les francophones et les anglophones par rapport à la consommation d'alcool à faible risque. Une plus faible proportion de francophones que d'anglophones se révélaient des buveurs excessifs. Les francophones ont donc des habitudes de consommation différentes de celles des autres groupes sociolinguistiques. Comparativement aux anglophones, ils ont moins tendance à boire à l'excès mais ils sont moins portés à s'abstenir de boire. Les allophones avaient le taux le moins élevé en ce qui a trait à la consommation excessive.

Les résultats de l'ESCC 2000- 2001, semblables en cela aux résultats des enquêtes antérieures (1990, 1996-1997), ont révélé que l'influence de la consommation d'alcool sur la santé des francophones de l'Ontario demeurerait toujours un facteur important.

## 8.2.2 Résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001

### A. Consommateurs adolescents (12 à 19 ans)

En 2000-2001, 52 % des francophones et 53 % des anglophones âgés de 12 à 19 ans ont rapporté avoir consommé de l'alcool pendant l'année précédente. Ces taux sont semblables à ceux de l'Ontario (49 %). Cependant, les allophones (34 %) affichent un taux significativement moins élevé que les autres groupes sociolinguistiques.

Dans l'ensemble de l'Ontario, ainsi que dans les groupes sociolinguistiques, il n'y a pas de différence significative entre les garçons de 12 à 19 ans et les filles du même âge quant à la consommation d'alcool.

En général, en Ontario, on constate un lien entre le revenu familial et la consommation d'alcool chez les adolescents. Parmi ceux dont le revenu familial est faible, 37 % rapportent avoir consommé de l'alcool dans l'année avant l'enquête. Cependant, chez ceux rapportant un revenu familial moyen ou élevé, les **consommateurs adolescents** sont en proportion plus élevée (51 %). Cette différence n'a pas été démontrée chez les francophones ni chez les anglophones, mais la différence est significative chez les allophones.

### Comparaison régionale

Une comparaison régionale révèle que dans l'ensemble de la population ontarienne, les adolescents du Sud-Ouest ont un taux plus élevé de consommation d'alcool que ceux d'Est-Champlain et

du Centre. Cependant, chez les francophones, les jeunes du Nord présentent un taux de consommation plus élevé que ceux de l'Est, mais moins élevé que ceux du Sud. Une sous-analyse des régions montre que les jeunes francophones du Nord-Est affichent un taux significativement plus élevé que ceux de la subdivision régionale Est-Champlain, mais moins élevé que ceux des autres régions (figure 8.7).

### B. Consommateurs habituels adultes (20 ans et plus)

En 2000-2001, 83 % des francophones de 20 ans et plus rapportent avoir consommé de l'alcool et ce taux est plus élevé que celui de la population ontarienne à 79 %. Toutefois, cette différence s'explique en grande partie par le taux des allophones. Le taux francophone est similaire à celui des anglophones (84 %) ; par contre, les allophones (67 %) se distinguent de façon significative des autres groupes sociolinguistiques (figure 8.8).

Tant chez les francophones que chez les autres groupes sociolinguistiques et dans l'ensemble de la province, le taux de consommateurs habituels est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'écart entre le taux des femmes francophones et celui de l'ensemble des femmes de l'Ontario s'explique par le taux plus faible de consommation chez les femmes allophones (figure 8.9).

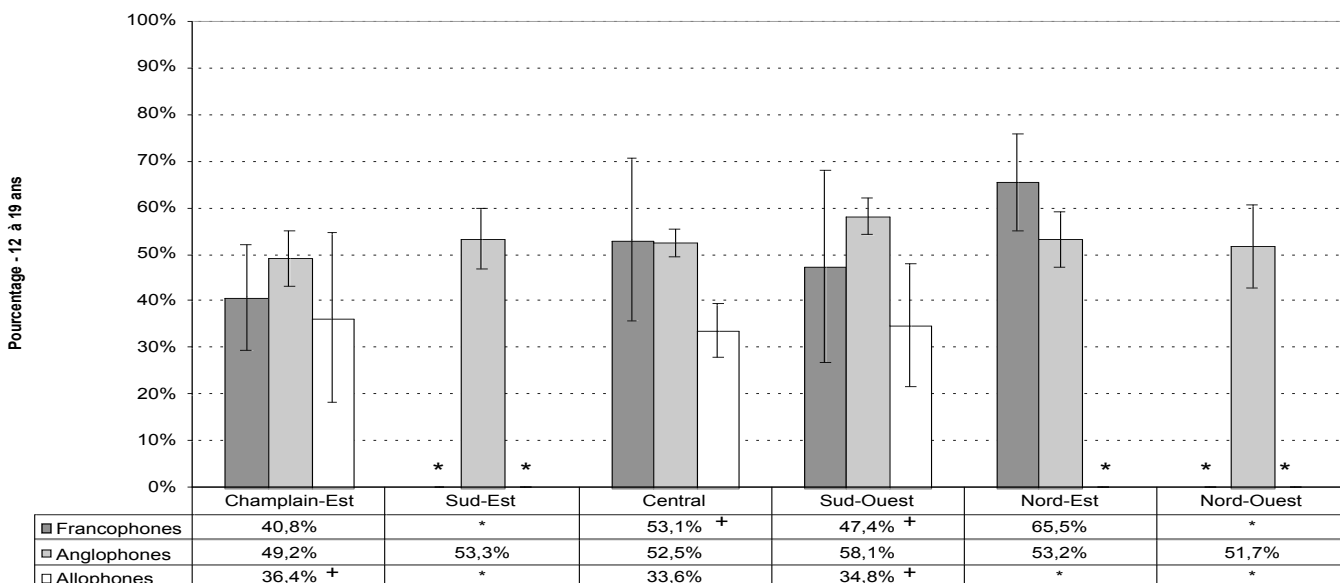
Dans l'ensemble de la population ontarienne, ainsi que pour les francophones et les anglophones, le taux de consommation diminue avec l'âge des consommateurs. Les francophones âgés de 20 à 44 ans ont un taux plus élevé que les francophones de 45 à 64 ans. Les francophones de 65 à 74 ans ainsi que ceux de 75 ans et plus rapportent encore moins de consommation d'alcool (figure 8.10).

Tout comme pour l'ensemble de la population ontarienne, la consommation d'alcool des francophones augmente avec leur revenu. C'est aussi le cas chez les anglophones et chez les allophones (figure 8.11).

### Terminologie

**Consommateurs adolescents** : Proportion des personnes âgées de 12 à 19 ans qui ont consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête.

**Figure 8.7 – Consommateurs d'alcool habituels, adolescents, selon la région et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**

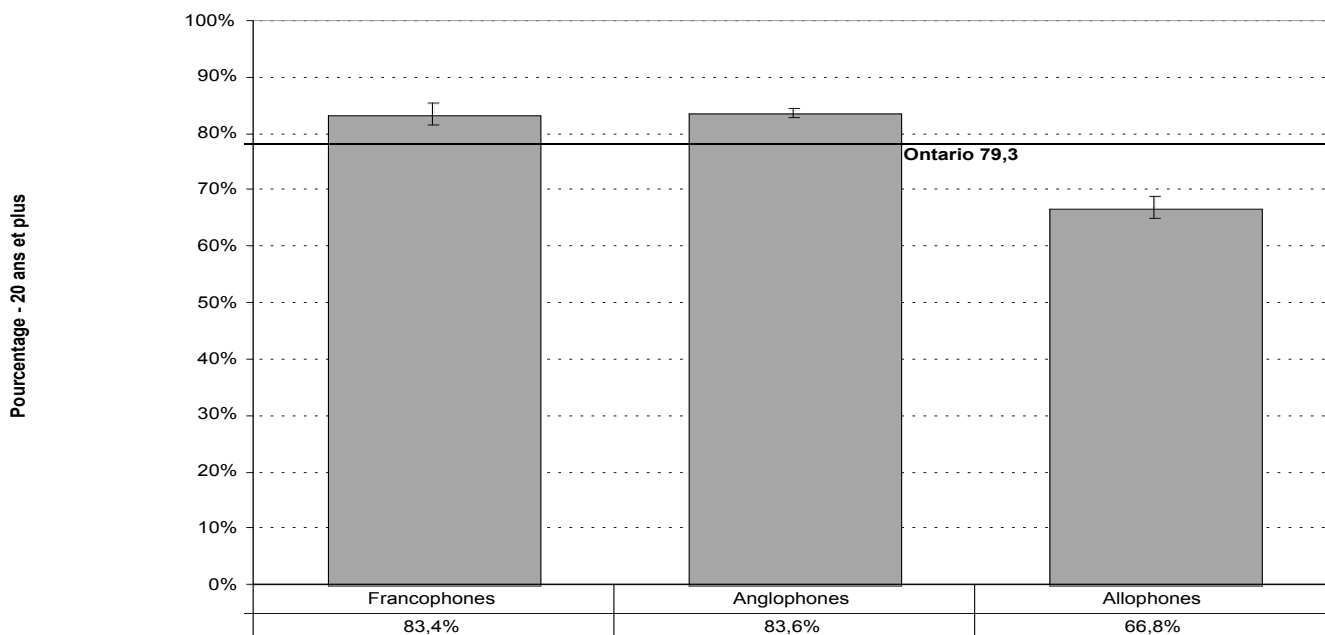


Note : \* Nombre insuffisant à rapporter

+Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

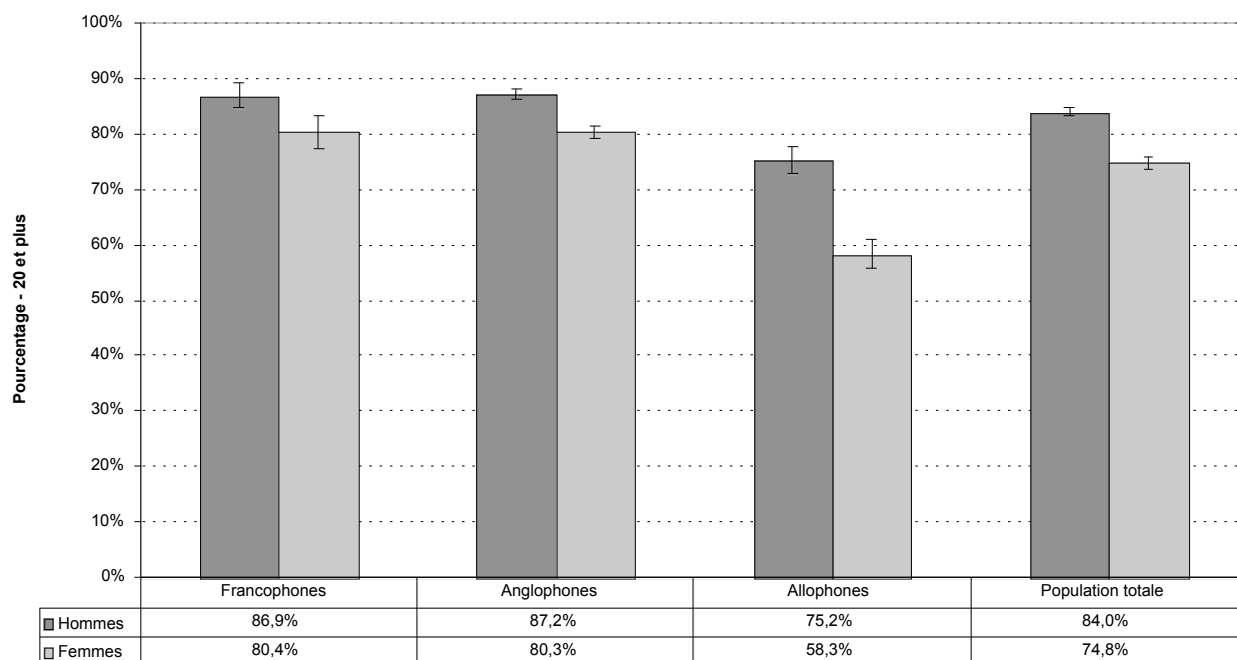
Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la

**Figure 8.8 – Consommateurs d'alcool habituels, adultes, selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



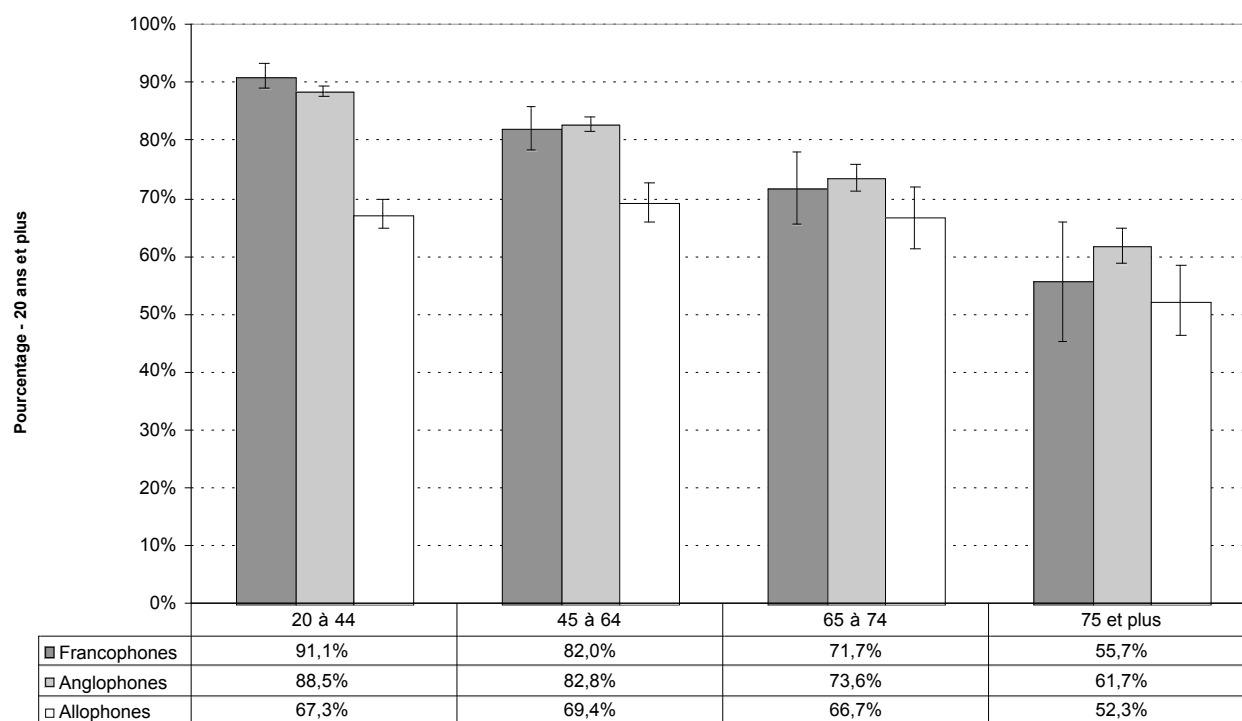
Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 8.9 – Consommateurs d'alcool habituels selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



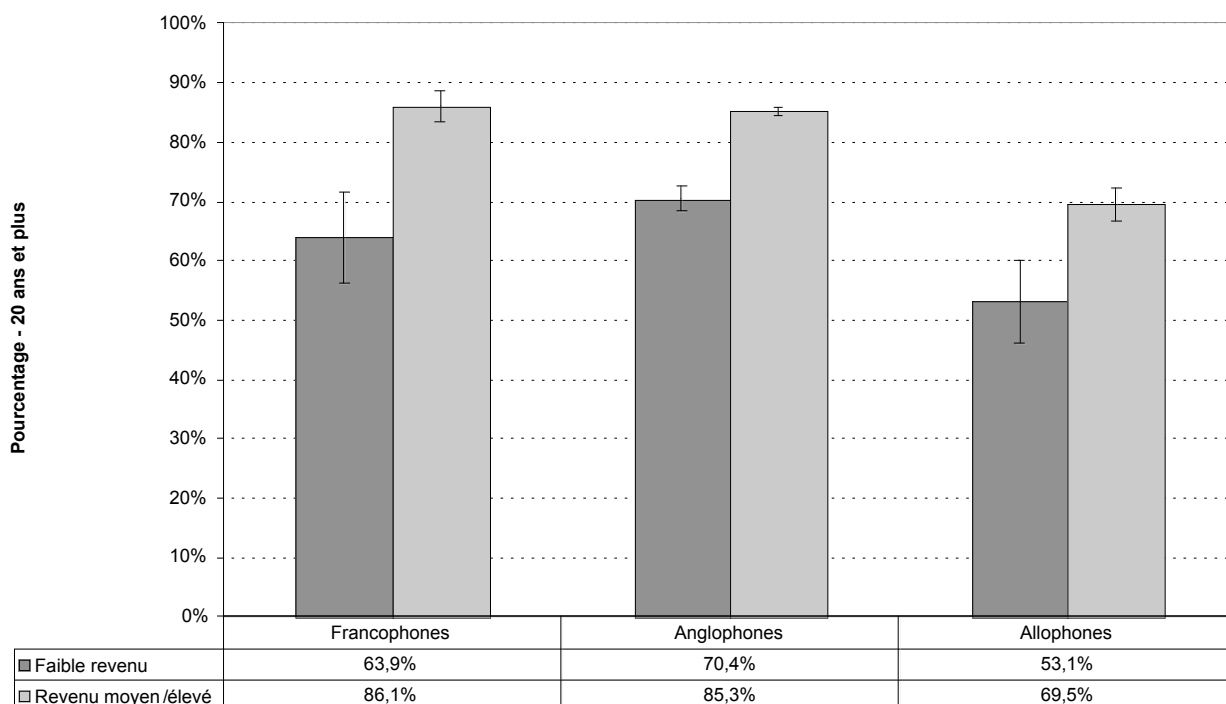
Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada, Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 8.10 – Consommateurs d'alcool habituels selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 8.11 – Consommateurs d'alcool habituels selon le revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Dans l'ensemble de la population ontarienne, les deux groupes dont le niveau de scolarité est plus élevé (études post-secondaires ou grade collégial ou universitaire) consomment plus d'alcool que les deux groupes dont le niveau est plus bas (sans diplôme d'études secondaires ou diplôme d'études secondaires). Toutefois chez les francophones, ce sont les trois groupes dont le niveau de scolarité est plus élevé qui consomment plus d'alcool que celui dont le niveau est le moins élevé (moins que le diplôme d'études secondaires). Cette différence s'explique probablement par le profil sociodémographique différent des francophones.

Au niveau provincial, les résidents de la région du Sud rapportent une consommation moins élevée que ceux du Nord et de l'Est. Cependant, il n'existe pas de différence dans le taux de consommation chez les francophones dans ces trois régions. Toutefois si nous

examinons les 6 subdivisions, les francophones de la région Sud-Est ont un taux de consommation plus élevé que celui de toutes les autres régions, à l'exception du Nord-Est.

Si nous examinons le taux de consommation habituel d'alcool dans la population de 12 ans et plus (adolescents et adultes), on ne note aucune différence entre la population francophone (80 %) et les anglophones (79 %). Encore une fois, le taux chez les francophones diffère de celui de la province (76 %) mais ceci s'explique par le taux de 64 % chez les allophones.

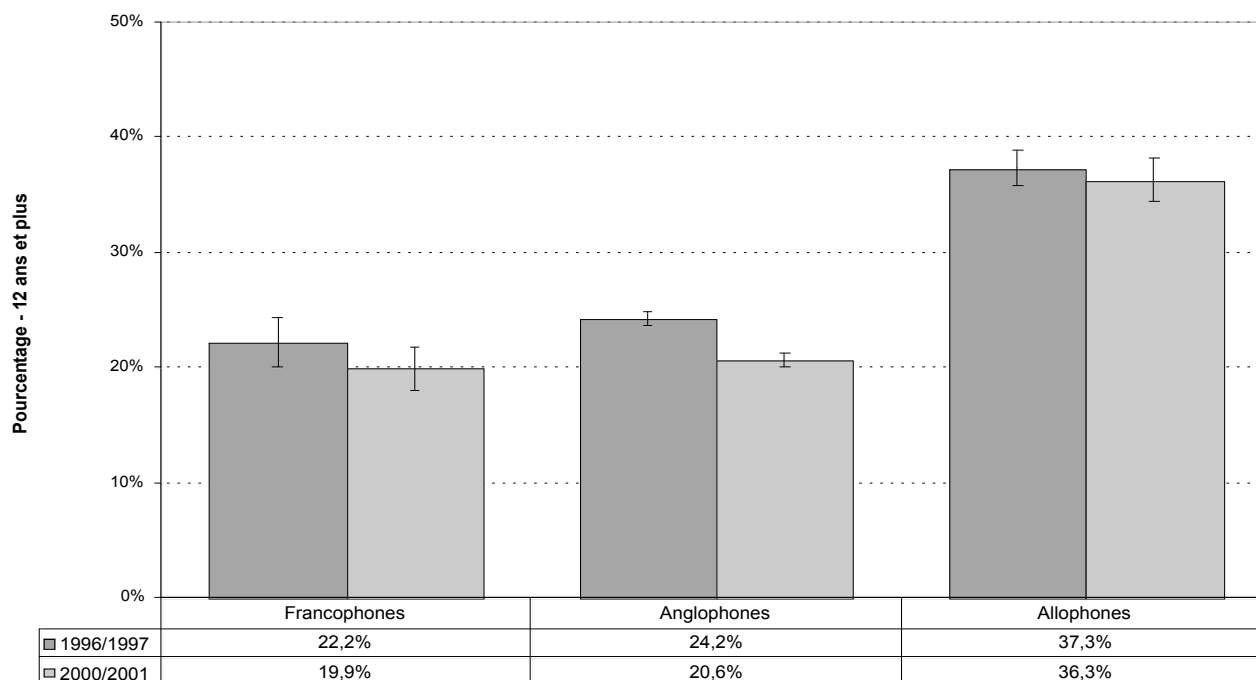
### C. Abstinents, 12 ans et plus

Le quart de la population ontarienne (25 %) déclare s'abstenir de l'alcool. Au niveau des groupes sociolinguistiques, ce sont les francophones âgés de 12 ans et plus qui sont les moins **abstinents**, selon le

### Terminologie

**Abstinents** : Proportion des personnes de 12 ans et plus qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête.

**Figure 8.12 – Taux d'abstinence selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

pourcentage d'abstinence. De plus, les francophones diffèrent de façon significative des allophones, mais non des anglophones (figure 8.12). Il est intéressant de noter que quoique ces données sont semblables à celles de l'enquête de 1996-1997, le taux d'abstinence a diminué chez les anglophones, mais non chez les francophones ou chez les allophones.

Des différences plus frappantes apparaissent entre les femmes et les hommes appartenant aux trois groupes sociolinguistiques. En général, les femmes pratiquent plus l'abstinence que les hommes et ce, pour tous les groupes (figure 8.13). Les hommes francophones et anglophones affichent un taux d'abstinence presque identique; les femmes allophones ont le taux le plus élevé.

Dans l'ensemble de la population ontarienne, ainsi que dans chacun des trois groupes sociolinguistiques, ce sont les personnes âgées de 12 à 19 ans qui affichent le taux d'abstinence le plus élevé. Ceci peut sans doute être attribué au fait que l'âge légal de consommation d'alcool est de 19 ans et plus en Ontario. Le taux d'abstinence augmente considérablement avec les groupes d'âge à partir de celui des 20 à 44 ans et ce, tant chez les francophones

que chez les anglophones; chez les allophones, la proportion des abstinents est très stable d'une catégorie d'âge à l'autre.

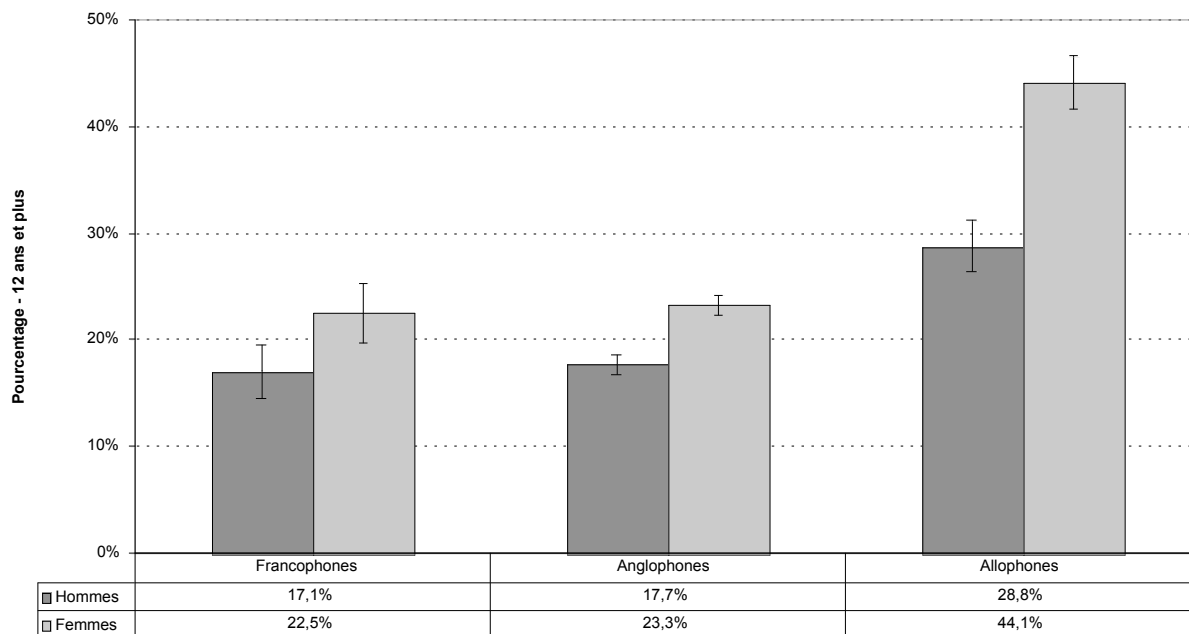
Le taux d'abstinence est évidemment à l'inverse du taux de consommation et il existe un lien avec le niveau de revenu. Les personnes à faible revenu, chez les francophones comme parmi les autres groupes sociolinguistiques, présentent un taux d'abstinence plus élevé que les autres.

Une comparaison régionale montre que, dans les trois régions, les non-francophones ont plus tendance à être abstinentes que les francophones; cependant, la différence n'est significative que dans le Sud. Chez les francophones, les taux ne diffèrent pas d'une région à l'autre.

#### **D. Consommateurs d'alcool à faible risque, 20 ans et plus**

Tout comme l'ensemble de la population ontarienne, la plupart des francophones qui consomment de l'alcool le font de façon modérée (92 %). Quoiqu'il n'existe aucune différence significative entre les francophones

**Figure 8.13 – Taux d'abstinence selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

et les anglophones à faible risque, on note cependant une plus forte proportion d'allophones parmi les **consommateurs d'alcool à faible risque**.

Les Ontariens (90 %) sont en moins grande proportion que les Ontariennes (95 %) des consommateurs d'alcool à faible risque. Cet écart est évident entre les hommes (89 %) et les femmes (94 %), chez les francophones, comme chez les anglophones et chez les allophones.

Chez les francophones, on note que le groupe des 20 à 44 ans (89 %) ont la proportion la plus faible de consommateurs d'alcool à faible risque; les autres groupes d'âge ont un taux semblable, autour de 95 %. Dans les autres groupes sociolinguistiques, ce sont ceux de 75 ans et plus qui ont le plus haut taux (figure 8.14)

On remarque qu'en règle générale, un lien inverse existe entre le revenu actuel en Ontario et le taux de consommateurs d'alcool à faible risque. On retrouve la même tendance chez les francophones. Pour la population ontarienne, la proportion des consommateurs d'alcool à faible risque est plus élevée chez les Ontariens qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, mais aucune différence n'a été identifiée chez les francophones entre les niveaux de scolarité.

### **E. Consommation excessive périodique d'alcool (plus d'une fois par mois)**

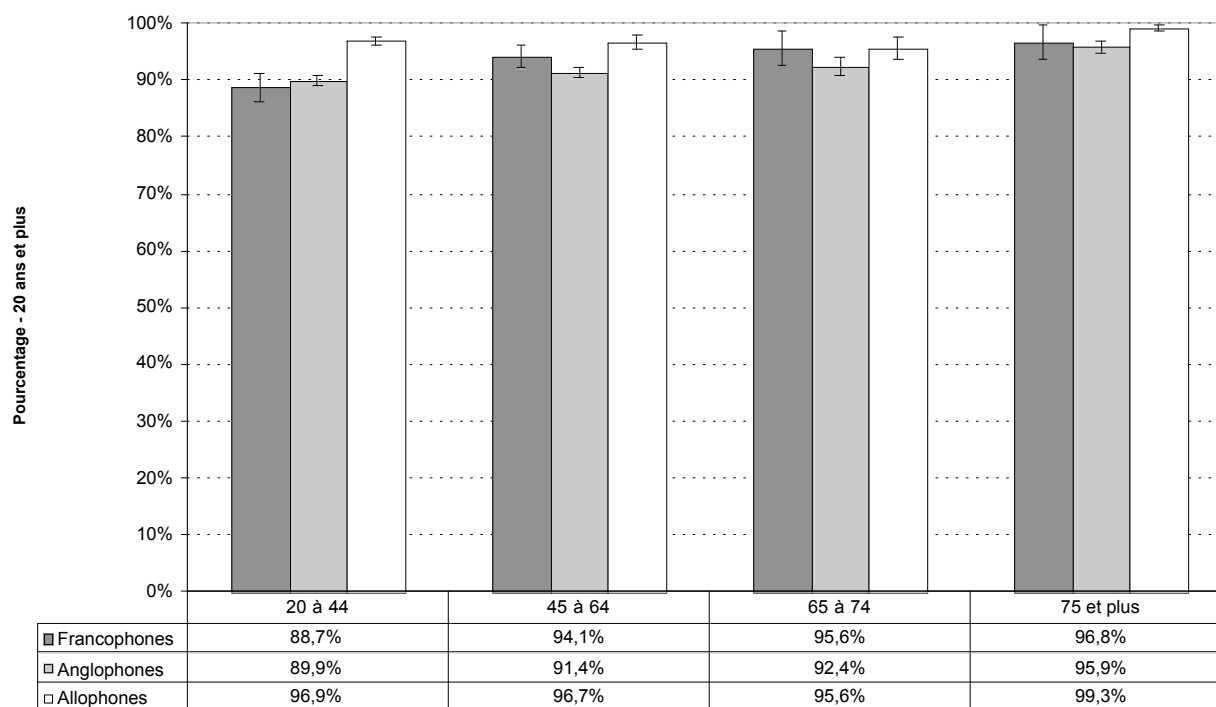
En 1996-1997, on remarquait qu'un pourcentage plus faible de francophones que d'anglophones déclaraient une **consommation excessive périodique d'alcool** au moins une fois par mois et que les allophones

### **Terminologie**

**Consommateurs d'alcool à faible risque** : Dans la population âgée de 20 ans et plus, des hommes dont la consommation se limite à quatorze consommations ou moins par semaine et des femmes dont la consommation se limite à neuf consommation ou moins par semaine. Les femmes enceintes qui n'ont pas consommé d'alcool et les personnes qui pratiquent l'abstinence sont incluses dans cette variable. Cette variable ne tient pas compte d'une des composantes importantes de la consommation à faible risque, soit « pas plus de 2 consommations ordinaires durant n'importe quelle journée ». Comme cette variable diffère de celle de l'ESO 1996-1997, il est impossible d'établir une comparaison avec les résultats de la première enquête

**Consommation excessive périodique d'alcool** : Proportion des personnes de 12 ans et plus qui consomment périodiquement des quantités excessives d'alcool, soit cinq consommations ou plus en une même occasion, plus d'une fois par mois..

**Figure 8.14 – Consommateurs à faible risque selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

avaient un taux nettement plus faible que les deux autres groupes.

En 2000-2001, bien qu'on observe la même tendance, la différence n'est pas significative entre les anglophones et les francophones. Il y a eu une hausse, faible mais significative, de ce taux de consommation chez la population francophone depuis l'enquête de 1996-1997. On note la même hausse chez les anglophones, mais non chez les allophones. La consommation excessive périodique par les allophones demeure toujours beaucoup moins élevée (figure 8.15).

Une proportion nettement plus élevée d'hommes (21 %) que de femmes francophones (5 %) font périodiquement une consommation excessive de boissons alcoolisées. La tendance est la même dans les autres groupes sociolinguistiques.

Autant pour la population francophone que pour l'ensemble de la population ontarienne, le taux de consommation diminue avec l'âge. Il y a une différence

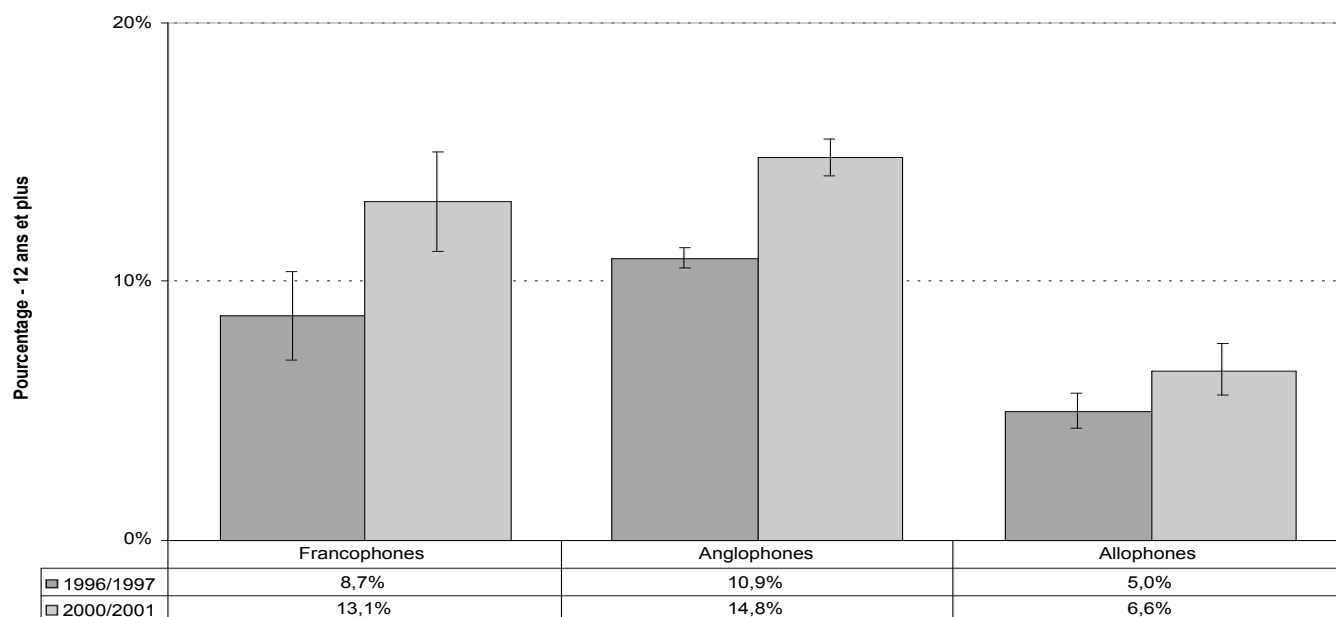
importante entre le taux des personnes âgées de 20 à 44 ans qui boivent périodiquement de l'alcool excessivement et celui des personnes âgées de 45 à 64 ans et ce, pour tous les groupes sociolinguistiques. À l'échelle provinciale ainsi que pour la population francophone, les personnes avec un diplôme universitaire ou collégial sont moins portés à boire de façon excessive périodiquement.

Lorsque l'on examine les résultats par subdivision, ce sont le Centre et Est-Champlain qui rapportent un taux moindre que les autres. Si on examine les trois grandes régions, on constate que l'Est et le Sud ont un taux moins élevé que le Nord. Cependant, on ne trouve pas ces différences régionales chez les francophones.

## F. Consommation excessive d'alcool (par semaine)

La variable « quinze consommations ou plus par semaine » a été retenue parmi les indicateurs, parce qu'elle pouvait se comparer à la variable utilisée dans l'ESO 1996-1997. Cette mesure est aussi en accord

**Figure 8.15 – Consommation excessive périodique selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et L'enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

avec les normes recommandées par le Centre de toxicomanie et de santé mentale<sup>22</sup>. Selon l'ESO 1996-1997, peu de consommateurs d'alcool francophones (6 %) déclaraient une **consommation excessive**.

En Ontario, selon l'ESCC 2000-2001, seulement 6 % de la population déclare consommer de l'alcool à l'excès. Ces taux sont semblables pour les francophones (6 %) et pour les anglophones (7 %). Seuls les allophones affichent un taux significativement moins élevé (3 %). Une comparaison entre les sexes montre que 10 % des hommes rapportent avoir consommé de l'alcool à l'excès, tandis que, chez les femmes, on n'en compte que 2 %. La tendance est la même chez les francophones et les anglophones. Chez les allophones, 5 % des hommes disent avoir consommé à l'excès; par contre, l'échantillon de femmes allophones était trop petit pour en faire l'analyse (figure 8.16).

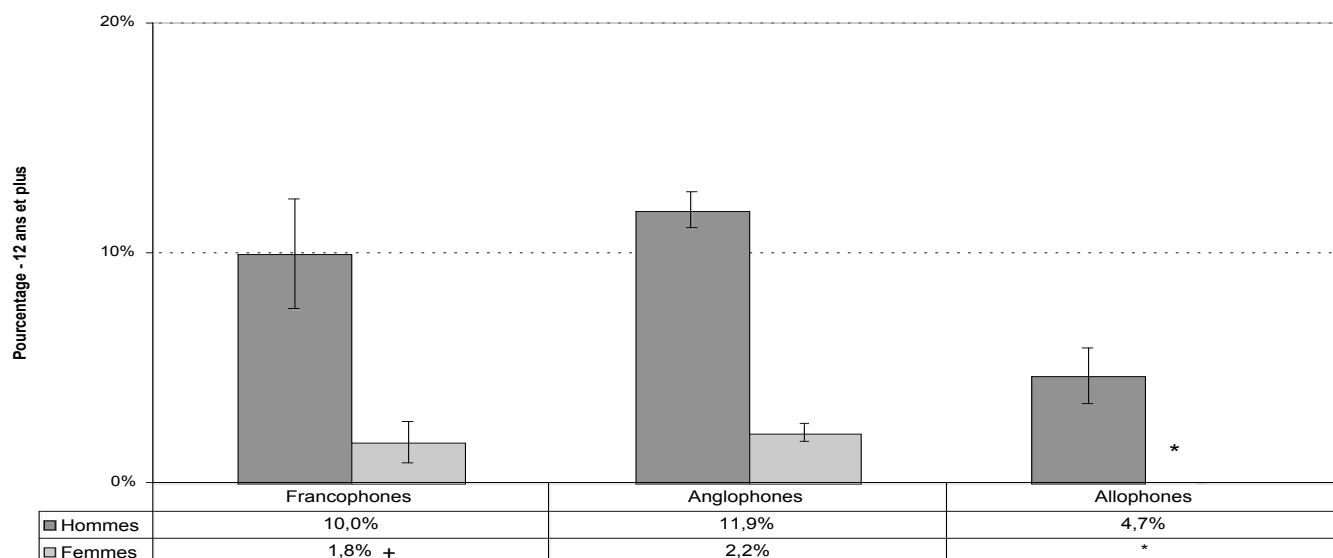
Comme on l'a vu pour les variables précédentes, la consommation excessive d'alcool dans l'ensemble de la population ontarienne est la plus élevée parmi les hommes de 20 à 44 ans et diffère de façon significative des 12 à 19 ans et des 75 ans et plus. On remarque la même tendance chez les francophones de 20 à 44 ans (8 %), mais la taille de l'échantillon ne permet pas une comparaison entre les groupes d'âge.

Pour ce qui est de la consommation excessive, il ne semble pas y avoir de différence significative selon le niveau de scolarité chez les francophones, ni dans l'ensemble de la population ontarienne. Le groupe de ceux qui sont à faible revenu dans l'ensemble de la population ontarienne sont moins portés à boire excessivement; cependant, encore là, la taille de l'échantillon ne permet pas de comparaisons entre les groupes francophones.

## Terminologie

**Consommation excessive d'alcool:** Proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui prennent quinze consommations ou plus par semaine.

**Figure 8.16 – Consommation élevée d'alcool selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note: \* Nombre insuffisant à rapporter

+ Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

## Comparaison régionale

Malgré des différences significatives entre les régions au niveau de l'ensemble de la population ontarienne, aucune différence régionale n'a été identifiée chez les francophones.

## G. Passager dans la voiture de quelqu'un en état d'ébriété

Malheureusement, la variable « abstinence avant de prendre le volant » n'était pas disponible dans l'ESCC 2000-2001, ce qui ne permet pas de comparaison avec l'ESO 1996-1997. Il y a toutefois une question se rapportant au fait d'être **passager dans la voiture d'un conducteur en état d'ébriété**. Les francophones, avec un taux de 4 %, ne diffèrent pas de l'ensemble de la population ontarienne ou des autres groupes sociolinguistiques.

Dans l'ensemble de la population ontarienne de 12 ans et plus, une proportion significativement plus élevée d'hommes (5 %) que de femmes (3 %) déclarent avoir accepté d'être passagers dans la voiture d'un conducteur en état d'ébriété. Bien que la différence est la même chez les anglophones et chez les allophones, il n'y en a aucune chez les francophones. Dans l'ensemble de l'Ontario, ce comportement à risque se retrouve en proportion plus élevée dans les groupes âgés de 12 à 19 ans et de 20 à 44 ans que dans les autres groupes d'âge. On ne voit pas ces différences chez les francophones, mais, ici encore, l'échantillon est petit.

Pour l'ensemble de la province et pour les trois groupes sociolinguistiques, on ne note aucune différence significative entre les catégories de revenu. Les francophones ne présentent aucune différence selon le niveau de scolarité. Cependant, dans l'ensemble de la province, on constate que ceux

## Terminologie

**Passager dans la voiture d'un conducteur en état d'ébriété** : Proportion des personnes de 12 ans et plus qui ont été passagères dans la voiture d'un conducteur en état d'ébriété au cours des douze mois précédant l'enquête.

qui ont complété leurs études post-secondaires sont moins portés à accepter d'être le passager d'un conducteur en état d'ébriété que ceux qui n'ont pas complété leurs études secondaires. Aucune différence régionale n'a été identifiée chez les francophones.

### 8.2.3 Réalités des francophones

En Ontario, l'âge légal pour consommer de l'alcool est de 19 ans, mais 52 % des francophones âgés de 12 à 19 ans rapportent avoir bu de l'alcool pendant l'année précédente. Ce taux de consommation chez les jeunes est plus élevé dans le Nord-Est de la province. Il sera important d'identifier les raisons pour ces variations. Il faudra mettre en place des programmes et des services appropriés aux jeunes francophones qui consomment avant l'âge légal.

Il est important de noter que la majorité des francophones adultes qui consomment des boissons alcooliques le font de façon modérée. Cependant, nous constatons que le taux de consommation excessive en 2000-2001 (13,7%) a vu une augmentation importante depuis 1996-1997 (8,7%).

Lors de leur étude qualitative sur la promotion de la santé et la prévention de la toxicomanie auprès des résidents francophones, DeWit, Bénéteau et leurs collègues ont constaté que l'accès aux services appropriés à la culture francophone est souvent difficile<sup>23</sup>. Il faut continuer à encourager et à déployer des stratégies qui amélioreront l'accessibilité et rencontreront les besoins distincts des francophones.

#### En bref...

- Dans l'ensemble de l'Ontario, ainsi que dans les groupes sociolinguistiques, il n'y a pas de différence significative entre les garçons de 12 à 19 ans et les filles du même âge quant à la consommation d'alcool.
- Au plan régional, les adolescents francophones du Nord-Est sont plus portés à consommer de l'alcool que ceux de la subdivision régionale Est-Champlain.
- En général, il y a peu de différence entre les francophones et les anglophones quant à la consommation habituelle d'alcool ; cependant les allophones sont moins portés à en consommer.
- Tant chez les francophones que chez les autres groupes ontariens, le taux de consommateurs habituels est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.
- Le taux de francophones abstinentes est moins élevé que celui de l'ensemble de la population ontarienne, mais cette situation s'explique en grande partie par le taux élevé d'abstinentes allophones. Cependant, le taux d'abstinentes anglophones a diminué depuis 1996-1997, tandis que celui des francophones et des allophones n'a pas changé. Tout comme l'ensemble de la population ontarienne, la plupart des francophones qui consomment de l'alcool le font de façon modérée.
- Il n'y a pas de différence significative entre les francophones et les anglophones quant à la consommation d'alcool de façon excessive au moins une fois par mois, mais les allophones rapportent un taux nettement plus faible que les francophones et les anglophones.
- Il y a eu une hausse, faible mais significative, dans le taux de consommation excessive périodique d'alcool dans la population francophone depuis l'enquête de 1996-1997. On note la même hausse chez les anglophones, mais non chez les allophones.
- En Ontario, une proportion significativement plus élevée d'hommes que de femmes déclarent avoir accepté d'être passagers dans la voiture d'un conducteur en état d'ébriété. Bien que la différence est la même chez les anglophones et chez les allophones, il n'y en a aucune chez les francophones.

## 8.3 POIDS SANTÉ ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Line Tremblay, Université Laurentienne  
Claude Lajoie, Université Laurentienne

L'excès de poids corporel est un problème médical sérieux et c'est une question de santé et un enjeu de société. La recherche a démontré que le maintien d'un poids acceptable au moyen d'une bonne alimentation et de la pratique de l'activité physique régulière peut réduire les risques pour la santé et augmenter la longévité<sup>24</sup>. Ainsi, depuis 1990, Santé et Bien-Être Canada recommande l'adoption d'habitudes alimentaires saines et la pratique de l'activité physique<sup>25</sup>.

Les études épidémiologiques utilisent l'**indice de masse corporelle (IMC)**, un rapport entre le poids et la taille, pour déterminer chez les personnes l'insuffisance de poids, le poids santé, l'embonpoint ou l'obésité selon les normes établies par les organismes de santé. L'IMC est l'indicateur le plus utile pour évaluer les risques pour la santé découlant d'un poids insuffisant ou d'une surcharge pondérale<sup>26</sup>. Il est également le seul praticable en recherche épidémiologique, comme c'est le cas pour l'ESCC 2000-2001. Quant aux classifications de poids, on utilisera celles que recommandent le Guide canadien de la classification de poids chez les adultes<sup>27</sup> et les standards internationaux de l'Organisation mondiale de la santé. Pour les fins de la comparaison des résultats de l'ESCC 2000-2001 avec ceux de l'ESO 1996-1997, les normes de Santé Canada en 1996 ont également été utilisées. Selon l'ESO 1996-1997, 19 % des Canadiens âgés de 20 à 64 ans montraient de l'embonpoint et 29 % étaient classifiés obèses<sup>28</sup>. De plus, il ressort des résultats de différentes enquêtes que les taux d'obésité

sont en augmentation, tant chez les enfants<sup>29</sup> que chez les adultes<sup>30</sup>.

De nombreuses recherches appuient l'hypothèse selon laquelle le risque de mortalité est accru lorsque l'IMC est supérieur à 25<sup>31</sup>. L'obésité sévère augmente considérablement les risques de mortalité : chez les personnes de 25 à 35 ans, celles qui sont sévèrement obèses présentent douze fois plus de risques que celles qui ont un poids acceptable ou qui sont naturellement minces<sup>32</sup>. L'obésité est associée à de nombreuses conséquences négatives affectant la qualité et l'espérance de vie comme le diabète, les troubles cardiovasculaires, le cancer, l'arthrite, des difficultés respiratoires, des problèmes musculo-squelettiques, des troubles cutanés et de l'infertilité<sup>33</sup>. Par conséquent, les risques de contracter une maladie chronique augmentent proportionnellement avec l'augmentation de l'IMC<sup>34</sup>.

L'obésité est également associée à des troubles psychologiques comme l'anxiété et la dépression, de même qu'à une faible estime de soi<sup>35</sup>. L'obésité et l'embonpoint sont également des facteurs de risque de développer des troubles alimentaires de type restrictifs.

### Facteurs déterminants

L'obésité est déterminée par un ensemble de facteurs biologiques et environnementaux. La préférence pour les aliments qui ont une valeur énergétique élevée, comme les aliments riches en sels, en graisses et en sucres, et le rejet des aliments amers<sup>36</sup> d'une part, et la réduction de la pratique de l'activité physique et l'augmentation des comportements sédentaires<sup>37</sup> d'autre part, contribuent au développement de l'obésité.

Des habitudes alimentaires saines et la pratique de l'activité physique régulière permettent de maintenir un poids santé. La diminution du poids corporel atténue

### Terminologie

**Indice de masse corporelle (IMC)** : On obtient l'IMC en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres (kg/m). Le poids santé des personnes de 20 à 64 ans (à l'exclusion des femmes enceintes) est déterminé à partir des classifications normatives suivantes.

Normes de 1996-1997 : Les valeurs obtenues de l'IMC sont interprétées de la manière suivante:

- |                                |           |                       |         |
|--------------------------------|-----------|-----------------------|---------|
| 1) poids insuffisant :         | < 20      | 2) poids acceptable : | 20 à 25 |
| 3) poids un peu excédentaire : | 25,1 à 27 | 4) embonpoint :       | > 27    |

Standards internationaux: Ils sont les mêmes que ceux du Guide canadien de la classification chez les adultes 2003. Les valeurs obtenues de l'IMC sont interprétées de la manière suivante:

- |                        |           |                       |             |
|------------------------|-----------|-----------------------|-------------|
| 1) poids insuffisant : | = < 18,5  | 2) poids acceptable : | 18,5 à 24,9 |
| 3) embonpoint :        | 25 à 29,9 | 4) obèse :            | > 30,0      |

les effets négatifs de l'obésité sur la santé, tout en diminuant les symptômes de dépression et d'anxiété qui y sont associés<sup>38</sup>. La pratique de l'activité physique régulière prévient plusieurs maladies chroniques comme le diabète<sup>39</sup>, augmente la longévité<sup>40</sup>, est associée à moins de jours de maladie et à une perception plus positive de son état de santé, tout en améliorant la qualité de vie<sup>41</sup>. Malgré les bienfaits de la pratique de l'activité physique sur la santé en général et contre l'obésité en particulier, les résultats de l'ESCC 2000-2001 révèlent que la majorité des Canadiens (56 %) sont physiquement inactifs et, quoique ces taux aient diminué depuis 1990, une majorité de Canadiens courent encore un risque accru de contracter une maladie chronique ou de décéder prématurément en raison de leur mode de vie inactif<sup>42</sup>.

### **8.3.1 Études provinciales antérieures**

#### **A. Poids santé**

Selon le premier rapport, moins de la moitié des francophones (44 %) se situaient dans la catégorie de poids « acceptable ». Ces derniers ne se distinguaient pas des anglophones ni des allophones. La proportion de la population franco-ontarienne faisant de l'embonpoint s'élevait à 31 % tandis que 8 % présentait un poids insuffisant. Au niveau de l'ensemble de la population ontarienne, l'obésité était plus marquée chez les personnes sans diplôme d'études secondaires, et cette tendance était encore plus élevée chez les francophones. L'enquête révélait aussi qu'un plus fort pourcentage des francophones vivant dans le Sud de la province (52 %) avaient un poids acceptable en comparaison de ceux du Nord (38 %). De plus, les francophones qui vivaient au Nord de la province faisaient plus d'embonpoint (37 %) que ceux qui habitaient à l'Est (32 %) et au Centre (24 %).

#### **B. Indice de masse corporelle et tabagisme**

En 1996-1997 en Ontario, 27 % des personnes ayant un poids insuffisant rapportaient faire usage quotidien du tabac. Parmi les personnes faisant de l'embonpoint, 23 % fumaient. Ces résultats étaient les mêmes pour la population franco-ontarienne.

### **C. Activité physique**

L'ESO 1996-1997 montre que les deux tiers (64 %) des francophones pratiquaient une activité physique régulière. Ces taux étaient comparables à ceux des anglophones et de l'ensemble de la population ontarienne, mais supérieurs à ceux des allophones (54 %). Pour l'ensemble de la population ontarienne, comme chez les francophones, l'enquête montre que la pratique de l'activité physique diminuait avec l'âge. Selon l'indice d'activité physique qui mesure l'intensité des activités et son impact sur la santé cardiovasculaire, seulement 21 % de l'ensemble de la population ontarienne était active. On a trouvé que c'était le cas de plus de francophones (24 %) que de non-francophones (20 %). Chez les trois groupes sociolinguistiques, les hommes étaient plus actifs que les femmes. Chez les francophones, les jeunes de 12 à 19 ans étaient les plus actifs, tandis que ceux de plus de 64 ans l'étaient le moins. Autant chez les francophones que pour l'ensemble de la population ontarienne, les diplômés collégiaux et universitaires constituaient le groupe le plus actif (24 %) comparés à ceux qui n'avaient pas terminé leur secondaire (16 %). Les personnes à faible revenu se disaient moins actives que celles qui avaient un revenu moyen ou élevé.

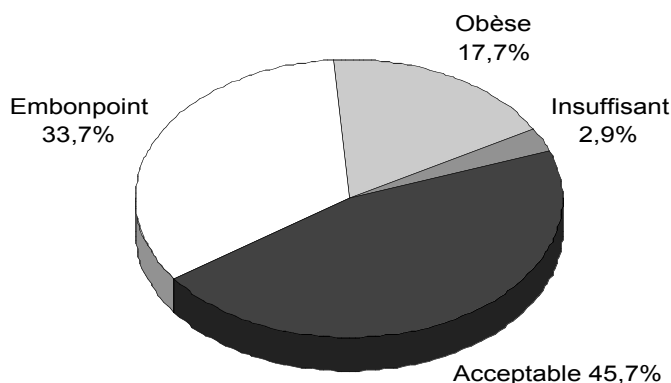
### **8.3.2 Résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001**

#### **A. Indice de masse corporelle**

En 2000-2001, selon les standards internationaux de l'IMC, 18 % des francophones âgés de 18 ans et plus étaient obèses, 34 % faisaient de l'embonpoint, 46 % avaient un poids acceptable et 3 % un poids insuffisant (figure 8.17).

La proportion de personnes obèses chez les francophones était légèrement, mais significativement, supérieure à celle de l'ensemble de la population ontarienne (15 %) et similaire à celle des anglophones (16 %) (figure 8.18). La proportion des personnes obèses chez les francophones et chez les anglophones était significativement supérieure à celle des allophones (12 %). Dans l'ensemble de la

**Figure 8.17 – Catégories de poids – population francophone de 18 ans et plus, 2000-2001**



\* Les résultats sont basés sur les standards internationaux de l'indice de masse corporelle (IMC)  
 Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

population de l'Ontario, la proportion de personnes obèses était significativement plus élevée dans le Nord (19 %) que dans le Sud (15 %) et dans l'Est (16 %). Chez les francophones, il n'y avait pas de différence régionale concernant les taux d'obésité.

L'alimentation saine comprend aussi la consommation de fruits et de légumes, une autre variable de l'ESCC 2000-2001. Dans l'ensemble, 36 % des francophones âgés de 12 ans et plus ont consommé au moins cinq portions de fruits et de légumes chaque jour. Il n'existe pas de différence significative à ce sujet entre les francophones et les autres groupes sociolinguistiques.

## B. Indice de masse corporelle et tabagisme

Dans l'ensemble de la population ontarienne, la proportion de non-fumeurs est un peu moins élevée chez les personnes qui ont un poids santé (73 %) que chez celles qui font de l'embonpoint (75 %) ou chez celles qui sont obèses (76 %); la différence est petite, mais significative (figure 8.19). Chez les anglophones aussi, la différence est significative. On observe une tendance similaire chez les francophones.

## C. Activité physique

Deux mesures servent à évaluer le niveau de pratique de l'activité physique. La première, l'activité physique régulière, porte sur la fréquence. La seconde, appelée « indice d'activité physique » (IAP), tient compte de la fréquence, de l'intensité de l'activité et de son impact sur la santé cardio-vasculaire.

### Activité physique régulière

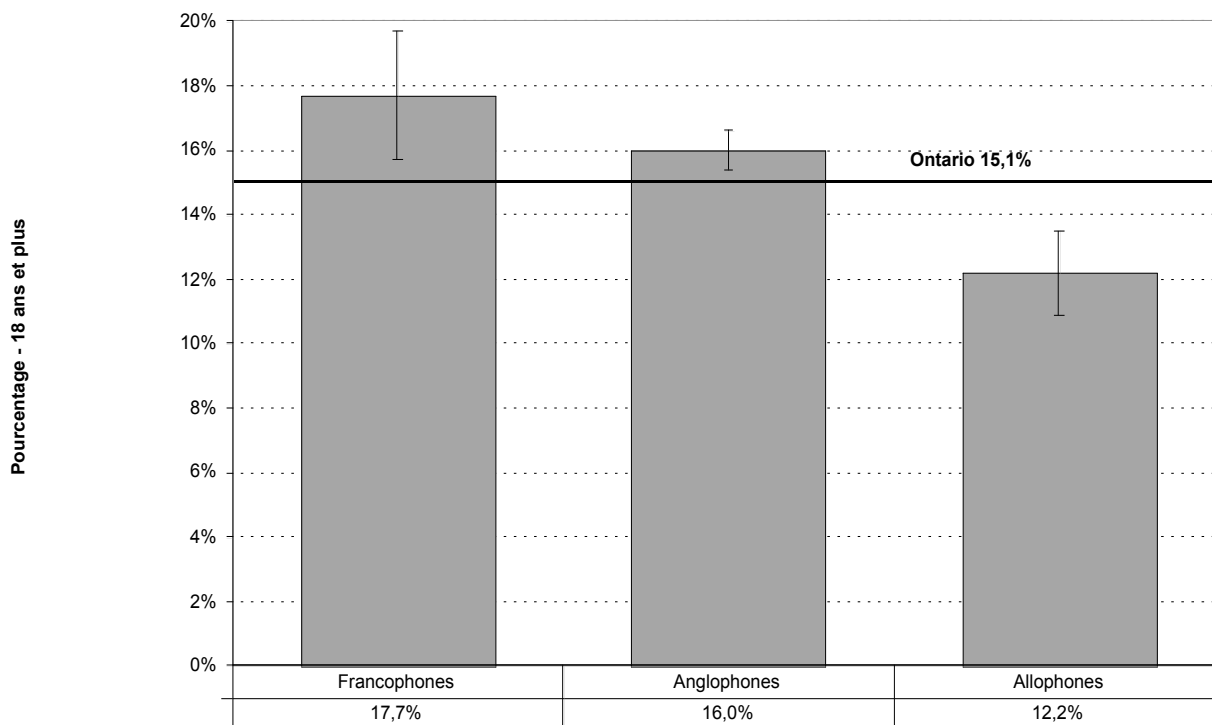
Selon l'ESCC 2000-2001, 61 % des francophones âgés de 12 ans et plus ont déclaré pratiquer une **activité physique régulière** durant le mois précédant l'enquête. Cette proportion est comparable à l'ensemble de la population de l'Ontario (61 %), mais est significativement plus élevée que celle des allophones (52 %). L'écart est encore plus marqué entre les anglophones (64 %) et les allophones.

La pratique régulière d'une activité physique varie selon l'âge des répondants (figure 8.20). Les francophones qui sont âgés de 12 à 19 ans (76 %) sont ceux qui ont le plus souvent déclaré pratiquer une activité physique régulière. Cette proportion de jeunes répondants est significativement plus importante

## Terminologie

**Activité physique régulière:** Activité qu'une personne pratique pour une durée de plus de quinze minutes et à une fréquence de douze fois ou plus chaque mois. Cette variable se limite à la fréquence des activités.

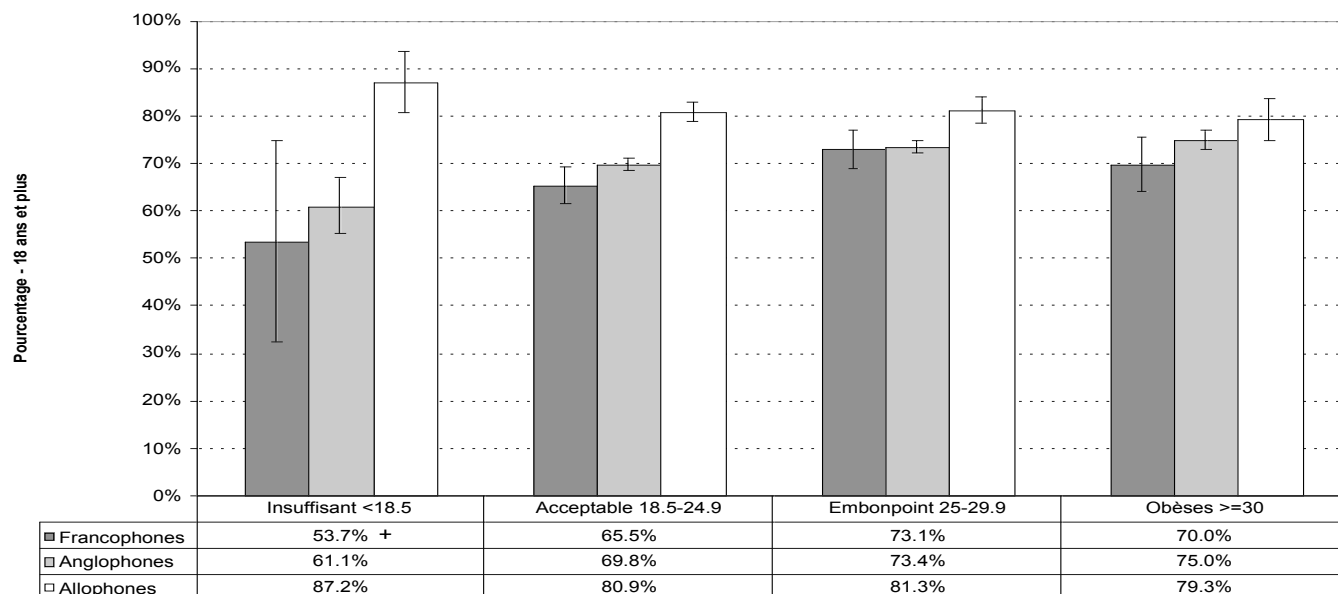
**Figure 8.18 – Personnes obèses selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note: Les résultats sont basés sur les standards internationaux de l'indice de masses corporelle (IMC)

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 8.19 – Non-fumeurs selon la catégorie de poids et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**

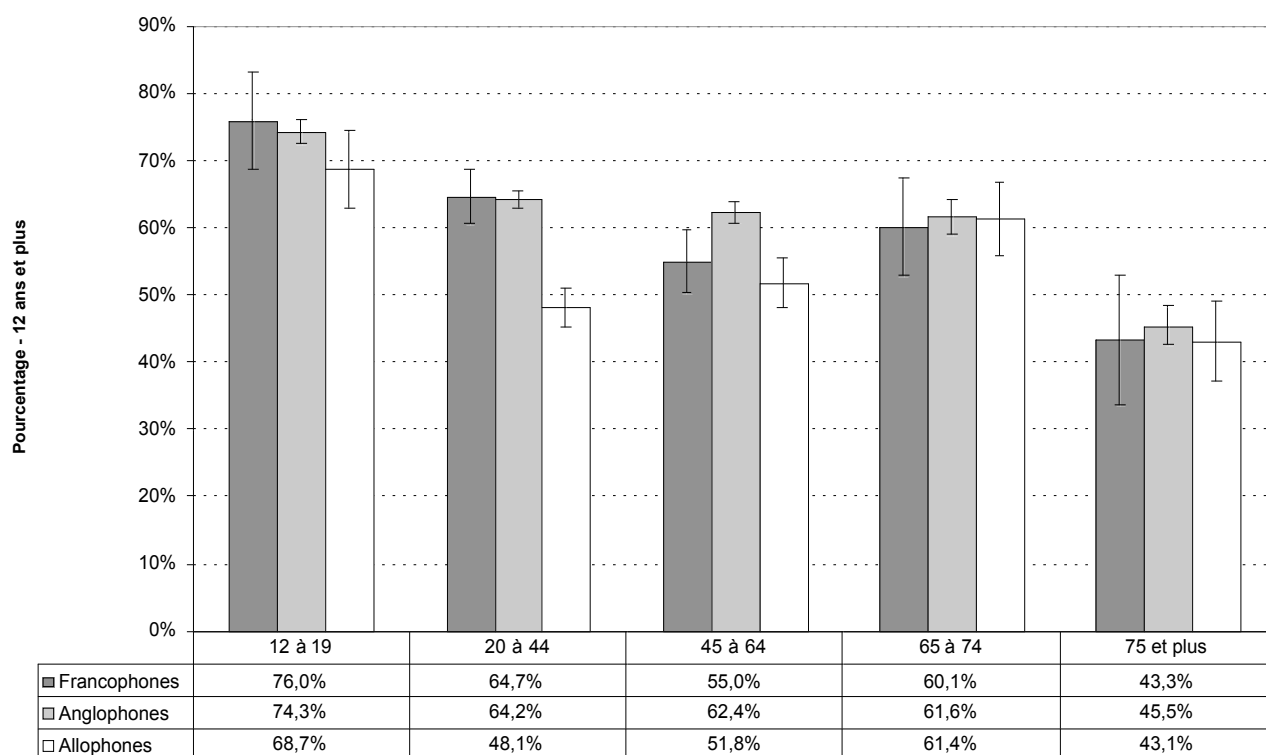


Notes: Les résultats sont basés sur les standards internationaux de l'indice de masses corporelle (IMC)

+ Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 8.20 – Activité physique régulière selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note : Les résultats sont basés sur les standards internationaux de l'indice de masses corporelle (IMC)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

que celles de tous les autres groupes d'âge, sauf le groupe des 20 à 44 ans où la tendance est présente, mais non significative. Les francophones âgés de 45 à 64 ans sont ceux qui sont proportionnellement les moins nombreux à déclarer pratiquer une activité physique régulière (55 %) et cette proportion diffère significativement de celle des francophones des groupes d'âge plus jeunes ainsi que de celle observée chez les anglophones du même groupe d'âge.

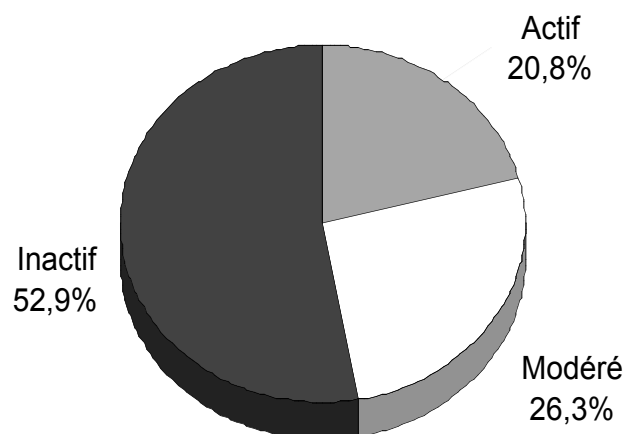
Le niveau de scolarité, la présence à la maison d'enfants de moins de 6 ans et le revenu n'ont pas d'effet significatif sur la pratique de l'activité physique régulière chez les francophones. Cette dernière observation diffère de la constatation relative à l'ensemble de la population ontarienne dont les personnes ayant un revenu moyen ou élevé ont plus souvent déclaré être actifs, comparativement aux personnes à revenu faible ; la différence est significative.

## Indice de l'activité physique

Selon l'ESCC 2000-2001, 21 % des francophones âgés de 12 ans et plus sont physiquement actifs, 26 % sont modérément actifs et 53 % sont inactifs (figure 8.21). La proportion des francophones physiquement actifs est comparable à celle de l'ensemble de la population de l'Ontario (23 %), quels que soient l'âge, le revenu ou la présence d'enfants de moins de 6 ans à la maison.

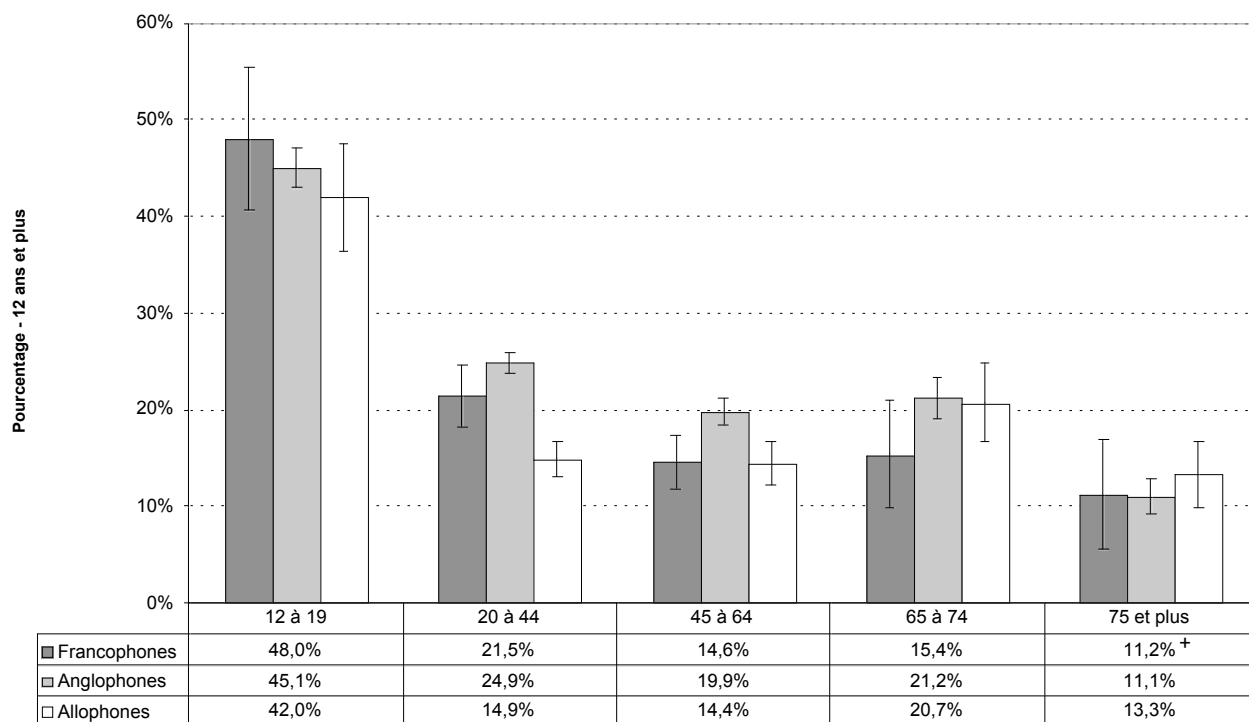
En général, la proportion des francophones âgés de 12 ans et plus qui sont physiquement actifs est significativement plus faible (21 %) que celle mesurée chez les anglophones (25 %). L'enquête révèle aussi que la proportion des francophones âgés de 12 à 19 ans qui se disent physiquement actifs est significativement plus élevée que celle des francophones de tous les autres groupes d'âge. Cette dernière observation est aussi valable pour l'ensemble de la population ontarienne (figure 8.22).

**Figure 8.21 – Niveaux d'activité physique – population francophone, 2000-2001**



Note: \* Les résultats sont basés sur les standards internationaux de l'indice de masse corporelle (IMC )  
 Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), l microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue l'Ontario

**Figure 8.22 – Activité physique régulière (IAP) selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Notes : \* Les résultats sont basés sur les standards internationaux de l'indice de masse corporelle (IMC )

+ Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Si l'on examine les différences régionales pour l'ensemble de la population ontarienne, la pratique de l'activité physique est plus importante dans le Nord (67 %) et dans l'Est (66 %) que dans le Sud (59 %). Quoique non significatif, un patron similaire est observable chez les francophones (Nord, 64 %; Est, 62 %; Sud, 59 %). Selon l'IAP, pour l'ensemble de la population ontarienne, la proportion de personnes physiquement actives est significativement plus élevée dans le Nord (29 %) que dans l'Est (25 %) et dans le Sud (22 %). Bien que cette tendance soit semblable chez les francophones, on ne note aucune différence significative entre les régions (Nord, 25 %; Est, 19 %; Sud, 20 %). La proportion de francophones actifs physiquement vivant dans le Nord et dans l'Est est significativement plus faible que la proportion d'anglophones dans ces mêmes régions (Nord, 30 %; Est, 27 %).

#### D. Indice de masse corporelle et activité physique

On observe une proportion significativement plus faible de francophones qui se déclarent obèses et qui sont physiquement actifs (12 %), comparativement aux

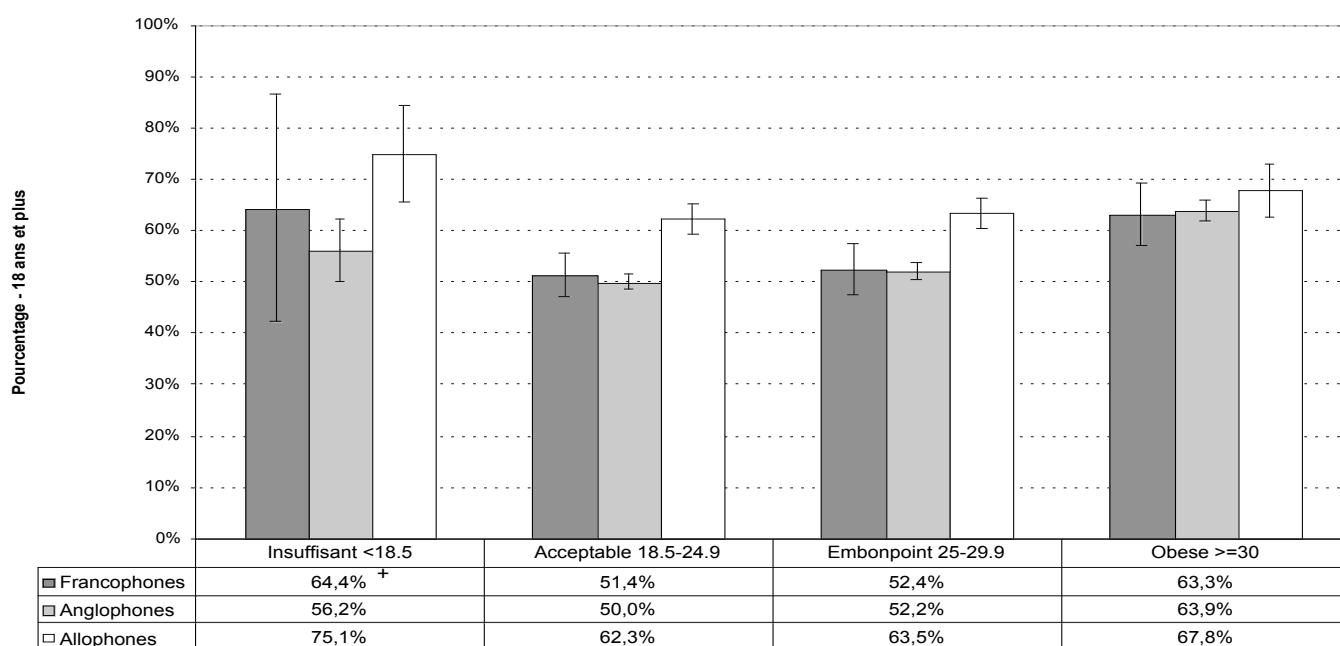
proportions de francophones qui déclarent de l'embonpoint (20 %) ou un poids santé (22 %). Ce patron est similaire chez les autres groupes sociolinguistiques.

Dans l'ensemble de la population ontarienne, les plus grandes proportions de personnes inactives se retrouvent dans les catégories de poids extrêmes (poids insuffisant et obésité) (figure 8.23). Ces proportions sont significativement supérieures à celles des deux autres catégories de poids (poids santé et embonpoint). De la même façon, les francophones qui sont obèses et inactifs se distinguent proportionnellement de ceux qui font de l'embonpoint et de ceux qui sont de poids acceptable, mais les résultats de la catégorie de poids insuffisant s'interprètent difficilement en raison du petit échantillon (figure 8.24).

#### 8.3.3 Comparaison entre 2000-2001 et 1996-1997

Pour fins de comparaison, les données de l'ESCC 2000-2001 ont aussi été analysées d'après les mêmes

**Figure 8.23 – Personnes inactives selon la catégorie de poids et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**

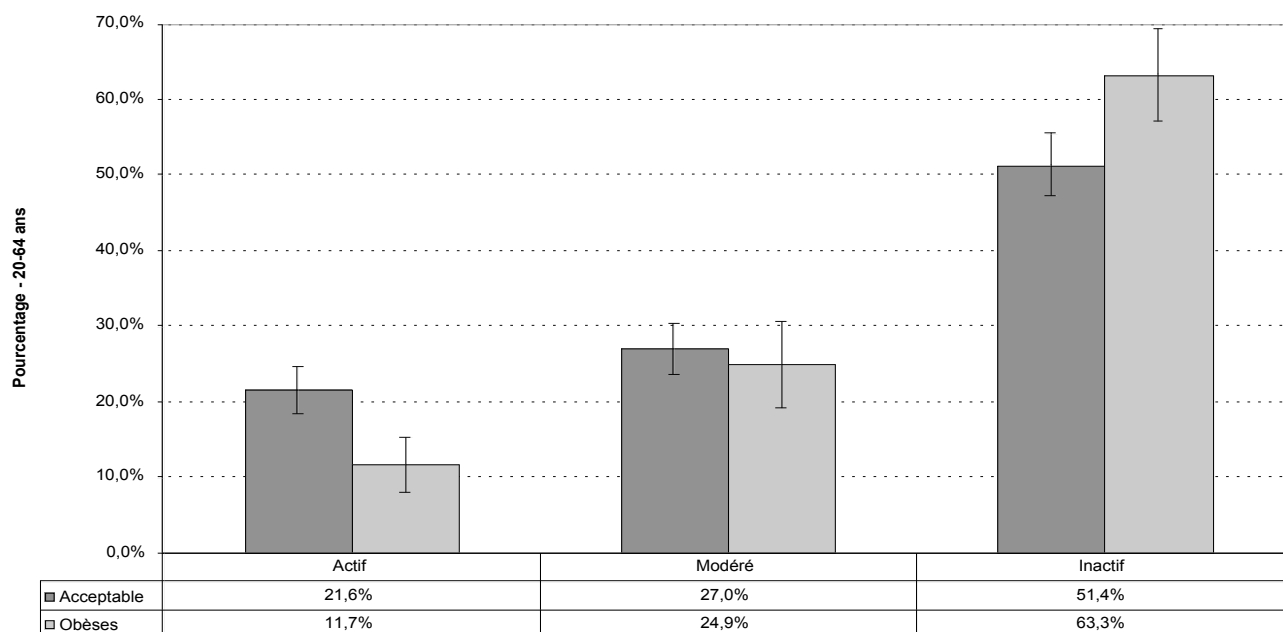


Notes: \* Les résultats sont basés sur les standards internationaux de l'indice de masse corporelle (IMC)

+ Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

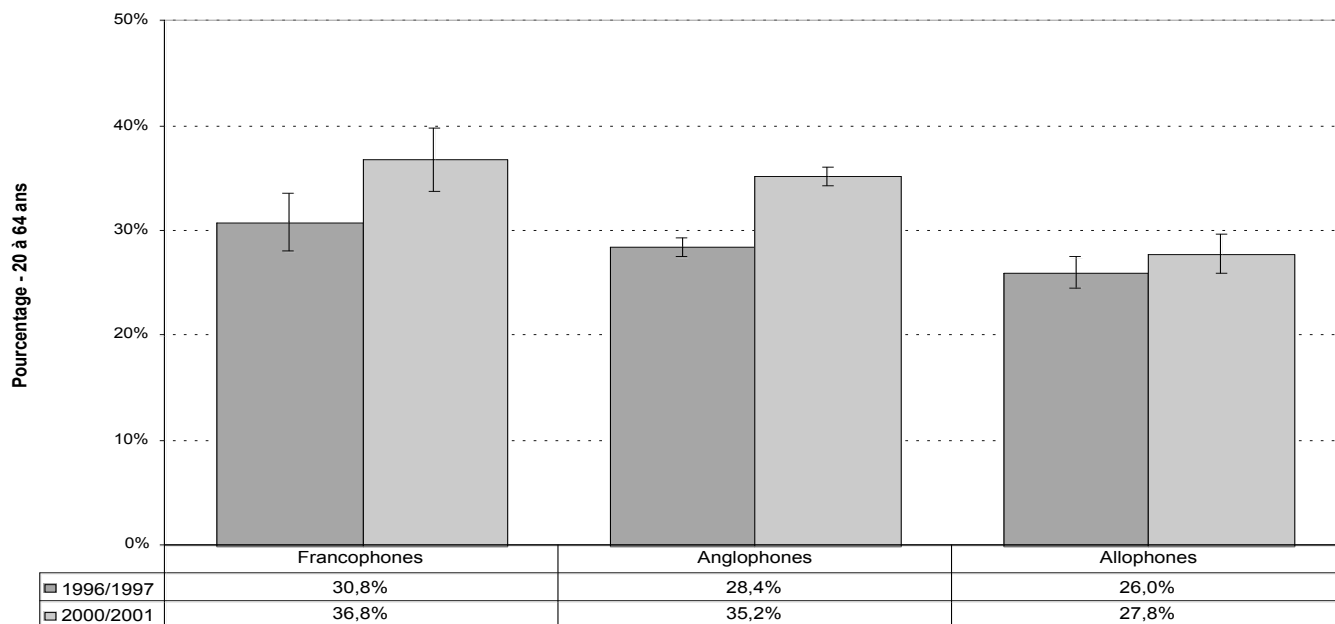
Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 8.24 – Niveau d'activité selon les catégories de poids – population francophone, 2000-2001**



Source: Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes 2000/01, Statistique Canada, Fichier de Microdonnées à Partager, Division de la planification de la santé, ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 8.25 – Personnes faisant de l'embonpoint selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et L'enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

catégories de IMC utilisées lors de l'ESO 1996-1997 et indiquées dans le premier rapport. On verra donc que les résultats présentés dans cette section diffèrent de ceux des sections précédentes, qui utilisaient les nouveaux standards internationaux de l'IMC.

## A. Indice de masse corporelle

Selon les normes utilisées dans l'enquête menée en 1996-1997, quatre francophones âgés de 20 à 64 ans sur dix (41 %) se situaient dans la catégorie de poids acceptable. Toutefois, on peut observer une augmentation significative de la proportion des francophones faisant de l'embonpoint depuis 1996-1997 (31 %) (figure 8.25). C'est également le cas des anglophones (28 %), mais pas celui des allophones (26 %).

## B. Activité physique

Chez les francophones, on n'observe pas de différence concernant la pratique régulière de l'activité physique entre l'enquête de 1996-1997 (64 %) et celle de 2000-

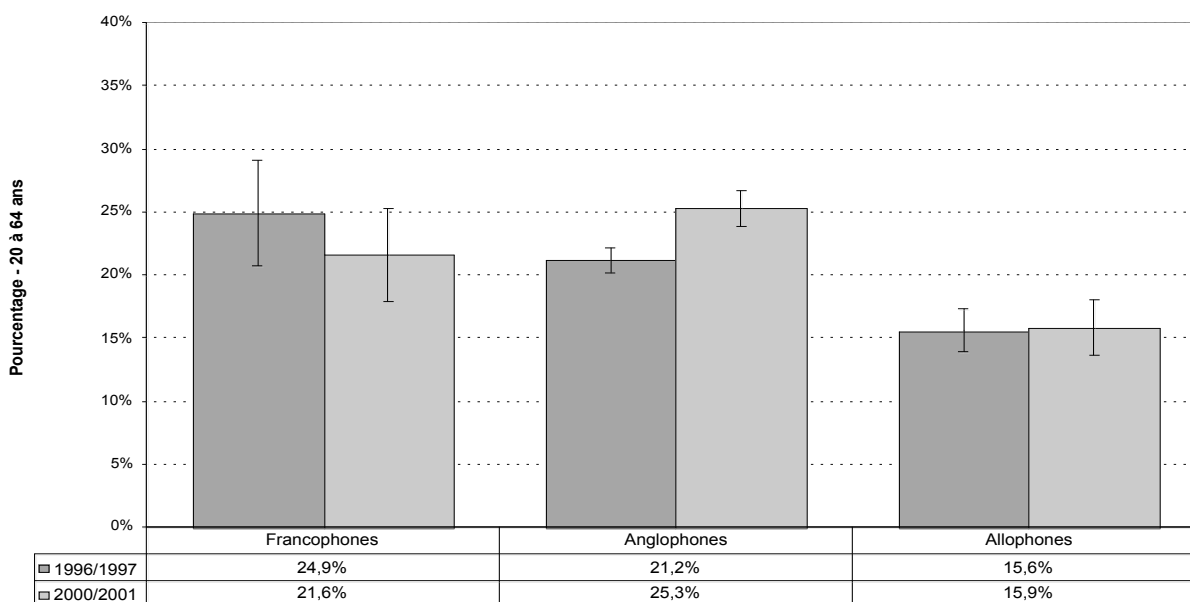
2001 (61 %). Les faibles taux de pratique de l'activité physique régulière déclarée en 2000-2001 (55 %) par les francophones âgés de 45 à 64 ans sont similaires aux taux rapportés dans l'enquête de 1996-1997 (58 %).

De plus, il n'existe pas de différence de pratique de l'activité physique chez les francophones de 12 ans et plus qui sont actifs physiquement en 2000-2001 (21 %) en comparaison de 1996-1997 (24 %)

## C. Indice de masse corporelle et activité physique

On observe une petite augmentation significative de la proportion de l'ensemble de la population ontarienne qui est de poids acceptable et physiquement active en 2000-2001 (23 %) par rapport à 1996-1997 (20 %). C'est en grande partie expliqué par une augmentation significative de la proportion d'anglophones qui sont de poids acceptable et physiquement actifs en comparaison de 1996-1997 (21 %). Il n'y a pas eu de changement à cet égard chez les francophones (25 %) ni chez les allophones (16 %) (figure 8.26).

**Figure 8.26 – Personnes de poids acceptable et physiquement actives selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et L'enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

### 8.3.4 Réalités des francophones

En 1997, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables du sport et de l'activité physique ont reconnu que l'inactivité représentait un danger pour la santé. Ils se sont fixés comme objectif de réduire de 10 %, entre 1998 et 2003, le nombre de Canadiens dont l'activité physique est déficiente. La tendance semble se diriger en sens inverse, puisque

l'inactivité physique chez les jeunes de 12 à 19 ans a augmenté d'environ 15 points de pourcentage entre les deux enquêtes : 37 % selon l'ESO 1996-1997 et 52 % selon l'ESCC 2000-2001. Cette situation n'augure pas bien pour le futur, puisque la maladie cardiovasculaire, le diabète de type 2, certains cancers et l'ostéoporose sont des causes importantes de mortalité et d'invalidité et l'inactivité physique accentue leurs effets.

#### En bref...

- La proportion des francophones obèses est légèrement supérieure à celle des personnes obèses dans l'ensemble de la population de la province.
- On note une augmentation dans la proportion des francophones faisant de l'embonpoint depuis l'ESO 1996-1997.
- Le niveau de scolarité, la présence d'enfants de moins de 6 ans à la maison et le revenu n'influencent pas la pratique régulière d'activité physique des francophones.
- La proportion des francophones âgés de 20 ans et plus qui sont physiquement actifs est significativement plus faible que celle des anglophones.
- La proportion des francophones âgés de 12 ans et plus qui sont physiquement actifs est significativement plus élevée que celles des francophones de tous les autres groupes d'âge, mais significativement moins élevée que celle des anglophones du même groupe d'âge.
- La proportion des francophones physiquement actifs vivant dans le Nord et l'Est est plus faible que celle des anglophones de ces mêmes régions.
- Comme dans l'ensemble de la population ontarienne, les francophones plus scolarisés sont proportionnellement moins nombreux à être obèses.
- Chez les francophones, on n'observe pas d'amélioration de la pratique régulière de l'activité physique entre l'ESO 1996-1997 et l'ESCC 2000-2001.

## 8.4 Santé sexuelle

Monique Benoit, Université Laurentienne  
Paul-André Gauthier, Collège Boréal

Promouvoir la santé et le mieux-être sexuels par une sexualité saine est un objectif poursuivi depuis plusieurs années par les intervenants de la santé au Canada. Toutefois, cette promotion n'obtient pas encore les résultats espérés puisqu'il existe encore des risques liés aux infections transmises sexuellement (ITS), ce qui incite à s'interroger sur l'efficacité des messages et des interventions actuellement en vigueur. En 1997, E. Maticka-Tyndale soulignait, dans une étude fondatrice, que le nombre de partenaires

sexuels, l'âge à la première relation sexuelle et le refus d'utiliser le condom pouvaient constituer des comportements à risque élevé et entraîner la hausse des taux de ITS<sup>43</sup>. Or, les statistiques canadiennes montraient, entre 2003 et 2004, une augmentation marquée des taux de chlamydia partout au Canada, notamment en Ontario et au Québec<sup>44</sup>. En Ontario, cette augmentation a représenté quelques cinq cent nouveaux cas. De même, en 2003, le *Journal de l'Association médicale canadienne* signalait une augmentation de plus de 40 % des taux de gonorrhée au cours des cinq années précédentes; seulement chez les hommes âgés de moins de 30 ans, il indiquait une augmentation de plus de 6 000 cas de gonorrhées en 2001<sup>45</sup>.

Ces incidences relativement aux deux principales ITS que sont la gonorrhée et la chlamydia, autant que la difficulté plus grande d'atteindre les groupes à risque de contracter le VIH ou le Sida, nécessitent une intervention non seulement des instances de santé, mais aussi du milieu de l'éducation. Ainsi, la dernière refonte (2003) des « Lignes directrices nationales en matière d'éducation en santé sexuelle » de l'Agence de santé publique du Canada souligne que : « Les idées et les normes relatives à la sexualité et à la santé proviennent d'une variété de sources, y compris les coutumes sociales, la science, la médecine, les croyances religieuses et les expériences personnelles<sup>46</sup> ». Ces divers modèles relatifs à la position sociale et aux valeurs sont influencés par la culture, le statut socioéconomique et les croyances, si bien que les données relatives à la santé sexuelle ne représentent pas toujours adéquatement la diversité des opinions sur la sexualité. Il faut encore insister sur le fait qu'en matière de sexualité, Statistique Canada signale qu'il faut s'attendre à ce que « la réponse à ce genre de question, de nature personnelle, puisse être biaisée et ne pas représenter un estimé juste et fiable des taux réels qui existent dans la population<sup>47</sup> ». Les données de l'ESCC 2000-2001 sur la santé sexuelle donnent un aperçu des taux auto-déclarés et permettent de souligner combien le niveau de scolarité et, plus encore, le statut socioéconomique influencent les comportements à risque dans les principaux groupes sociolinguistiques étudiés. Enfin, il faut noter que l'échantillon de l'ESO 1996-1997 était formé de personnes de 15 à 44 ans alors que celui de l'ESCC 2000-2001 l'était de personnes de 15 à 59 ans. Les données peuvent représenter de légers écarts en raison des répondants de la génération des 44 à 59 ans qui se sont ajoutés à la population étudiée en 2000-2001.

### 8.4.1 Enquêtes antérieures

Le premier rapport précisait qu'il n'y avait pas de différence significative entre les francophones (51 %) et les anglophones (50 %) quant au début de l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans. Le rapport soulignait

que, comme pour l'ensemble de la population de l'Ontario, c'était les hommes francophones (53 %) qui avaient plus tendance que les femmes francophones (49 %) à avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans. Les francophones à faible revenu (58 %) étaient plus susceptibles d'en avoir eues que les francophones à revenu moyen et élevé (51 %). Les femmes francophones (49 %) avaient tendance à avoir des relations sexuelles à un âge plus jeune que les femmes non francophones (39 %). Et, parmi les différences régionales, le rapport notait que les francophones du Nord (57 %) avaient tendance à avoir leur première relation sexuelle à un âge plus jeune que ceux du Sud (49 %) et de l'Est (49 %). Le taux d'activité sexuelle des adolescents francophones était plus élevé (52 %) que celui des anglophones (38 %) et celui des allophones (18 %). Enfin, il n'y avait pas de différence significative entre les francophones et les autres groupes sociolinguistiques quant à l'utilisation du condom<sup>48</sup>.

### 8.4.2 Résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001

#### A. Début de l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans

En 2000-2001, 48 % des francophones âgés de 15 à 59 ans déclarent avoir connu leur **début de l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans**. Aucune différence significative n'existe entre ces francophones et les anglophones (49 %). Cependant, on relève une différence significative entre les francophones, d'une part, et l'ensemble de l'Ontario (44 %) et les allophones (27 %) d'autre part, de même qu'entre les anglophones et les allophones. Cette même différence se retrouve dans la population allophone lorsqu'on considère cet indicateur selon le sexe, le niveau de revenu, la scolarisation, la présence d'enfants de moins de 6 ans à la maison et selon toutes les régions géographiques.

De même que pour l'ensemble de l'Ontario, la proportion d'hommes francophones âgés de 15 à 59

#### Terminologie

**Début de l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans** : Proportion de la population sexuellement active âgée de 15 à 59 ans qui déclare avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans.

ans qui déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans (56 %) est significativement plus élevée que celle des femmes francophones du même groupe (42 %). De plus, l'âge est un facteur important : les francophones âgés de 15 à 19 ans ont plus tendance à avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans (90 %) que les francophones âgés de 20 à 44 ans (55 %). Et le taux de ce dernier groupe est notamment plus élevé que celui du groupe des 45 à 59 ans (34 %). La même tendance se remarque chez les anglophones. Les résultats sont toutefois différents chez les allophones. En effet, une proportion plus élevée d'allophones âgés de 15 à 19 ans déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans (78 %) comparativement aux autres groupes d'âges mais il n'existe pas de différence entre les allophones âgés de 20 à 44 ans et ceux de 45 à 59 ans.

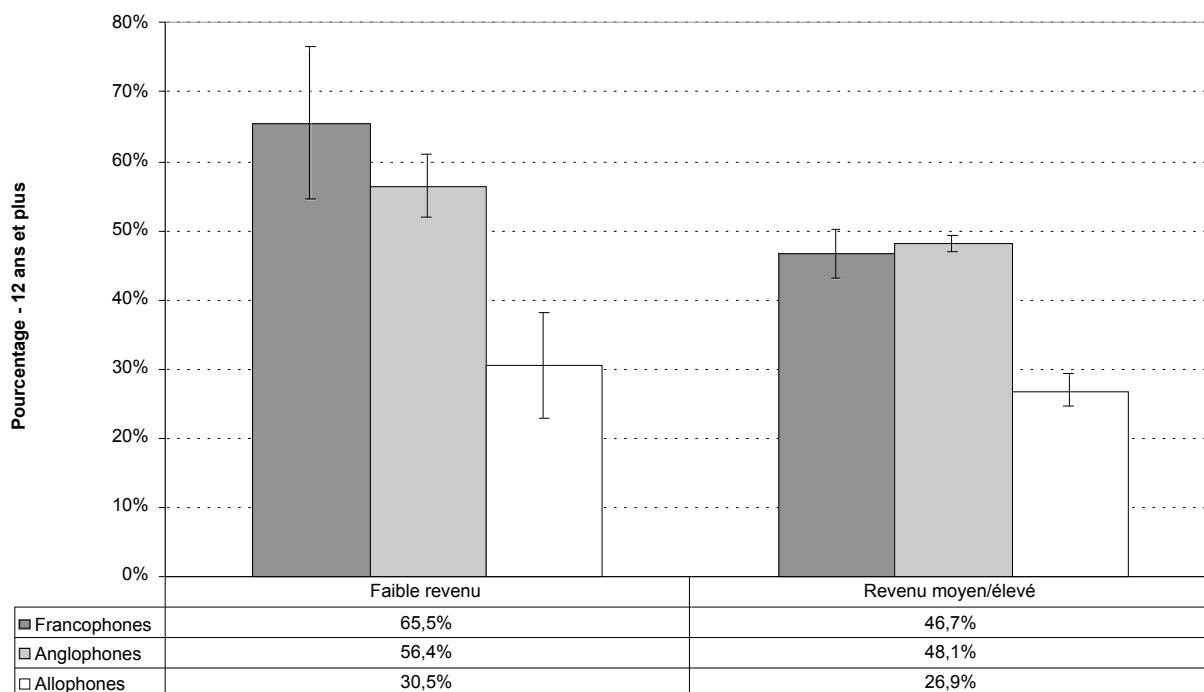
Lorsque l'on considère la catégorie des 15 à 19 ans, il n'existe pas de différence entre les groupes sociolinguistiques ni entre les francophones et l'ensemble de la population de l'Ontario. Toutefois, la proportion de francophones âgés de 20 à 44 ans et de 45 à 59 ans qui déclarent avoir eu leurs premiers

rapports sexuels avant l'âge de 18 ans est plus élevée que celle des allophones dans ces mêmes tranches d'âge. De plus, les francophones âgés de 20 à 44 ans ont plus tendance à avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans que le même groupe d'âge de l'ensemble de la population ontarienne (48 %). Cette différence s'explique en grande partie par le bas taux des allophones (27 %).

Deux tiers des francophones à faible revenu déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans, comparativement à 47 % de ceux qui ont un revenu moyen ou élevé. La tendance est la même dans l'ensemble de la population ontarienne. Ainsi, la proportion de francophones à faible revenu (66 %) qui déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans est significativement plus élevée que celle de l'ensemble de la population ontarienne à faible revenu (49 %) (figure 8.27)

Dans l'ensemble, les francophones qui ont un niveau moins élevé de scolarité ont plus tendance à avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans : 56 % des francophones n'ayant pas de diplôme

**Figure 8.27 – Début de l'activité sexuelle à moins de 18 ans selon le revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

d'études secondaires ou ayant seulement terminé leurs études secondaires comparativement à 43 % des francophones ayant un diplôme collégial ou un grade universitaire. Lorsque l'on considère les personnes ayant un diplôme collégial ou universitaire, il faut noter une proportion significativement plus élevée de francophones qui déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans, comparativement à l'ensemble de la population ontarienne (37 %). Encore une fois, c'est le groupe d'allophones (22 %) qui semble en partie expliquer cette différence.

Pour l'ensemble de la population ontarienne, il existe des différences régionales significatives entre les trois régions géographiques étudiées quant à la proportion des répondants qui déclarent avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. En général, les résidents du Nord ont des taux plus élevés que ceux des autres régions. Chez les francophones, bien que l'on observe les mêmes tendances, la différence entre les régions n'est pas significative.

## **B. Fréquence de l'activité sexuelle chez les 15 à 19 ans**

En 2000-2001, 39 % des francophones de 15 à 19 ans ont signalé qu'ils avaient déjà eu des rapports sexuels relativement à 34 % pour l'ensemble de la population ontarienne, mais cette différence n'est pas significative. Il y avait peu de différence entre les francophones (39 %) et les anglophones (37 %); bien que le taux d'activité sexuelle des jeunes était plus élevé chez les anglophones que chez les allophones (24 %), la même tendance se présente entre les francophones et les allophones.

Au niveau de la **fréquence de l'activité sexuelle**, il n'y a pas de différence significative entre les sexes chez les francophones de 15 à 19 ans qui ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels, malgré la proportion de 42 % pour les femmes francophones et de 37 % chez les hommes francophones, face aux taux ontariens de 36 % chez les femmes et de 33 % chez les hommes.

Chez les francophones âgés de 15 à 19 ans qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels, il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont signalé avoir un faible revenu (53 %) et ceux qui ont déclaré un revenu moyen ou supérieur (38 %). Cependant, il y a une différence significative chez les anglophones âgés de 15 à 19 ans ayant un faible revenu (53 %) et chez les jeunes appartenant aux groupes ayant un revenu moyen ou supérieur (36 %).

## **C. Deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois**

En 2000-2001, 8 % de francophones âgés de 15 à 59 ans ont affirmé avoir eu **deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois** précédant l'enquête. Ce pourcentage est semblable à celui que l'on retrouve pour l'ensemble de la population ontarienne et chez les anglophones. Cependant, le taux de 5 % chez les allophones est inférieur à celui des autres groupes sociolinguistiques. Par contre, les francophones ont moins tendance à être abstinents (9 % ont affirmé n'avoir pas eu de partenaire sexuel dans les douze derniers mois) que les autres groupes sociolinguistiques (13 % pour les anglophones et 15 % pour les allophones) ou que l'ensemble de la population de l'Ontario (13 %).

Plus des trois quarts (79 %) de l'ensemble de la population ontarienne déclarent avoir eu un seul partenaire sexuel dans les douze derniers mois; à ce sujet, le taux des francophones (82 %) est plus élevé que celui des anglophones (79 %).

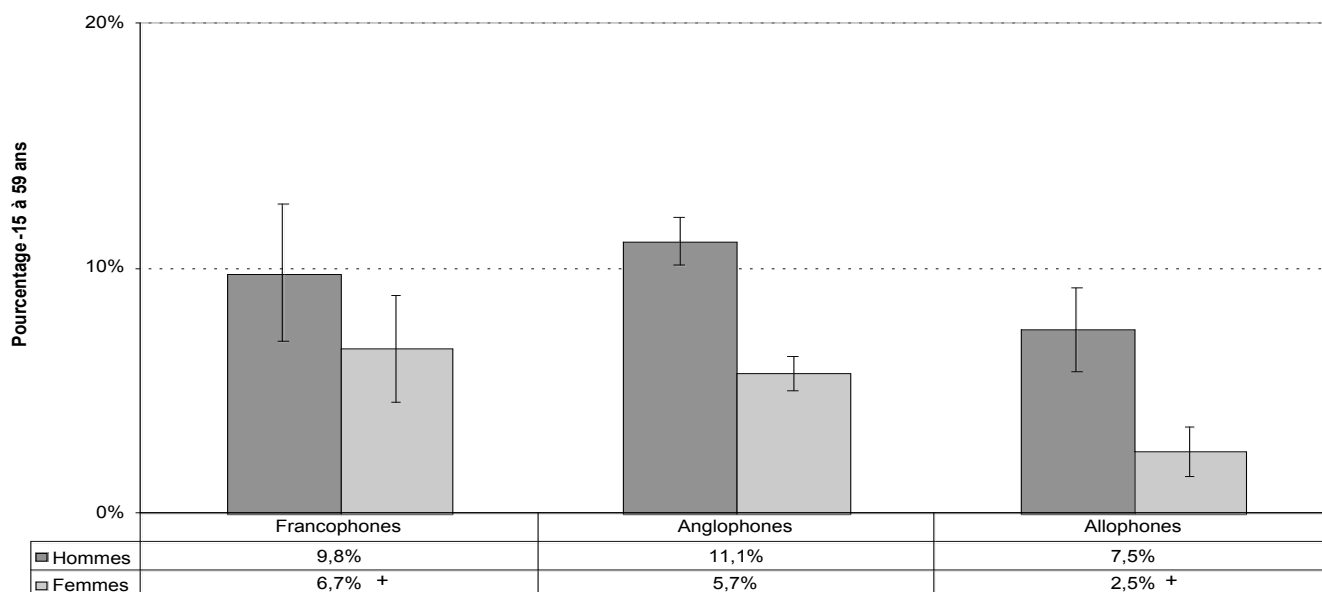
Dans l'ensemble de la population ontarienne, une proportion plus élevée d'hommes (10 %) que de femmes (5 %) ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois. Cette même différence significative existe entre les hommes (11 %) et les femmes anglophones (6 %) et les hommes (8 %) et les femmes allophones (3 %). Cependant, il n'y avait aucune différence significative entre les hommes (10 %) et les femmes francophones (7 %) (figure 8.28).

## **Terminologie**

**Fréquence de l'activité sexuelle:** Proportion des jeunes âgés de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles.

**Deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois :** Proportion de la population âgée de 15 à 59 ans qui déclare avoir eu des relations sexuelles et qui avoue avoir eu deux partenaires ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête.

**Figure 8.28 – Deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois selon le sexe et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note: + Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage  
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Dans l'ensemble de la population ontarienne, il y avait une différence entre la population à bas revenu qui a déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois (11 %) et celle à revenu moyen ou supérieur (7 %). La tendance était semblable chez les francophones (14 % et 8 % respectivement).

Il n'y avait aucune différence significative quant au fait d'avoir déclaré avoir deux partenaires sexuels ou plus dans les douze derniers mois relativement au niveau de scolarité parmi les francophones et entre francophones, anglophones et allophones autant que pour l'ensemble de la population ontarienne dont la moyenne est 8 %.

Au plan régional, aucune différence significative n'existait parmi les francophones ni parmi l'ensemble de la population ontarienne relativement au nombre de partenaires sexuels dans les douze derniers mois.

#### **D. Fréquence d'utilisation du condom parmi les personnes à risque de contracter une ITS**

En 2000-2001, pour les personnes qui ont déclaré avoir toujours fait usage du condom pendant l'année précédant l'enquête, il n'existe pas de différence entre les **personnes à risque** âgées de 15 à 59 ans dans l'ensemble de la population ontarienne (54 %), chez les allophones (59 %), chez les anglophones (54 %) et chez les francophones (51 %). La proportion de francophones à risque âgés de 15 à 59 ans qui ont déclaré avoir toujours fait usage du condom pendant l'année précédant l'enquête est de 51 %, tandis que 12 % l'avaient fait habituellement, 18 % occasionnellement et 18 % jamais (figure 8.29).

Dans l'ensemble de la population ontarienne, il n'y avait pas de différence significative entre les hommes (56 %) et les femmes (51 %) dans l'usage du condom pendant

#### **Terminologie**

**Personnes à risque** : Personnes exposées à des risques d'infections transmises sexuellement, c'est-à-dire les personnes de 15 à 59 ans, sexuellement actives, qui déclarent avoir eu, au cours de l'année, au moins une relation amoureuse ayant duré moins de douze mois.

l'année précédant l'enquête. Il y a une tendance différente chez les francophones entre les hommes (59 %) et les femmes (37 %).

Dans l'ensemble de la population ontarienne, il y avait une proportion significativement plus élevée de personnes âgées de 15 à 19 ans (66 %) qui ont toujours fait usage d'un condom pendant l'année précédant l'enquête par rapport à celle des 20 à 44 ans (53 %) ou à celle des 45 à 59 ans (44 %).

Les anglophones présentent les mêmes différences significatives. Toutefois, pour les francophones, il n'y avait aucune différence significative entre les personnes âgées de 15 à 19 ans (56 %) et celles de 20 à 44 ans (53 %). La taille de l'échantillon pour les francophones et pour les allophones de 45 à 59 ans est cependant trop petite pour tenir compte de ce dernier groupe d'âge.

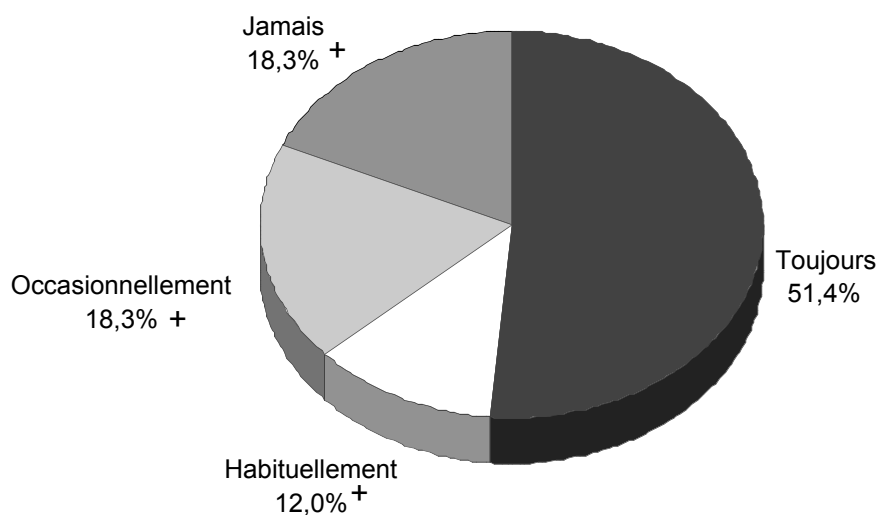
Il n'y avait aucune différence significative relativement au revenu, à la scolarité ou aux régions entre les

groupes sociolinguistiques qui ont fait usage du condom pendant l'année précédant l'enquête.

### **E. Utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel parmi les personnes à risque de contracter une ITS**

En 2000-2001, 33 % de francophones et 43 % d'anglophones âgés de 15 à 59 ans ont fait usage d'un condom lors de leurs derniers rapports sexuels, alors que ce taux était de 73 % pour les allophones. Seulement la différence entre les francophones et les allophones est statistiquement significative. Dans l'ensemble de la population ontarienne, il n'y avait pas de différence significative entre les hommes (51 %) et les femmes (41 %) qui avaient fait usage d'un condom la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels. Toutefois, la petite taille de l'échantillon ne permet pas d'obtenir des résultats fiables pour les francophones.

**Figure 8.29 – Fréquence d'utilisation du condom chez les francophones à risque âgés de 15 à 59 ans, 2000-2001**



+ Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Dans l'ensemble de la population ontarienne, il n'y avait aucune différence significative entre les catégories d'âge ou de revenu. Encore une fois, la petite taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats chez les francophones. Les données en fonction de la scolarité et des régions n'étaient pas suffisamment nombreuses pour être retenues et pour faire l'objet d'une analyse.

### 8.4.3 Réalités des francophones

Les francophones, particulièrement ceux du Nord et les garçons, entament une vie sexuelle active à un âge plus jeune que les anglophones et les allophones. Le revenu est un facteur déterminant dans la fréquence des activités sexuelles. Dans les douze mois précédant l'enquête, les francophones ont été plus nombreux que les anglophones et les allophones à vivre avec un partenaire sexuel et, inversement, ils ont été moins nombreux à vivre sans partenaire sexuel. En matière de santé sexuelle, les francophones sont plus à risque de contracter une ITS ou de développer une grossesse non désirée que les anglophones et les allophones, car ils sont moins abstinentes que les autres groupes.

Les francophones sont les moins nombreux, proportionnellement, à déclarer faire toujours usage du condom pendant leurs rapports sexuels. Ainsi, 36 %

des francophones ont utilisé le condom occasionnellement ou jamais pendant l'année précédant l'enquête alors que c'est le cas pour 29 % des anglophones et 18 % des allophones. Si dans l'ensemble de la population ontarienne, il y avait un partage équitable entre les hommes et les femmes relativement à la fréquence de l'usage du condom, chez les francophones, on remarque un écart significatif entre les hommes (59 %) et les femmes (37 %).

Chez les francophones, il n'y a pas de différence significative quant à l'âge dans les attitudes relativement à l'usage du condom, alors que l'on remarque une telle différence entre les anglophones et les allophones. Les francophones à faible revenu étaient aussi moins nombreux à faire usage d'un condom, comme aussi ceux qui ont un diplôme d'études secondaires. Enfin, ce sont, proportionnellement, les francophones de l'Est ontarien qui font le moins fréquemment usage du condom, comparativement à ceux des autres régions.

Les francophones ont fait peu usage du condom dans la dernière année visée par l'enquête. On retrouve un écart identique entre les francophones et les allophones qui ont fait usage d'un condom lors du dernier rapport sexuel chez ceux qui n'avaient pas d'enfants de moins de six ans.

#### En bref...

- Parce que cette section sur la santé sexuelle est basée sur de très petits échantillons, il n'est pas possible d'établir de résultats clairement significatifs. Toutefois, certaines tendances persistantes rejoignent les résultats présentés dans le premier rapport.
- Il n'y a pas de différence significative entre les francophones et les anglophones quant à l'initiation des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans. Par contre, les allophones se distinguent des autres groupes sociolinguistiques en étant davantage portés à débiter leur activité sexuelle plus tard.
- Contrairement au premier rapport, aucune différence n'a été identifiée entre le taux d'activité sexuelle chez les adolescents francophones et celui de la province ou des anglophones.
- Les francophones sont moins abstinentes que l'ensemble de la population ontarienne et les autres groupes sociolinguistiques.
- Une plus grande proportion de francophones que d'anglophones a affirmé avoir eu un seul partenaire sexuel dans les douze derniers mois.
- Il n'y a pas de différence significative entre les francophones et les anglophones pour ce qui est de l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels; cependant, les francophones sont les moins nombreux, proportionnellement, à déclarer faire toujours usage du condom pendant leurs rapports sexuels.
- Les hommes francophones débiter leur activité sexuelle plus tôt que les femmes francophones.

### En bref... (suite)

- Les francophones à faible revenu ont plus tendance que ceux à revenu moyen ou élevé à avoir eu deux partenaires sexuels ou plus dans l'année précédant l'enquête.
- Un niveau de scolarité plus élevé repousse à plus tard l'entrée dans la vie sexuelle chez les francophones.

## 8.5 Allaitement maternel

Paul-André Gauthier, Collège Boréal  
Monique Benoit, Université Laurentienne

Le rapport de la Conférence des ministres de la santé du Canada de 1999<sup>49</sup>, Santé Canada, la Société canadienne de pédiatrie<sup>50</sup>, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et d'autres associations professionnelles de la santé tant provinciales que nationales soutiennent que l'allaitement maternel présente des avantages tant pour l'enfant que pour la mère. Les nombreux bienfaits de l'allaitement maternel se retrouvant aux plans physique, psychologique, social, culturel, économique et même pratique<sup>51</sup> sont bien documentés par la littérature actuelle des professions de la santé.

Selon le Collège des médecins de familles du Canada<sup>52</sup>, le lait maternel représente l'un des meilleurs aliments pour le nouveau-né. Au plan nutritif, il contient précisément tout ce dont l'enfant a besoin pour sa croissance, son développement et représente la meilleure protection contre les allergies et de multiples infections. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF recommandent que l'on soutienne et encourage l'allaitement maternel dans tous les pays du monde. Un des objectifs visé par la création en 1991 du Comité canadien pour l'allaitement de Santé Canada, fait de l'allaitement maternel la norme au Canada.

Le Comité canadien pour l'allaitement<sup>53</sup>, l'OMS<sup>54</sup> et l'UNICEF recommandent que les enfants soient alimentés au sein jusqu'à un an et d'une manière exclusive pendant les six premiers mois de leur vie. En 1997, le ministère de la Santé de l'Ontario formule l'objectif pour 2010, d'avoir 50 % des nourrissons

nourris au sein jusqu'à l'âge de six mois<sup>55</sup>. Et en 2002, le ministère réitérait dans ses politiques le besoin de continuer de promouvoir et de favoriser l'allaitement maternel<sup>56</sup>.

### 8.5.1 Étude provinciale antérieure

Le premier rapport indique que les femmes moins scolarisées et à faible revenu en Ontario étaient moins portées à initier l'allaitement maternel. Et parmi les groupes sociolinguistiques, les francophones avaient moins tendance à le pratiquer, bien que la différence n'était pas statistiquement significative<sup>57</sup>.

### 8.5.2 Résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001

#### A. Initiation à l'allaitement maternel

Cet indicateur fournit de l'information sur l'**initiation à l'allaitement maternel** sans toutefois indiquer le taux de succès ou la durée de l'allaitement. En Ontario, selon l'ESCC 2000-2001, 83 % des mères de tous les groupes sociolinguistiques ont allaité ou tenté d'allaiter leur enfant. Toujours selon les données de l'ESCC 2000-2001 en Ontario, 77 % des mères francophones ont allaité au sein comparativement à 81 % des mères anglophones et 89 % des mères allophones (tableau 8.1). Bien que cette proportion ait tendance à être plus basse chez les francophones, cette différence, quoique consistante avec le premier rapport, n'est pas significative. Comparativement aux données de l'ESO 1996-1997, les données obtenues en 2000-2001 ne sont pas significativement différentes pour les mères francophones.

### Terminologie

**Initiation à l'allaitement maternel** : Proportion des femmes de 15 à 49 ans qui disent avoir donné naissance à un enfant vivant au cours des cinq dernières années et qui ont déclaré avoir allaité leur dernier enfant.

**Tableau 8.1 – Taux d'initiation à l'allaitement maternel selon le groupe sociolinguistique, 1996-1997 et 2000-2001**

|              | ESCC<br>2000-2001 | ESO<br>1996-1997 |
|--------------|-------------------|------------------|
| Francophones | 77,3 %            | 80,0 %           |
| Anglophones  | 80,8 %            | 83,0 %           |
| Allophones   | 88,8 %            | 88,1 %           |

À l'échelle de la province, on n'observe pas de différences significatives entre la proportion de mères à faible revenu (76 %) et celles à revenu moyen ou élevé (84 %). De plus, il n'y a pas de différences significatives entre la proportion de mères francophones à faible revenu (76 %) et celles à revenu moyen ou élevé (78 %). Par contre, on observe, chez les mères anglophones, une proportion significativement plus basse pour celles qui ont un faible revenu (70 %) comparativement à celles à revenu moyen ou élevé (82 %). En ce qui a trait à la scolarisation pour l'ensemble de l'Ontario, il y a une différence significative entre les mères ayant un faible niveau de scolarisation (sans diplôme d'études secondaires, 74 % ; avec diplôme d'études secondaires, 73 %) et celles ayant un diplôme collégial ou universitaire (88 %). La même différence n'est pas démontrée chez les mères francophones.

Au niveau régional, on observe une proportion significativement plus faible de mères du Nord qui ont allaité (72 %) comparativement aux mères de la région du Sud (84 %) de l'Ontario. Il y a une tendance similaire chez les mères francophones mais elle n'est pas significative entre celles du Nord (65 %) et celles du Sud (89 %).

### 8.5.3 Réalités des francophones

Dans les deux enquêtes, celle de 1996-1997 et celle de 2000-2001, ce sont les femmes francophones qui ont le plus faible taux d'initiation à l'allaitement. Cependant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Avec le faible échantillon de femmes qui ont allaité dans les cinq années précédant l'enquête, il faut reconnaître qu'il est peu probable que les différences se manifestent.

De plus, il est important de souligner que ces taux reflètent l'initiation à l'allaitement et non la durée. La Société canadienne de pédiatrie, les diététistes du Canada et Santé Canada, recommandent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie des nourrissons à terme et en santé et soutient que l'allaitement peut se poursuivre jusqu'à deux ans ou même plus tard<sup>58</sup>. Certaines recherches démontrent que la pratique de l'allaitement décline considérablement lors du premier mois et continue à baisser entre le quatrième et sixième mois après la naissance. Notons aussi que les femmes qui ont accès à l'appui d'un réseau social, qui sont plus âgées et qui ont poursuivi des études postsecondaires ont tendance à allaiter plus longtemps. Des données courantes sur la durée de l'allaitement chez les mères franco-ontariennes ne sont pas disponibles actuellement.

Étant donné ces énoncés, il est évident qu'il existe un besoin de continuer la promotion de l'allaitement chez les mères francophones et qu'il serait avantageux de poursuivre des études plus approfondies sur les taux d'initiation et de durée de l'allaitement des femmes francophones en Ontario afin d'être davantage en mesure de promouvoir l'adoption et la prolongation de l'allaitement maternel.

#### En bref...

- Il n'y a pas de différence significative entre les mères francophones et celles des autres groupes sociolinguistiques quant au taux d'allaitement.
- Les mères ayant un faible niveau de scolarisation en Ontario allaitent moins leurs enfants.
- Les mères du Nord allaitent moins que les mères du Sud de l'Ontario.

## 8.6 Acide folique

Paul-André Gauthier, Collège Boréal  
Monique Benoit, Université Laurentienne

Selon l'OMS<sup>59</sup>, une ingestion suffisante d'acide folique augmente les chances de mener à terme un enfant qui sera en bonne santé. L'OMS suggère que toutes les femmes qui prévoient devenir enceintes et celles qui sont dans les trois premiers mois de leur grossesse devraient se nourrir d'aliments riches en acide folique ou de folate comme les épinards, la laitue, les choux, les fèves vertes, les choux-fleurs et les céréales enrichies.

La prise d'un supplément d'acide folique s'avère être un moyen efficace pour prévenir les risques de malformations du tube neural. Santé Canada<sup>60</sup> et Folic Acid Alliance of Ontario<sup>61</sup> recommandent de prendre l'équivalent de 0,4 mg d'acide folique par jour avant la grossesse et pendant les trois premiers mois par la suite.

### 8.6.1 Étude provinciale antérieure

Le Consortium du sondage sur la santé périnatale et infantile dans le Nord de l'Ontario<sup>62</sup> (2003) souligne que la grande majorité des femmes (93 %) avaient entendu parler ou lu à propos de l'acide folique, mais que seulement 15 % d'entre elles ne savaient pas quand le prendre pour prévenir les malformations. La recherche du Consortium, indique que 76 % des femmes avaient suffisamment d'information pour déterminer quand prendre l'acide folique. Le rapport souligne enfin qu'il est difficile de savoir si les femmes comprennent bien l'importance de l'acide folique puisqu'elles ne semblent pas vraiment saisir quand, précisément, il faut en consommer pour le meilleur développement de l'enfant à naître.

Il faut noter que cette variable n'était pas disponible dans l'ESO 1996-1997.

## 8.6.2 Résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001

### A. La prise d'un supplément d'acide folique avant la grossesse

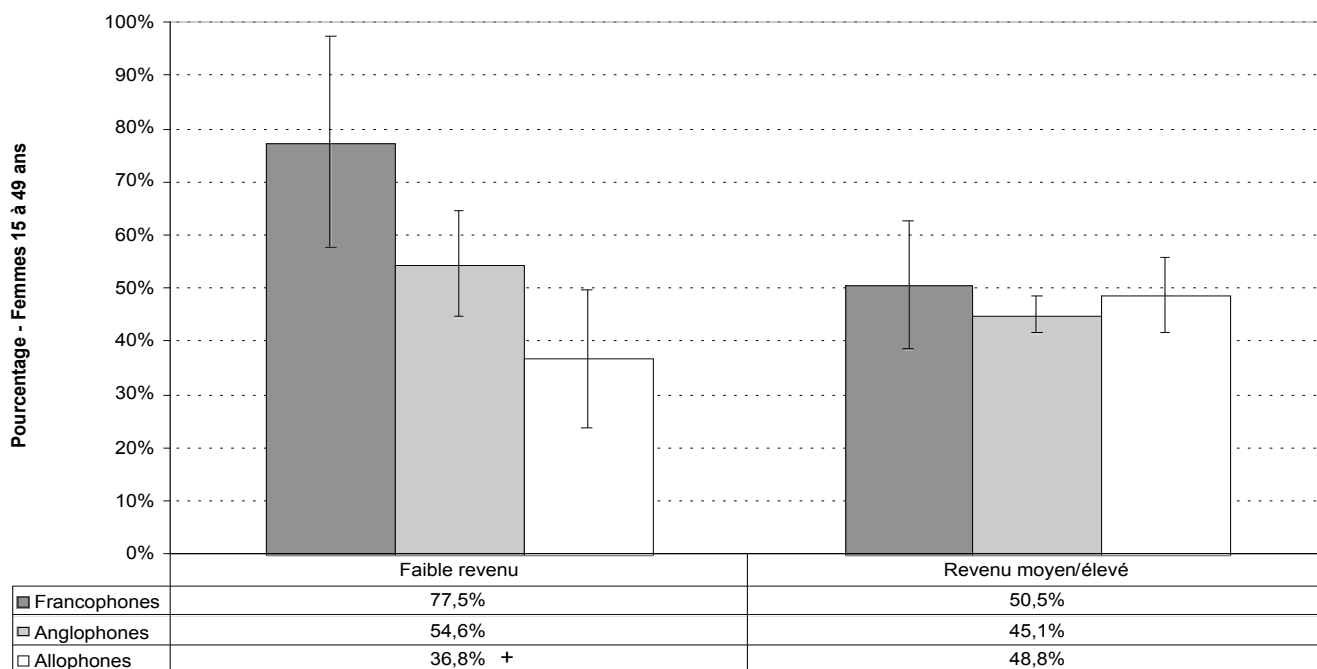
En Ontario, l'ESCC 2000-2001 révèle que pour l'ensemble de la province, 54 % des femmes seulement auraient pris des suppléments d'acide folique. Chez les francophones (47 %), cette proportion n'était pas significativement différente de celle de toutes les femmes de la province, ni de celles des femmes anglophones (55 %) ou des femmes allophones (53 %). Dans les paragraphes suivants, pour fin de comparaison et en raison de la petite taille de l'échantillon, nous proposons de référer à la proportion de femmes qui n'ont pas consommé d'acide folique afin d'étudier les variations socioculturelles des différents groupes sociolinguistiques.

En Ontario, le pourcentage de femmes francophones qui n'ont pas pris d'acide folique avant leur dernière grossesse est de 53 %. Nous remarquons qu'un plus grand pourcentage de femmes à faible revenu n'ont pas pris d'acide folique durant leur dernière grossesse (78 %), comparativement à celles qui ont un revenu moyen ou élevé (51 %) (figure 8.30). Cette différence n'est toutefois pas significative. Par contre, il faut noter une différence significative entre les femmes francophones à faible revenu (78 %) et les allophones (37 %) de cette même catégorie. Par ailleurs, il n'y pas de différence significative entre les femmes francophones et les femmes anglophones (55 %) à faible revenu.

Pour les femmes à revenu moyen ou élevé, il n'y a aucune différence significative entre les trois groupes sociolinguistiques (francophones, 51 %; anglophones, 45 %; allophones, 49 %).

En Ontario, il y a une proportion significative de femmes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (55 %) qui n'ont pas pris d'acide folique lors de leur dernière grossesse comparativement à celles ayant un diplôme collégial ou universitaire (42 %). Nous constatons une tendance similaire non significative

**Figure 8.30 – Femmes n’ayant pas utilisé de l’acide folique avant la grossesse selon le revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note: + Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

chez les francophones ne possédant pas de diplôme d'études secondaires (78 %) comparativement aux diplômées du collégial ou de l'université (48 %). Il y a une différence significative entre les mères francophones sans diplôme d'études secondaires qui n'ont pas consommé d'acide folique lors de leur dernière grossesse (78 %) et les mères allophones sans diplôme d'études secondaires (41 %), mais il n'existe pas de différences significatives entre les mères francophones et les mères anglophones (59 %).

Au plan régional, il n'y a pas de différences significatives entre les francophones du Nord, du Sud et de l'Est.

### 8.5.3 Réalités des francophones

Pour ce qui est de prendre des suppléments d'acide folique, les femmes francophones ne se distinguent pas de celles de l'ensemble de la province; cependant leur taux est de moins de 50 %, ce qui est inquiétant. Le développement de programmes axés sur les besoins des femmes francophones s'avère donc important.

#### En bref...

- Les femmes ayant un diplôme d'études collégiales ou universitaires sont plus portées à prendre de l'acide folique durant la grossesse.
- Les mères francophones ne diffèrent pas des autres groupes sociolinguistiques quant à la consommation d'acide folique durant la grossesse.

## Références

- <sup>1</sup>. À titre d'exemple, on peut citer les feuilles d'information préparées par le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) et distribuées par le Service de santé publique de Sudbury et du district : « Feuille d'information sur les poids santé » (décembre 2004), « Feuille d'information sur la Connaissance du *Guide alimentaire canadien et de la grosseur des portions* » (décembre 2004), « Feuille d'information sur le tabagisme » (juillet 2005), « Feuille d'information sur la consommation d'alcool » (mars 2005). Ces feuilles utilisent les résultats de l'ESCC 2000-2001.
- <sup>2</sup>. Conseil de santé de Sudbury et du district (2005), « Exposé de position sur les déterminants de la santé (2005) ». Le document fait référence à la position de l'Agence de santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/>).
- <sup>3</sup>. Ontario Tobacco Research Unit (2004), « Number 1: The Tobacco Control Environment: Ontario and Beyond », *2004: 10th Annual Monitoring Report*, Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 5, [http://www.otru.org/special\\_reports.html](http://www.otru.org/special_reports.html) (consulté le 2 septembre 2005).
- <sup>4</sup>. *Ibid.*
- <sup>5</sup>. Ontario Tobacco Research Unit. (2004), « Number 2: OTS Project Evaluations 2003-2004: A Coordinated Review », *2004: 10th Annual Monitoring Report*, Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 31, 40, 42, [http://www.otru.org/special\\_reports.html](http://www.otru.org/special_reports.html) (consulté le 2 septembre 2005).
- <sup>6</sup>. *Ibid.*, 42.
- <sup>7</sup>. Ontario Tobacco Research Unit (2004), « Number 1: The Tobacco Control Environment », 11.
- <sup>8</sup>. Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Annonces : Loi Favorisant Un Ontario Sans Fumée », [www.gov.on.ca/health/french/newsf/announcef/tobacco\\_legf.html](http://www.gov.on.ca/health/french/newsf/announcef/tobacco_legf.html) (consulté le 2 septembre 2005).
- <sup>9</sup>. Ontario Tobacco Research Unit. (2004), « Number 1: The Tobacco Control Environment », 12.
- <sup>10</sup>. Ontario Tobacco Research Unit (2001), « Extraits du document intitulé : Surveillance de la stratégie antitabac de l'Ontario, progrès réalisés en vue d'atteindre nos objectifs, 2000-2001 ; Septième rapport annuel de surveillance », 1, [http://www.otru.org/pdf/7mr/7mr\\_sum\\_fr.pdf](http://www.otru.org/pdf/7mr/7mr_sum_fr.pdf).
- <sup>11</sup>. Ontario Tobacco Research Unit. (2004). « Number 1: The Tobacco Control Environment », 6.
- <sup>12</sup>. Reitsma, A.H., et Manske, S. (2004), « Smoking in Ontario Schools: Does Policy Make a Difference? », *Canadian Journal of Public Health*, 95 (3), 214-218.
- <sup>13</sup>. Waller, B.J., Cohen, J.E., Ferrence, R., Bull, S., & Adlaf, E.M. (2002), « The Early 1990's Cigarette Decrease and Trends in Youth Smoking in Ontario » *Canadian Journal of Public Health*, 2003, 94 (1), 31-35.
- <sup>14</sup>. Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2003), « Cigarette Use Among Canadian Undergraduates », *Canadian Journal of Public Health*, 94 (1), 22-24.
- <sup>15</sup>. Reitsma, A.H. et Manske, S. (2004), « Smoking in Ontario Schools ».
- <sup>16</sup>. Holowaty, P., Feldman, L., Harvey, B. et Short, L. (2000), « Cigarette Smoking in Multicultural, Urban High School Students », *Journal of Adolescent Health*, 27(4), 281-288.
- <sup>17</sup>. Reitsma, A.H. et Manske, S. (2004), « Smoking in Ontario Schools ».
- <sup>18</sup>. DeWit, D.J., Bénéteau, B., Alary, D., Davidson, B., Goulet, G., McCready, L., Narbonne-Fortin, C., et Roy, J. (1995), *Prédicteurs de la prévalence de l'usage d'alcool et d'autres drogues chez les francophones de l'Ontario : analyse multivariée*, Windsor, Ontario, Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- <sup>19</sup>. *Ibid.*
- <sup>20</sup>. Narbonne-Fortin, C., Lauzon, R., Douglas, R. (1997), *Reducing Alcohol-Related Harm in Communities: A Policy Paradigm*, dans P. Erickson, D.M. Riley, Y.W. Cheung, and P.A. O'Hare, eds, *New Public Health Policies and Programs for the Reduction of Drug Related Harm*, Toronto, University of Toronto Press.
- <sup>21</sup>. DeWit, D.J., et al. (1995), *Prédicteurs de la prévalence de l'usage d'alcool et d'autres drogues*.
- <sup>22</sup>. Centre de toxicomanie et de santé mentale (2001, 2004), *Directives de consommation d'alcool à faible risques – c'est protéger sa vie*, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- <sup>23</sup>. DeWit, D.J., et al. (1995), *Prédicteurs de la prévalence de l'usage d'alcool et d'autres drogues*. Aussi : Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M., et Lemire, D. (1997), *Les conditions de possibilité des services de santé et des services sociaux en français en Ontario : un enjeu pour les femmes*.
- <sup>24</sup>. Kesaniemi, Y.K., Danfort, E. Jr., Jensen, M.D., Kopelman, P.G., Lefebvre, P. et Reeder, B. (2001), « Dose-Response Issues Concerning Physical Activity and Health : An Evidence-Based Symposium », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (6 Suppl), S351-8; Bouchard, C., et Despres, J.P. (1995), « Physical Activity and Health : Artherosclerotic, Metabolic, and Hypertensive Diseases », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66 (4), 268-275.

25. Santé et Bien-Être Canada (1990), *Nutrition Recommendations*, The Report of the Scientific Review Committee, Ottawa.
26. Health Canada (2003), *Canadian Guidelines for Body Weight Classifications in Adult*, Office of Nutrition Policy and Promotion, Ottawa. Voir aussi: World Health Organisation (1995), *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*, Report of a WHO Expert Committee, Geneva, World Health Organization.
27. Health Canada (2003), *Canadian Guidelines for Body Weight*.
28. Statistic Canada (1999), *Health Report* [Rapport statistique sur la santé de la population canadienne, Catalogue 82-570-XIF, Ottawa.
29. Institut de la statistique du Québec (1999), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Collection « La santé et le bien-être », Gouvernement du Québec.
30. Statistic Canada (1999), *Health Report*.
31. World Health Organization (1995), *Physical Status*.
32. Brown D.B. (2004), « About Obesity: Incidence, Prevalence & Co-Morbidity », *International Obesity Task Force*, Quebec, Laval University.
33. Athey, J. (2003), « Medical Complications of Anorexia Nervosa », *Psychiatry Update*, 10 (3), 110-115 ; Brown, D.B. (2004), « About Obesity »; Reeder, B., et Bouchard, C. (1999), *Obésité et troubles cardio-vasculaires*, Conférence consensuelle 1998 de la Société canadienne de cardiologie sur la prévention des maladies cardio-vasculaires: le rôle du spécialiste en maladie cardio-vasculaire, 15 (suppl G) ; Wilkins, Kathryn (2003), *Incidence de l'arthrite par rapport au surpoids*, Statistique Canada, Rapport sur la santé, 15 (1).
34. Health Canada (2003), *Canadian Guidelines for Body Weight*.
35. Steiner, H., et al. (2003), « Risk and Protective Factors for Juvenile Eating Disorders », *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 38-46; Holt, K., Ricciardelli, L.A., (2002), « Social Comparisons and Negative Affect as Indicators of Problem Eating and Muscle Preoccupation Among Children », *Applied Developmental Psychology*, 23, 285-304; Corcos, M. et al. (2000), « Early Psychopathological Signs of Bulimia Nervosa : A Retrospective Comparison of the Period of Puberty in Bulimic and Control Girls », *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 115-121; Institut de la statistique du Québec (1999), « Enquête sociale et de santé ».
36. Birch, L.L. (1999), « Development of Food Preferences », *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-53; Coward, B. (1981), « Development of Taste Perception in Human: Sensitivity and Preference Throughout the Lifespan », *Psychology Bulletin*, 90, 43-73; Golan, M., et Crow, S. (2004), « Parents are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-Related Problems », *Nutrition Review*, 62, 1, 39-50; Hill, J.O., et Peters, J.C., (1998), « Environmental Contributions to the Obesity Epidemic », *Science*, 280, 1, 371-390.
37. Golan, M. et Crow S., (2004), « Parents are Key Players ».
38. Brown, D.B., (2004), « About Obesity ».
39. Pan X.R., Li G., Hu Y.H., Wang J.X., Yang W.Y., An Z.X., et al. (1997), « Effects of Diet and Exercise in Preventing NIDDM in People with Impaired Glucose Tolerance : The Da Qing IGT and Diabetes Study », *Diabetes Care*, 20 (4), 537-544; Knowler, W.C., Barrett-Connor, E., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Lachin, J.M., Walker, E.A. et al. (2002), « Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin », *New England Journal of Medicine*, 346(6), 393-403.
40. Kesaniemi Y.K., Danforth E. Jr., Jesen, M.D., Kopelman, P.G., Lefebvre P., Reeder, B. (2001), « Dose-Response Issues Concerning Physical Activity and Health »; Bouchard, C., et Depress, J.P. (1995), « Physical Activity and Health ».
41. Brown, D.W., Balluz, L.S., Heath, G.W., Moriarty, D.G., Ford, E.S., Giles, W.H., & Mokdad, A.H. (2003), « Associations Between Recommended Levels of Physical Activity and Health-Related Quality of Life Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) Survey », *Preventive Medicine*, 37(5).
42. Craig, C.L. et Cameron, C. (2004), *Augmenter l'activité physique : évaluer les tendances de 1998 à 2003*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.
43. Maticka-Tyndale, E. (1997), « Reducing the Incidence of Sexually Transmitted Diseases Through Behavioural and Social Change », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 6, n° 2, 89-104.
44. Agence de santé publique du Canada (2005), « Nombre cumulatif de cas de chlamydie génitale du 1er janvier au 31 mars 2004, et du 1er janvier au 31 mars, 2003 », et « Taux de chlamydie génitale rapportés en 1997 et 2003, et taux prévus pour 2004 », [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/chlm\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/chlm_f.html) (consulté le 30 août 2005). Voir aussi les tableaux de l'Agence de santé publique sur la chlamydia, sur la gonorrhée et sur la syphilis : Agence de santé publique du Canada, Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, « Comparaison des cas rapportés et des taux de ITS à déclaration obligatoire du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2003 », [http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/index_f.html) (consulté le 30 août 2005).

45. Sarwal, S., Wong, T., Seigny, C. et Ng, L-K (2003), « Increasing Incidence of Ciprofloxacin-Resistant *Neisseria Gonorrhoeae* Infection in Canada », *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, 168 (7), <http://www.cmaj.ca/content/vol168/issue7/>, (consulté le 30 août 2005).
46. Agence de santé publique du Canada (2003), « Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle ». [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/emss\\_index.htm](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/emss_index.htm) (consulté le 30 août 2005). La première parution est de 1994.
47. ESCC 2000-2001, *Notes techniques Sexual Debut1559.xls*, 17 mars 2004.
48. Les renseignements de ce paragraphe sont tirés de Picard L., et al. (1999), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* Sudbury, Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) de Sudbury et district (2000), 77-79.
49. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (Conférence des ministres de la Santé du Canada) (1999), *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
50. Société canadienne de pédiatrie (2004), *L'allaitement*, <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/grossesse/allaitement.htm> (consulté le 7 juillet 2004).
51. Lowdermilk, D.L., Perry, S., et Bobak, I.M. (2003), *Soins infirmiers : périnatalité*, Laval, Beauchemin.
52. Collège des médecins de famille du Canada (2003), « L'allaitement maternel : conseils pour bien débuter », *Infosanté de votre médecin de famille*, <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/programs/patient%20education/breast%20feeding/default.asp?s=1> (consulté le 2 juillet 2004).
53. Le Comité canadien pour l'allaitement (2003), *L'initiative des amis des bébés dans les services de santé communautaire : guide canadien de mise en œuvre*, Toronto, Comité canadien pour l'allaitement.
54. Organisation mondiale de la santé (2003), *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
55. Ministère de la Santé de l'Ontario (1997), *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* Toronto, Imprimeur de la Reine.
56. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2002), *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, Toronto, Imprimeur de la Reine, [http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/pubhealthf/m-anprogf/mhp\\_dlf.html](http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/pubhealthf/m-anprogf/mhp_dlf.html) (consulté le 10 juillet 2004).
57. Picard L. et al. (1999), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*.
58. Société canadienne de pédiatrie (2004), *L'allaitement*, <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/grossesse/allaitement.htm>
59. World Health Organisation (2001), *Healthy Eating During Pregnancy and Breastfeeding : Booklet for Mothers*, Genève, World Health Organisation, <http://www.euro.who.int/document/e73182.pdf> (consulté le 9 juillet 2004).
60. Santé Canada (2002), *Santé avant la grossesse: l'acide folique pour la prévention primaire des anomalies du tube neural*, <http://www.hc.sc.gc.ca/francais/acidefolique/resume.html> (consulté le 2 juillet 2004).
61. Folic Acid Alliance of Ontario (2002), *Folic Acid: It's Never too Early. Folic Acid Awareness, Community Action Guide 2002*, North York, Folic Alliance of Ontario.
62. Consortium du sondage sur la santé périnatale et infantile dans le Nord de l'Ontario (2003), *La nutrition dans le Nord de l'Ontario*, Sudbury, Bureau de santé publique de Sudbury et du district.

# Chapitre 9

## Soins alternatifs et comportements préventifs

Le nom des auteures suit le titre de leur contribution

Plusieurs études ont montré l'existence de liens directs entre l'état de santé d'une population et les problèmes de santé qui s'y rattachent<sup>1</sup>. Si l'on connaît davantage les caractéristiques reliées à ces problèmes, il est possible d'anticiper les phénomènes qui risquent de les entraîner ou de les aggraver. Le fait d'identifier et de prévenir des problèmes de santé mène à une amélioration de la santé. On voit que les campagnes de sensibilisation ont un certain effet.

Les résultats présentés dans ce chapitre reposent sur les données provenant de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2000-2001 (ESCC 2000-2001). Ils portent principalement sur le recours aux soins de santé alternatifs, sur les soins dentaires, sur l'obtention du vaccin antigrippal et sur le dépistage précoce du cancer; ils se rapportent aux trois groupes sociolinguistiques : francophones, anglophones et allophones.

### 9.1 Soins de santé alternatifs

Christiane Fontaine, Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)  
Monique Benoit, Université Laurentienne

L'usage des approches complémentaires et parallèles en santé (ACPS) au Canada s'est intensifié au cours de la dernière décennie. Les expressions « thérapies parallèles », « approches complémentaires »,

« médecine douce » et « **soins de santé alternatifs** » font désormais partie de notre langage de tous les jours. Les ACPS englobent une variété d'approches et de techniques, allant de l'acupuncture, à l'usage des herbes médicinales, en passant par la réflexologie et la chiropratique. Ces approches se distinguent de celles de la médecine occidentale moderne car elles sont basées sur des mécanismes autoguérissants du corps ; elles sont globales (holistes) et intégrées. Elles font en sorte que le patient participe activement au processus de guérison tout en lui procurant, en plus, le bien-être<sup>2</sup>.

Au Canada, de plus en plus de personnes s'intéressent aux ACPS et y ont recours, autant pour améliorer leur santé que pour assurer leur bien-être. Ils voient davantage les praticiens des ACPS, dont les consultations sont à la hausse. Ils utilisent également toute une gamme de produits de santé naturels (PSN) que les praticiens des ACPS joignent très souvent à leur pratique<sup>3</sup>.

#### 9.1.1 Études provinciales antérieures

Si les opinions sont partagées quant aux ACPS et aux PSN, la fréquence à laquelle on y a recours indique qu'il s'agit d'une forme de reconnaissance de leur importance dans le champ de la santé au Canada<sup>4</sup>.

En 1996-1997, l'Institut Fraser estimait à 3,8 millions de dollars les dépenses encourues par la population canadienne relativement à 17 approches

#### Terminologie

**Soins de santé alternatifs:** Proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont eu recours à des soins de santé alternatifs pour des problèmes de santé physique, émotionnelle ou mentale.

complémentaires et parallèles en santé au Canada<sup>5</sup>. Selon l'Institut, les utilisateurs des ACPS se répartissaient de la manière suivante en 1998 : chiropratique (36 %), techniques de relaxation (23 %), massage (23 %), prière (21 %), herbologie (17 %), régime spécial (12 %), remèdes populaires (12 %), acupuncture (12 %), yoga (10 %), groupes d'entraide (8 %), régime de mode de vie (8 %) et homéopathie (8 %)<sup>6</sup>. Une étude faite en 1999 par Ramsey et ses collègues pour le Fraser Institute signale également le recours aux thérapies parallèles chez les enfants : dans les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans, 17 % ont eu recours aux thérapies parallèles pour leurs enfants dans les douze mois précédant le sondage. On faisait surtout appel à la chiropratique (39 %), aux plantes médicinales (29 %) et à l'homéopathie (21 %)<sup>7</sup>.

Au dire des utilisateurs, dont la plupart adopteraient l'approche holiste de la santé et du bien-être, les ACPS auraient réussi à soulager des problèmes de santé physique là où la médecine moderne occidentale aurait échoué (problèmes de dos, douleur chronique, fatigue et autres symptômes de maladies chroniques)<sup>8</sup>.

L'utilisation des ACPS a augmenté rapidement entre 1994-1995 et 1998-1999. Selon l'analyse de l'Enquête nationale sur la santé de la population effectuée par W.J. Millar, 19 % environ des Canadiennes et des Canadiens auraient eu recours aux services de praticiens d'ACPS entre 1998 et 1999<sup>9</sup>. Cependant, l'utilisation semble s'être ralentie depuis, si l'on se fie à la chute de la demande des produits de santé naturelle. Les ACPS seraient en hausse chez certains professionnels de la santé, comme les massothérapeutes, et en baisse chez d'autres, comme les herboristes<sup>10</sup>. Il faut rappeler qu'en 2001, six personnes sur dix remplaçaient leur médicament sur ordonnance par un produit de santé naturel<sup>11</sup>. La vente de ces produits reste importante : les pharmaciens occupent le premier rang (58 % des utilisateurs d'ACPS), les magasins d'aliments naturels, le second (16 %) et l'internet, le troisième (11 %)<sup>12</sup>.

### 9.1.2 Résultat de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001

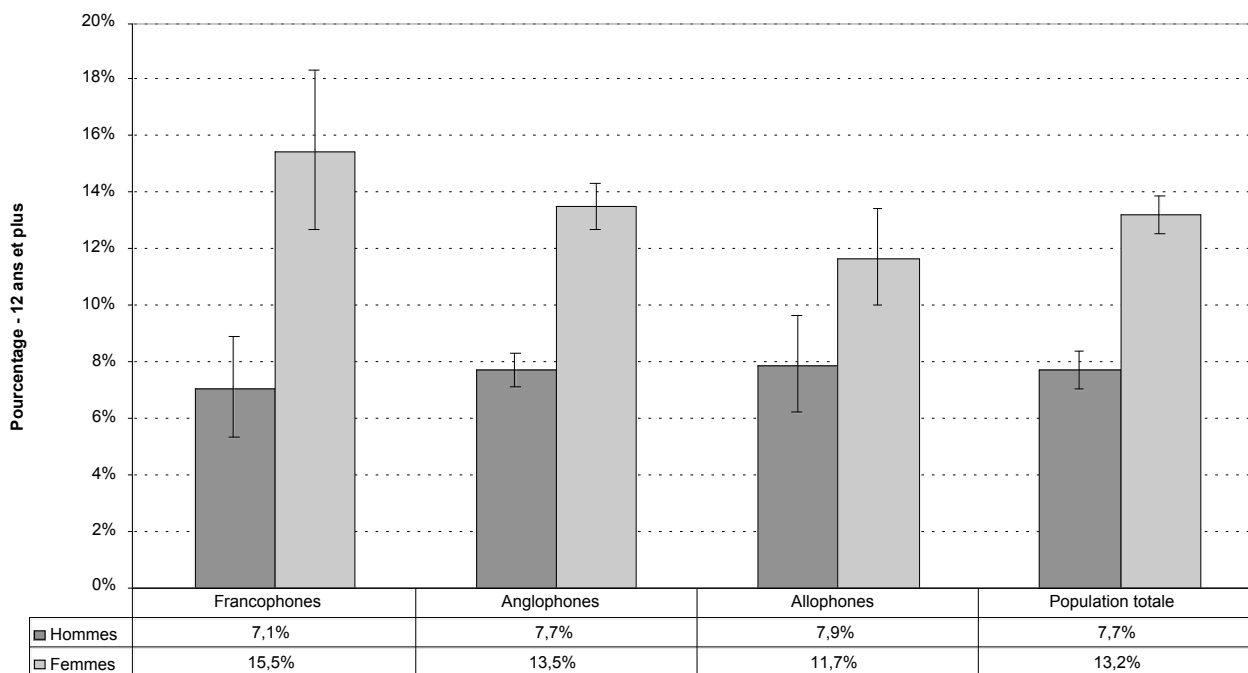
Selon l'ESCC 2000-2001, en Ontario, (une personne de 12 ans et plus) sur dix aurait eu recours, au cours des douze mois précédant l'enquête, à des soins de santé alternatifs pour des problèmes de santé physique, émotionnelle ou mentale. Chez les francophones, la proportion est de 12 %. On ne note aucune différence significative entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne ou entre les groupes sociolinguistiques (anglophones, 11 %, et allophones, 10 %).

Les résultats montrent une légère différence entre les régions ontariennes quant aux pourcentages des personnes âgées de 12 ans et plus qui ont eu recours à des APSC. Dans le Sud, 11 % des personnes ont consulté un professionnel qui offrait des soins alternatifs comparativement à 9 % dans l'Est et à 9 % dans le Nord de l'Ontario. On remarque la même différence chez les anglophones, mais les différences régionales ne sont pas significatives chez les francophones avec un taux de 13 % dans le Sud, 12 % dans l'Est et 9 % dans le Nord. La petite taille de l'échantillon est possiblement un facteur qui explique ce résultat.

L'ESCC 2000-2001 a aussi permis de montrer que, dans l'ensemble de la population ontarienne, les femmes sont plus portées (13 %) que les hommes (8 %) à utiliser des ACPS pour améliorer leur santé et leur bien-être. Cette différence se retrouve aussi entre les hommes et les femmes des différents groupes sociolinguistiques. Chez les francophones, les femmes (16 %) ont visité un professionnel offrant des ACPS plus souvent que les hommes (7 %) (figure 9.1).

Nous pouvons également noter que les deux groupes d'âge qui ont eu le plus souvent recours à des ACPS au cours des douze mois précédant l'enquête sont les 20 à 44 ans (13 %) et les 45 à 64 ans (12 %). Le même constat peut être fait chez les anglophones et chez les allophones. Chez les francophones, ce sont aussi les mêmes groupes d'âge qui ont les taux les plus élevés (20 à 44 ans, 16 %, et 45 à 64 ans, 12 %) ; si ces deux

**Figure 9.1 – Soins alternatifs selon le sexe – groupes sociolinguistiques et population totale, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

groupes se démarquent de celui des 65 à 74 ans (3 %), l'échantillon est toutefois insuffisant pour comparer les 12 à 19 ans aux 75 ans et plus.

Comme le financement des nombreux soins non traditionnels est rarement assumé par les employeurs et qu'ils ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, il n'est pas étonnant que leur utilisation augmente avec le revenu<sup>13</sup>. Ainsi, dans l'ensemble de la population ontarienne, un plus fort pourcentage de personnes ayant un revenu moyen ont utilisé des ACPS (11 %), si on les compare aux personnes à revenu faible (7 %). Chez les francophones, 13 % des personnes qui ont un revenu moyen ou élevé utilisent ces approches comparativement à 6 % de celles avec un revenu faible.

Enfin, l'utilisation des ACPS aurait tendance à augmenter avec le niveau de scolarité<sup>14</sup>. Tout comme dans l'ensemble de la population ontarienne, 4 % des francophones qui ont fait seulement des études élémentaires auraient recours aux ACPS,

comparativement à 19 % de ceux qui ont un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

### 9.1.3 Réalités des francophones

Les résultats de l'ESCC 2000-2001 montrent une légère différence régionale quant aux visites à des professionnels des ACPS, le Sud consultant davantage que l'Est et le Nord. Il y a plus de femmes que d'hommes qui visitent les professionnels de l'ACPS pour leur santé et leur bien-être. Chez les francophones l'utilisation des ACPS est plus fréquente chez les 20 à 44 ans et les 45 et 64 ans, chez les personnes à revenu moyen ou élevé (13%) et chez celles qui ont un diplôme d'études collégiales ou universitaires. Il est intéressant de noter que les personnes qui ont recours aux ACPS ont tendance à avoir une perception holiste de leur santé. Le recours aux ACPS est une indication que des groupes francophones prennent en mains leur santé et leur mieux-être.

## En bref...

- Les francophones ne diffèrent pas de l'ensemble de la population ontarienne, ni des autres groupes sociolinguistiques quant à l'utilisation des soins de santé alternatifs : les femmes francophones, comme les francophones ayant un revenu plus élevé ou ayant plus de scolarité, sont plus portées à avoir recours aux soins alternatifs.

## 9.2 Soins dentaires

Christiane Fontaine, Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)

Monique Benoit, Université Laurentienne

La santé buccodentaire<sup>15</sup> est une composante importante de la santé en général. Plusieurs études indiquent d'ailleurs qu'il y aurait un lien entre les maladies buccales et d'autres problèmes de santé comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et les accidents cérébraux vasculaires. Ces maladies seraient aussi reliées aux naissances prématurées et à l'insuffisance de poids à la naissance.

La prévention reste encore la clé d'une santé buccodentaire saine. Les études ont démontré qu'en prenant bien soin de ses dents, une personne parvient non seulement à éviter les douleurs aiguës provoquées par la carie, mais aussi la perte de ses dents, qui aurait éventuellement de graves effets sur la santé générale.

### 9.2.1 Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001

Dans l'ensemble de la population ontarienne, 70 % des personnes âgées de 12 ans et plus ont visité le dentiste au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête. Les francophones sont ceux qui vont le moins chez le dentiste (63 %) et ce, comparativement à l'ensemble de la population de la province et aux anglophones (72 %). Ce pourcentage ne diffère pas significativement de celui des allophones (66 %) (figure 9.2). En effet, les résultats de cette enquête montrent un écart de 7 % entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne.

La comparaison des résultats de l'ESCC 2000-2001 à ceux de l'ESO 1996-1997 ne permet pas de noter de changement significatif chez les francophones (63 % en 2000-2001 et 66 % en 1996-1997)

La proportion de la population franco-ontarienne dont la dernière **visite dentaire** remonte à plus d'un an s'élève à 37 % comparativement à 32 % chez les allophones et à 28 % chez les anglophones. De plus, très peu de personnes ne sont jamais allées voir le dentiste, peu importe le groupe sociolinguistique.

Dans l'ensemble de la population ontarienne, les femmes de 12 ans et plus (72 %) ont été plus portées que les hommes (67 %) à visiter le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête. C'est aussi le cas chez les anglophones, mais, chez les francophones, il n'y a aucune différence entre les femmes (64 %) et les hommes (61 %).

L'étude des résultats selon les groupes d'âge montre que, de façon générale, plus la population prend de l'âge, moins elle a recours aux soins dentaires. Par exemple, dans l'ensemble de la population ontarienne, 82 % des personnes de 12 à 19 ans ont dit avoir rendu visite à leur dentiste au moins une fois durant l'année précédant l'enquête, comparativement à 47 % de celles âgées de 75 ans et plus.

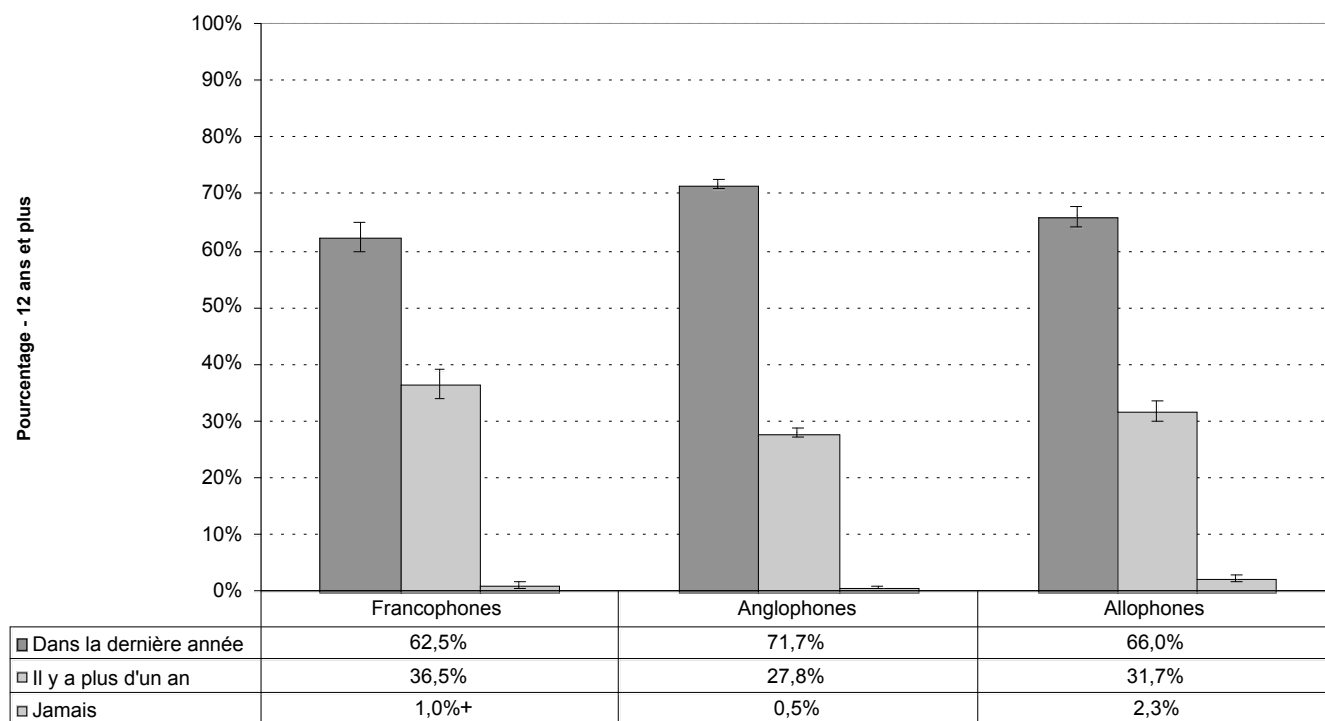
De tous les groupes d'âge, ce sont les 12 à 19 ans qui sont proportionnellement les plus nombreux à avoir visité le dentiste dans les douze mois précédant l'enquête et ce, pour tous les groupes sociolinguistiques, sauf pour les allophones.

En général, la tendance à aller chez le dentiste diminue avec l'âge (figure 9.3). Chez les francophones,

## Terminologie

**Visite dentaire:** Proportion des personnes âgées de 12 ans et plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont fait une visite chez le dentiste.

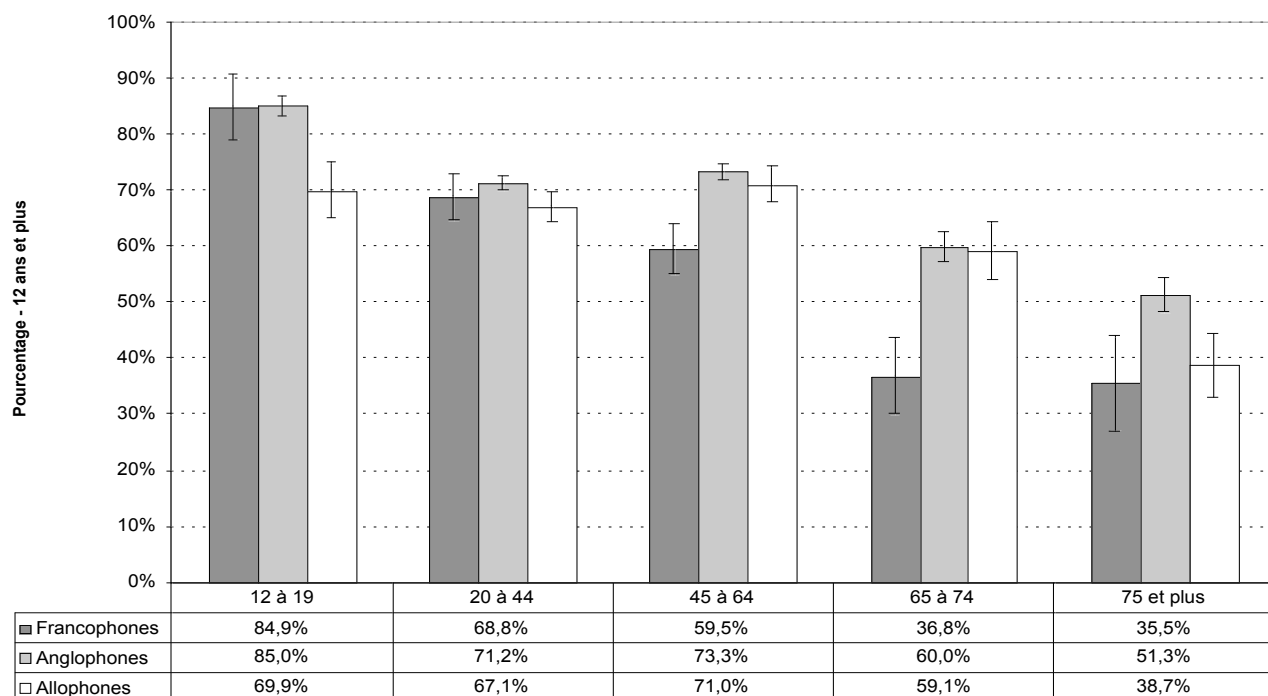
**Figure 9.2 – Fréquence des visites dentaires selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Note : + Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 9.3 – Visites dentaires selon l'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

il faut noter qu'il y a une différence entre le groupe des 65 à 74 ans et celui des 75 ans et plus, mais qu'elle n'est pas significative.

En examinant les résultats de plus près, il est intéressant de noter que ce sont les francophones plus âgés (groupes des 45 à 64 ans, des 65 à 74 et des 75 ans et plus) qui diffèrent de l'ensemble de la population ontarienne et des anglophones en ce qui a trait aux visites dentaires au cours de l'année précédant l'enquête.

Il n'y a aucune différence entre le taux de visites dentaires chez les familles qui ont des enfants de moins de 6 ans et celles qui ont des enfants de plus de 6 ans et ce, pour l'ensemble de la population ontarienne et pour les trois groupes sociolinguistiques.

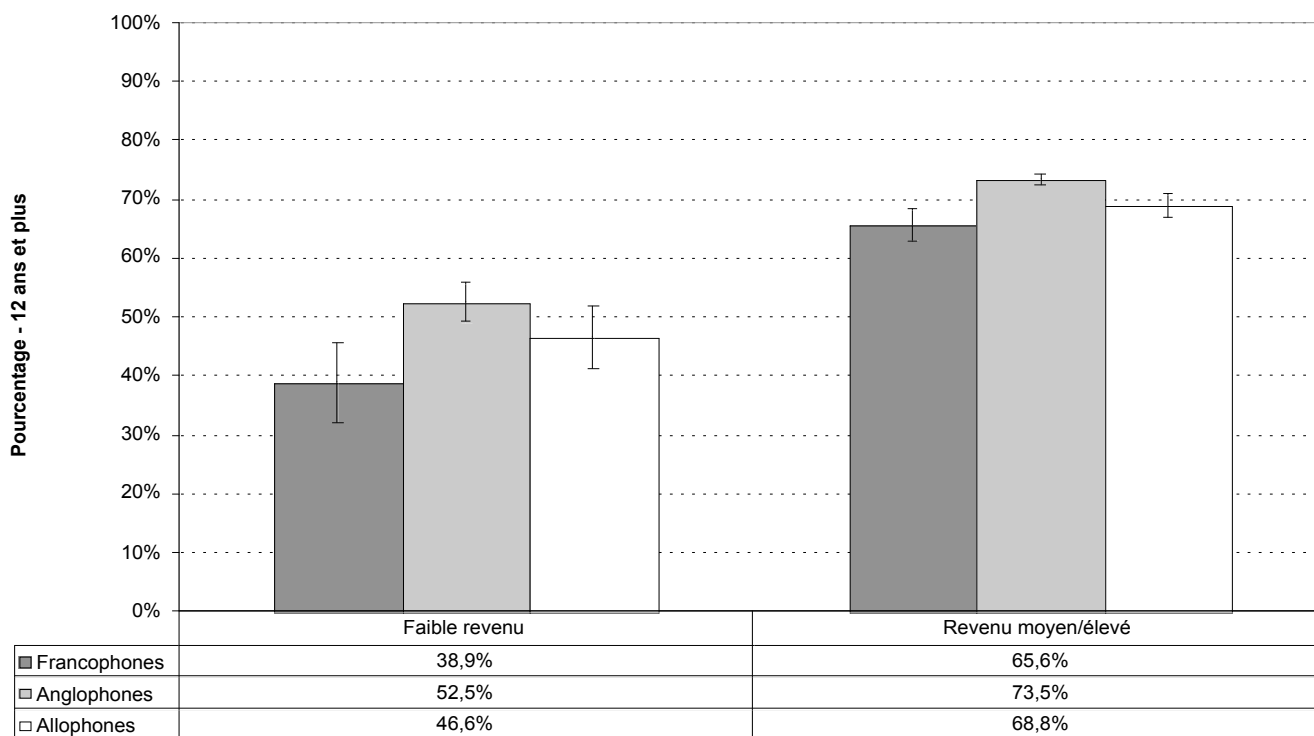
Les résultats de l'ESCC 2000-2001 montrent invariablement l'impact du revenu des personnes sur la fréquence des visites chez le dentiste. Pour l'ensemble de la population ontarienne ainsi que pour chaque groupe sociolinguistique, les personnes qui ont un

revenu moyen ou élevé présentent un taux de visite chez le dentiste significativement plus élevé que celles ayant un revenu faible. Les francophones, peu importe leur niveau de revenu, sont moins portés à voir le dentiste que les anglophones et que l'ensemble de la population ontarienne (figure 9.4).

A l'échelle provinciale, plus les personnes sont scolarisées, plus elles fréquentent le dentiste. Les francophones qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires sont moins portés à aller chez le dentiste (52 %) que ceux qui sont plus scolarisés (71 %) (figure 9.5). Pour le groupe des personnes sans diplôme d'études secondaires, il y a une différence significative entre les francophones, d'une part, et les anglophones et l'ensemble de la population ontarienne d'autre part, mais il n'y en a pas entre les francophones et les allophones.

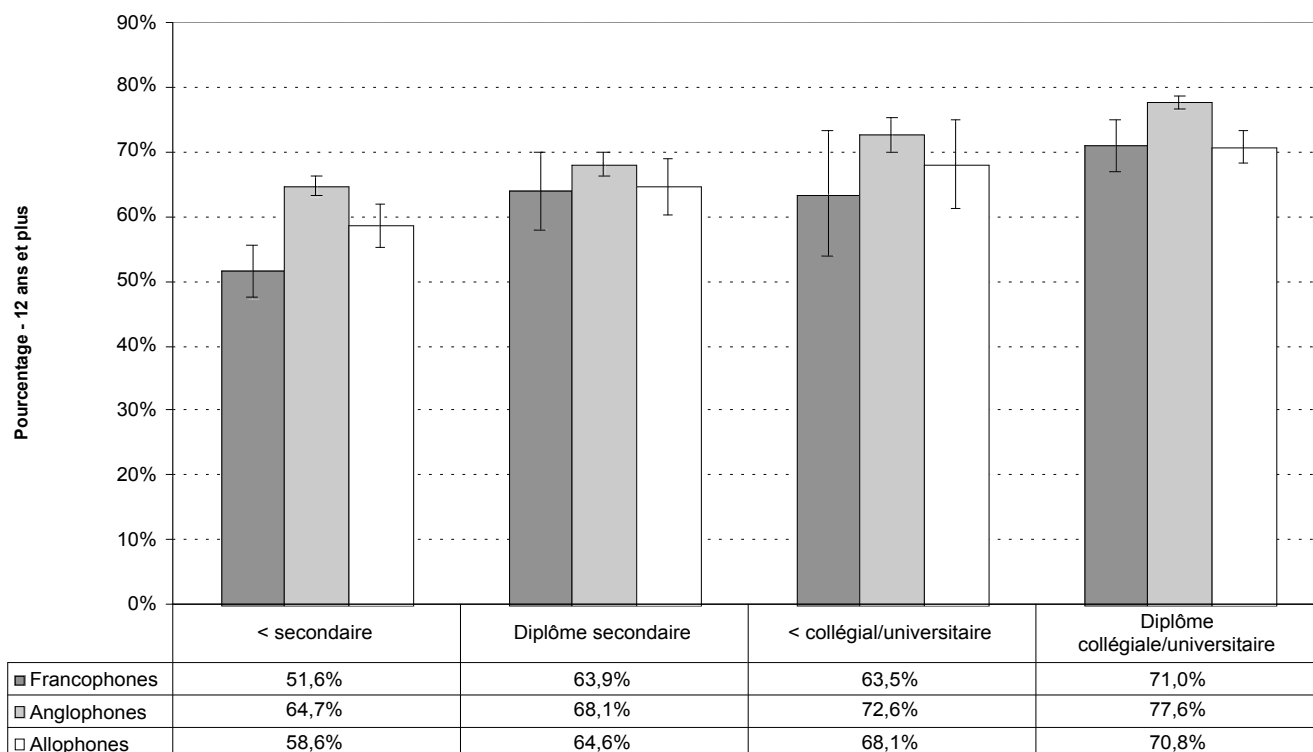
L'examen des taux de fréquentation du dentiste selon les trois régions montre que celui du Sud de la province (71 %) est plus élevé que celui du Nord (65 %) ou celui de l'Est (67 %). Chez les francophones, le taux est

**Figure 9.4 – Visites dentaires selon le niveau de revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 9.5 – Visites dentaires selon le niveau de scolarité et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

comparable dans les trois régions (Nord, 63 % ; Sud, 64 % ; Est, 61 %). Fait intéressant, il y a une différence significative entre les francophones et les non-francophones dans le Sud et dans l'Est, mais pas dans le Nord.

### 9.2.2 Réalités des francophones

Les francophones vont le moins chez le dentiste comparativement à l'ensemble de la population ontarienne et aux anglophones, et l'écart est important. Dans l'ensemble de la province, les femmes ont plus souvent que les hommes rendu visite au dentiste au cours de l'année précédant l'enquête ; chez les francophones, la tendance est la même, mais la différence n'est pas significative. En général, la tendance à visiter le dentiste va en diminuant avec l'âge, ce qui est le cas chez les francophones de 45 ans et plus. Les francophones moins scolarisés sont moins portés à visiter le dentiste. Enfin, il existe une différence significative entre les francophones et les non-francophones vivant au Sud et à l'Est, mais pas au

Nord, quant au taux de fréquentation du dentiste. Le revenu du ménage semble avoir un impact sur la fréquentation du dentiste chez les familles qui ont des enfants de moins de 6 ans ; cette différence n'apparaît pas chez les francophones.

L'analyse des données sur les indices dentaires suggère donc qu'en général, le taux d'utilisation des soins dentaires est associé à l'âge, au revenu et à la scolarité, déterminants qui distinguent les francophones. Afin d'éliminer les inégalités qui existent entre les groupes sociolinguistiques, une autre stratégie en plus de viser ces déterminants serait de mettre sur pied une campagne d'information visant la population francophone, particulièrement les plus âgés (45 ans et plus) et les moins scolarisés (diplôme d'études secondaires et moins), dans le but de la sensibiliser à l'importance de l'hygiène dentaire. De plus, il serait important d'adapter cette campagne aux aspects culturels reliés non seulement à la langue, mais aussi à la culture et à la région.

### En bref...

- Tout comme dans l'ESO 1996-1997, les francophones sont moins portés à aller chez le dentiste que les anglophones et que l'ensemble de la population ontarienne et ce sont les francophones âgés de 45 ans et plus qui diffèrent de leurs homologues ontariens.
- Dans l'ensemble de la population ontarienne, les femmes sont plus portées que les hommes à visiter le dentiste ; chez les francophones, cette différence n'est pas significative.
- Contrairement à l'ensemble de la population ontarienne, chez les francophones, on ne constate pas de différence significative entre les régions quant aux taux de visites dentaires.
- Chez les francophones comme dans l'ensemble de la population ontarienne, plus la population vieillit, moins elle a recours aux soins dentaires.
- Comme l'ensemble de la population ontarienne, les francophones ayant un revenu faible ou qui sont moins scolarisés fréquentent moins le dentiste.

## 9.3 Vaccin antigrippal

Christiane Fontaine, Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)

Monique Benoit, Université Laurentienne

L'influenza, mieux connue sous le nom de grippe, est une maladie infectieuse qui peut parfois entraîner des complications graves et même causer le décès. Des centaines d'Ontariennes et d'Ontariens meurent chaque année à la suite de ces complications. L'Organisation mondiale de la santé et la plupart des experts, au Canada comme aux États-Unis, reconnaissent que le vaccin antigrippal est le moyen le plus efficace pour combattre l'influenza, en réduisant le risque de la contracter et de la propager. Grâce à son Programme universel de vaccination contre la grippe, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario offre chaque année le vaccin antigrippal à la population ontarienne<sup>16</sup>.

### 9.3.1 Résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2000-2001

L'ESCC 2000-2001 montre qu'au cours de l'année précédant l'enquête, 74 % des personnes de 65 ans et plus ont déclaré avoir reçu le vaccin antigrippal. Il n'y a pas de différence entre les groupes sociolinguistiques

quant au recours au vaccin contre l'influenza : les anglophones affichent un taux de 75 %, les francophones, de 73 %, et les allophones, de 71 %.

Dans l'ensemble de la population ontarienne, la proportion des personnes de 65 ans et plus qui ont reçu le vaccin antigrippal a augmenté de façon significative, de 60 % à 74 %, entre l'ESO 1996-1997 et l'ESCC 2000-2001. La tendance est la même chez les francophones : de 55 % à 73 %. Cette augmentation s'explique en grande partie par le Programme universel de vaccination contre la grippe qui débuta en juillet 2000 et par l'efficacité des campagnes de promotion et de prévention.

Dans l'ensemble de la population ontarienne, il n'y a aucune différence entre les hommes et les femmes de 65 ans et plus qui ont reçu le vaccin antigrippal lors de l'année précédant l'enquête. Le constat est le même chez les francophones : très peu de différence entre les hommes (73 %) et les femmes (72 %). Un taux plus élevé d'anglophones âgés de 75 ans et plus ont reçu ce vaccin comparativement à ceux de 65 ans à 74 ans. Cependant, chez les francophones, les taux de vaccination sont semblables pour les deux groupes d'âge (73 %).

Il existe des liens entre le revenu de la personne et la vaccination antigrippale. En effet, dans l'ensemble de la population ontarienne, il y a une nette différence

### Terminologie

**Vaccin antigrippal:** Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui, au cours des douze mois précédant l'enquête, ont reçu le vaccin antigrippal.

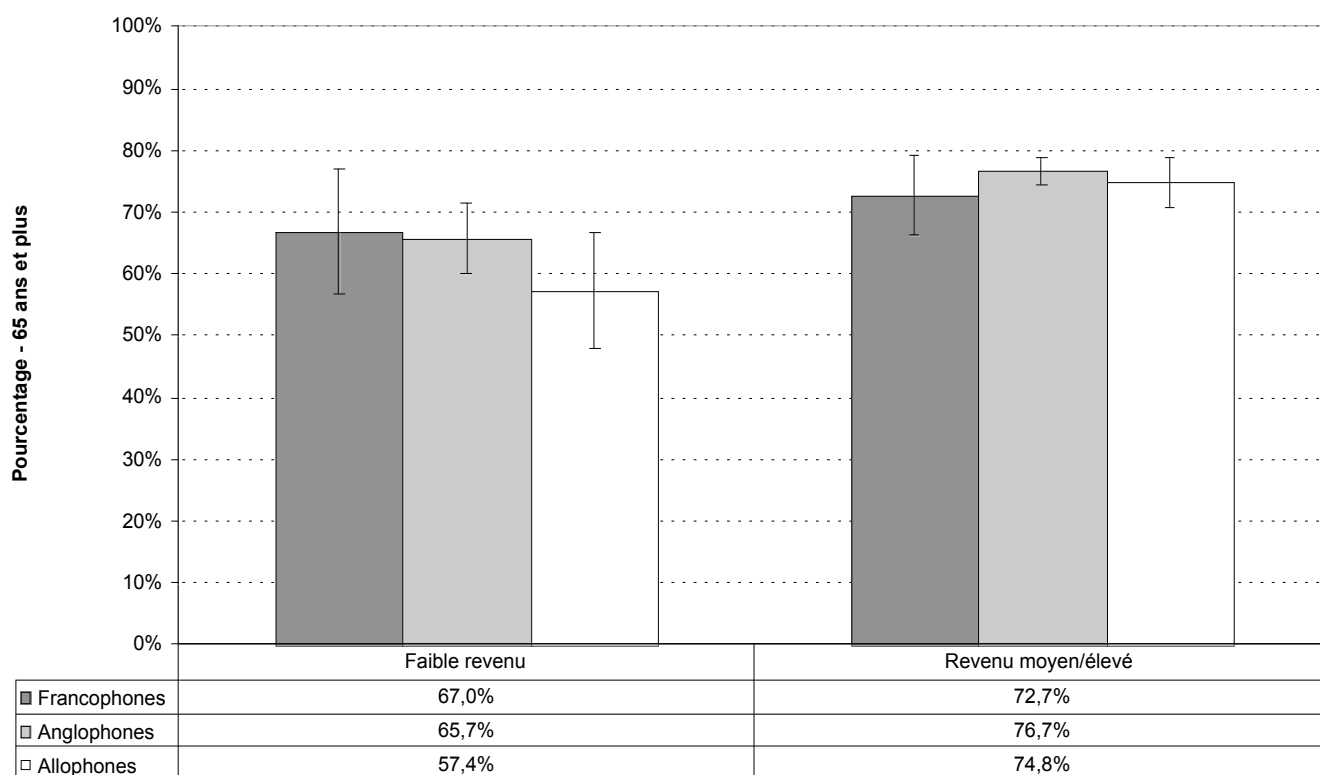
entre la proportion des personnes de 65 ans et plus à faible revenu qui ont reçu le vaccin antigrippal (63 %) et celles dont le revenu est considéré de moyen à élevé (76 %). La même différence se retrouve chez les anglophones et chez les allophones, mais elle n'est pas significative chez les francophones (à faible revenu, 67 %, à revenu moyen ou élevé, 73 %) (figure 9.6).

L'ESCC 2000-2001 ne montre aucun lien entre le niveau d'instruction et le taux de vaccination, que ce soit pour l'ensemble de la population ontarienne ou pour les groupes sociolinguistiques. Il n'y a pas non plus de différence régionale.

### 9.3.2 Réalités des francophones

Il est encourageant d'observer que le taux de vaccination antigrippal chez les aînés de 65 ans et plus augmente autant chez les francophones que dans l'ensemble de la population ontarienne. Cette augmentation s'explique en grande partie par une plus grande sensibilisation aux bienfaits du vaccin et par une accessibilité accrue à la vaccination qui résultent du programme ontarien universel. Ce progrès apportera une meilleure protection contre la grippe et réduira la pression sur le système de santé. Il est important de continuer les efforts de sensibilisation et la promotion de la vaccination autant auprès des francophones qu'auprès de la population en général ; il faut prêter une attention particulière aux personnes à faible revenu.

**Figure 9.6 – Vaccin antigrippal selon le niveau de revenu et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario

#### En bref...

- Il n'y a pas de différence quant au taux de vaccination anti-grippale entre les francophones, les autres groupes sociolinguistiques et l'ensemble de la population ontarienne.

## 9.4 Dépistage précoce du cancer

Rachelle Arbour Gagnon, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district

Le cancer est une maladie grave. En effet, Statistique Canada rapporte que le cancer est la cause principale de décès prématuré au Canada. Selon les taux comparatifs de mortalité, cette maladie a été la cause d'environ 58 703 décès au cours de l'année 1997<sup>17</sup>. De plus, le cancer est la cause principale d'années potentielles de vie perdues au Canada, et ce pour les hommes et pour les femmes<sup>18</sup>.

La prévention du cancer est un sujet bien documenté. Selon la documentation, on s'entend pour dire que plusieurs cancers sont attribuables en partie à des styles de vies qui sont modifiables. Le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité, un excès de poids, la consommation d'alcool et l'exposition excessive au soleil, entre autres, ont été identifiés comme des agents qui augmentent le risque d'être atteint par cette maladie<sup>19</sup>.

Selon l'Agence de santé publique du Canada, il y a douze principaux facteurs qui influencent la santé. Ils sont connus comme des « déterminants de la santé », dont chacun a son importance, mais qui sont tous interreliés. Par exemple, le niveau de scolarité contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux personnes les connaissances et les capacités dont elles ont besoin pour résoudre des problèmes. Il accroît également les possibilités d'emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il permet plus de contrôle sur les conditions de travail et, par conséquent, moins de stress au travail. Ces personnes sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que celles qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail. Le niveau d'instruction améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l'information relative à la santé<sup>20</sup>. On peut s'attendre à ce que le niveau de scolarité et le statut d'emploi aide à comprendre l'importance du dépistage précoce et donc à valoriser le fait de subir un tel examen.

Le dépistage précoce trouve toute son importance dans la prévention du cancer, puisqu'il permet de le

découvrir avant l'apparition des symptômes. En effet, plusieurs recherches ont démontré l'efficacité du dépistage pour réduire les taux de morbidité et de mortalité reliés au cancer. Des tests sont actuellement disponibles pour détecter de façon précoce le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer de la prostate, bien que la validité et l'utilité de ce dernier sont encore remises en question.

Malgré la controverse à son sujet, le test de l'antigène prostatique spécifique (APS) est utilisé de plus en plus pour le dépistage du cancer de la prostate. Il s'agit d'une analyse sanguine qui permet de mesurer le taux d'APS dans le sang. En effet, la Société canadienne du cancer maintient que les hommes âgés de 50 ans et plus devraient discuter avec leur médecin des avantages et des risques possibles de la détection précoce à l'aide de l'APS<sup>21</sup>. La promotion du test APS ne fait pas présentement partie des lignes directrices suivies par les services de santé publique en Ontario.

Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) est un programme complet. Sa mission est de réduire le taux de mortalité causée par ce cancer en offrant un programme de dépistage de haute qualité aux Ontariennes âgées de 50 à 74 ans<sup>22</sup>. Il est recommandé que les femmes âgées de 50 à 69 ans subissent une mammographie à tous les deux ans, qu'elles subissent un examen clinique des seins par un professionnel de la santé au moins à tous les deux ans, et qu'elles fassent un auto-examen des seins régulièrement<sup>23</sup>. Selon les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, la province vise l'objectif qu'en l'an 2010, 70% des femmes âgées de 50 à 69 ans subissent une mammographie<sup>24</sup>.

De même, le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus (PODCCU) a comme objectif de réduire l'incidence de ce cancer et la morbidité associée au moyen du test de Papanicolaou (test PAP)<sup>25</sup>. Selon les lignes directrices du programme, les femmes devraient subir un test PAP chaque année pendant les trois premières années après le début des relations sexuelles; après trois premiers tests normaux, le test peut être répété aux deux ans jusqu'à l'âge de 70 ans<sup>26</sup>. En santé publique, l'objectif pour 2010 est que 85% des femmes subissent le test PAP au cours de leur vie<sup>27</sup>.

### 9.4.1 Enquêtes antérieures

Le premier *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*<sup>28</sup> a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les femmes francophones et les autres groupes sociolinguistiques quant au fait d'avoir subi une mammographie. Les résultats étaient semblables lorsque le temps était limité à deux ans précédant l'enquête. Pour ce qui est de l'examen des seins par un professionnel de la santé, soit dans les deux années précédant l'enquête, soit au cours de la vie, les francophones et les anglophones avaient des taux semblables; par contre, les allophones avaient un taux beaucoup plus faible. Pour le test PAP aussi, les femmes francophones affichaient des taux semblables aux femmes anglophones, peu importe la variable de temps, et les femmes allophones se distinguaient avec un taux beaucoup plus faible. Le test APS n'a pas été examiné dans le premier rapport.

### 9.4.2 Résultats de l'ESCC 2000-2001

#### A. Examen des seins par un professionnel de la santé

En Ontario, 78 % des femmes âgées de 18 ans et plus affirment avoir déjà subi un **examen des seins par un professionnel de la santé**. Tout comme dans le premier rapport, les femmes francophones (80,9 %) ne se distinguent pas de l'ensemble des Ontariennes, ni des anglophones. Cependant, les femmes anglophones (81,4 %) affichent un taux plus élevé que l'ensemble des Ontariennes, tandis que les femmes allophones présentent un taux plus bas (69 %) que tous les autres groupes. Si l'on se limite aux deux années précédant l'enquête, le taux diminue à 67 % pour l'ensemble des Ontariennes et à 68 % pour les francophones.

Étant donné que des groupes sont ciblés, il n'est pas surprenant qu'on remarque une différence significative selon les groupes d'âge pour l'ensemble des Ontariennes. La proportion de femmes âgées de 45 à 64 ans (86 %) et de celles âgées de 65 à 74 ans (82 %)

qui ont déjà subi un examen des seins par un professionnel de la santé est plus élevée que celle de 18 à 44 ans (74 %). La situation est la même pour les anglophones et pour les allophones. Cependant, chez les francophones, la seule différence significative notée se trouve entre les femmes âgées de 45 à 64 ans (85 %) et celles de 75 ans et plus (65 %). Pour les femmes francophones de 18 à 44 ans, ce taux est de 80 %.

De même que pour l'ensemble des Ontariennes, les femmes francophones ayant moins de scolarité ont moins tendance à avoir subi un examen des seins par un professionnel que celles avec plus d'instruction. Chez les francophones qui ont déjà subi un examen clinique, il y a une différence significative entre les femmes ayant obtenu un grade universitaire ou un diplôme collégial et celles n'ayant pas complété le secondaire (figure 9.7). La même différence existe pour l'ensemble des Ontariennes et chez les anglophones, mais pour ces groupes, les femmes plus scolarisées se distinguent de façon significative de celles de tous les autres niveaux de scolarité.

On note aussi un lien entre l'examen des seins par un professionnel de la santé et le revenu. Au niveau de la province, les femmes ayant un revenu moyen ou élevé (80 %) ont significativement plus tendance à subir un examen clinique des seins que les femmes avec un faible revenu (68 %). La situation est la même pour les anglophones, et on observe la même tendance chez les francophones et chez les allophones, mais la différence n'est pas significative, étant donné la taille de l'échantillon.

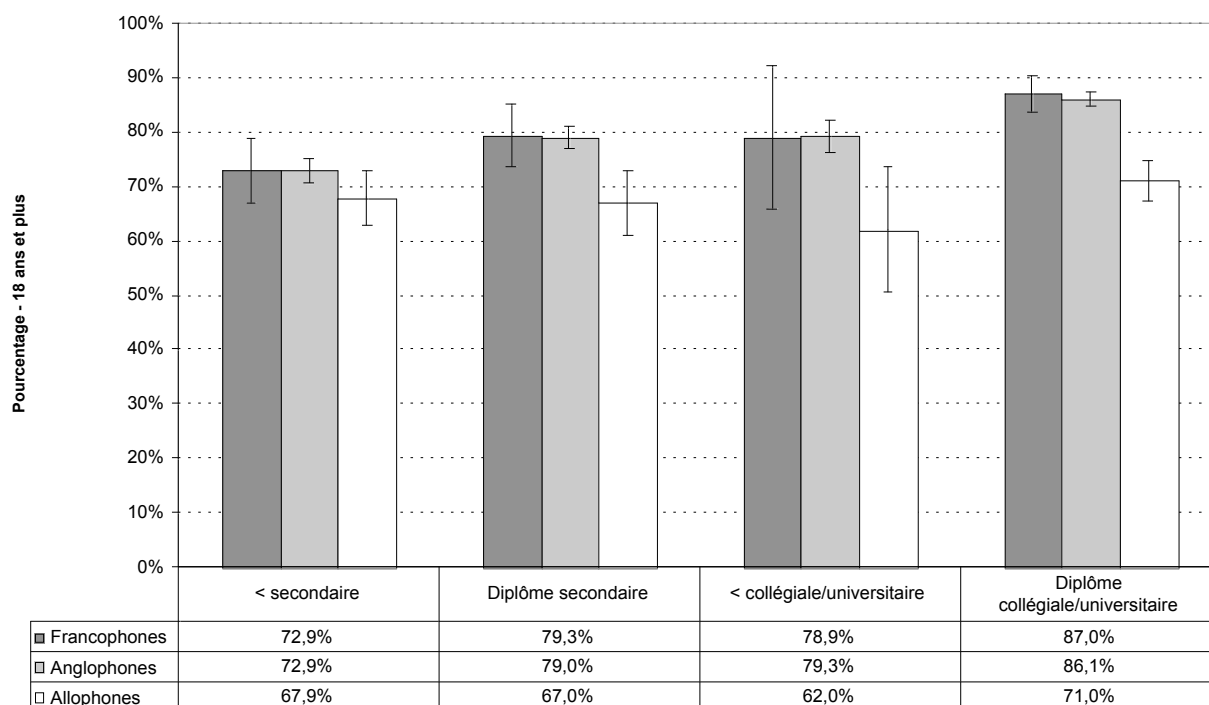
#### Comparaisons régionales

Le pourcentage d'Ontariennes qui ont déjà subi un examen des seins par un professionnel est significativement plus élevé dans l'Est que dans le Nord et dans le Sud. Chez les francophones, les femmes du Nord ont un taux plus faible que celles de l'Est (figure 9.8). Si l'on examine les taux des femmes qui ont subi

#### Terminologie

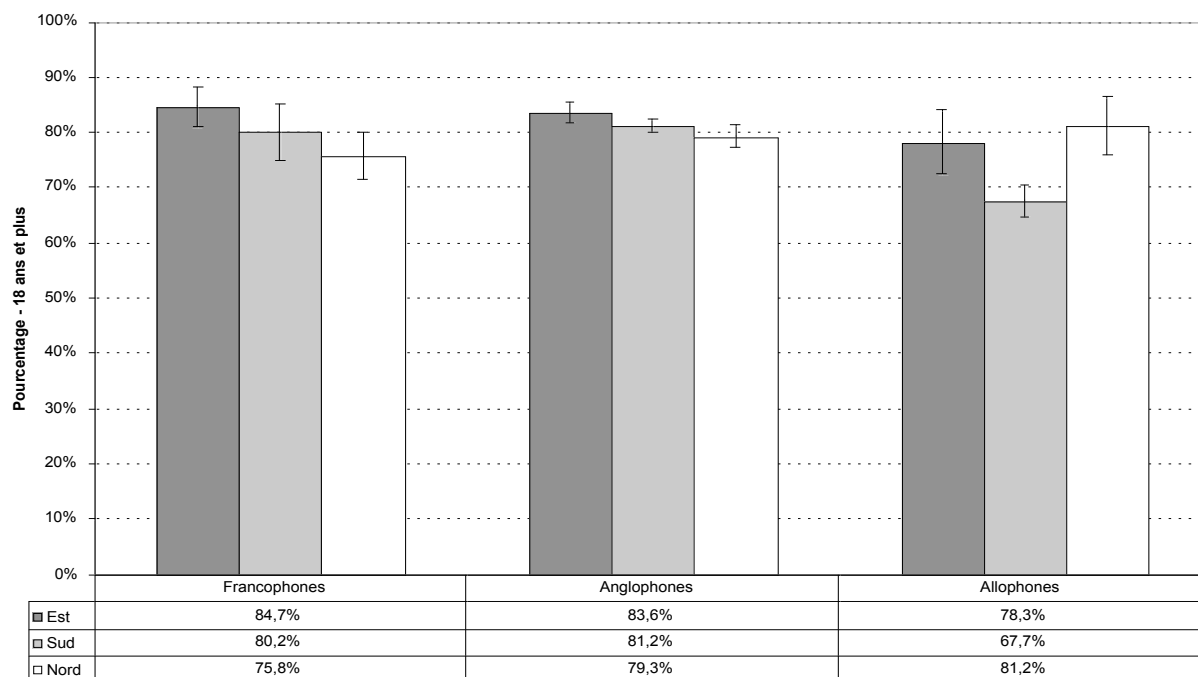
**Examen des seins par un professionnel de la santé:** Proportion des femmes âgées de 18 ans et plus qui ont subi un examen des seins par un professionnel de la santé au cours de leur vie. Un examen des seins par un professionnel de la santé est aussi connu comme un « examen clinique du sein ».

**Figure 9.7 – Examen des seins au cours de la vie selon le niveau de scolarité et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités cCanadiennes 2000-2001, Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario

**Figure 9.8 – Examen des seins au cours de la vie selon la région et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada (2003), *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

un examen clinique des seins au cours des deux années précédant l'enquête, on observe des liens semblables à ceux notés entre ces taux et l'âge, le revenu, la scolarité et les régions.

## B. Mammographie

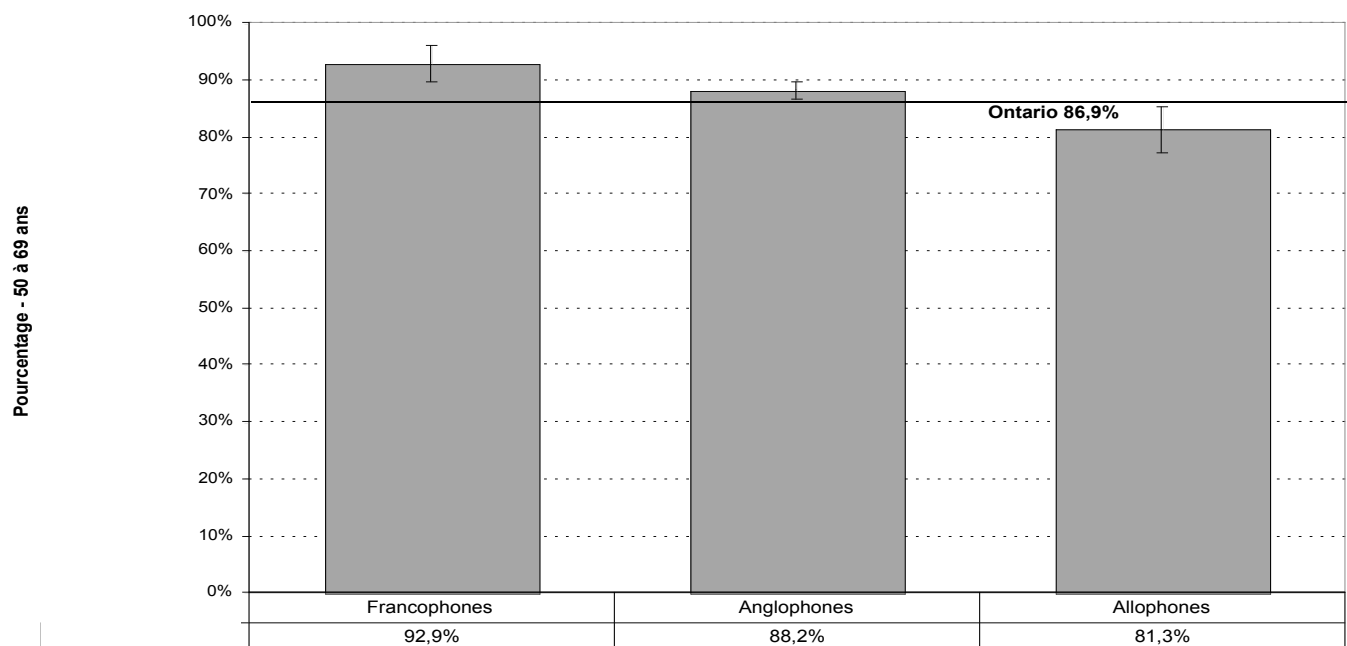
Le pourcentage des femmes francophones âgées de 50 à 69 ans qui ont déjà subi au moins une **mammographie** au cours de leur vie est de 93 %. Ce taux est significativement plus élevé que le taux de l'ensemble des Ontariennes (87 %) et que celui des allophones (82 %). Cependant, la différence entre les francophones et les anglophones (88 %) n'est pas significative (figure 9.9).

Pour ce qui est des femmes qui ont subi une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête, les francophones affichent un taux de 78 %, les anglophones, de 75 %, et les allophones, de 70 %.

Malgré l'écart, la différence entre les groupes sociolinguistiques n'est pas significative.

Pour le taux de mammographie, soit au cours des deux ans précédant l'enquête, soit au cours de la vie, on note une hausse significative du taux de l'ensemble des Ontariennes depuis la dernière enquête; chez les francophones, la même tendance existe, mais la différence n'est pas significative (de 66 % à 78 % pour le taux au cours de la vie et de 83 % à 93 % pour celui au cours des deux ans précédant l'enquête). Il existe un rapport direct entre le niveau de scolarité et la proportion d'Ontariennes qui ont subi une mammographie (sans diplôme d'études secondaires, 81 %; avec diplôme collégial ou grade universitaire, 91 %). Cette même différence existe aussi au niveau des anglophones. La tendance est similaire chez les francophones, mais l'écart n'est pas significatif.

**Figure 9.9 – Mammographie au cours de la vie, selon le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

## Terminologie

**Mammographie:** Proportion des femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont déjà subi au moins une mammographie au cours de leur vie.

## Comparaisons régionales

Il n'y a pas de différence régionale significative chez les femmes francophones qui ont déjà subi une mammographie au cours de leur vie; c'est aussi le cas pour les deux autres groupes sociolinguistiques. Cependant, une comparaison entre les groupes sociolinguistiques à l'intérieur des régions montre que les francophones vivant dans la région de l'Est ont un taux significativement plus élevé que les non-francophones.

### C. Test de Papanicolaou (test PAP)

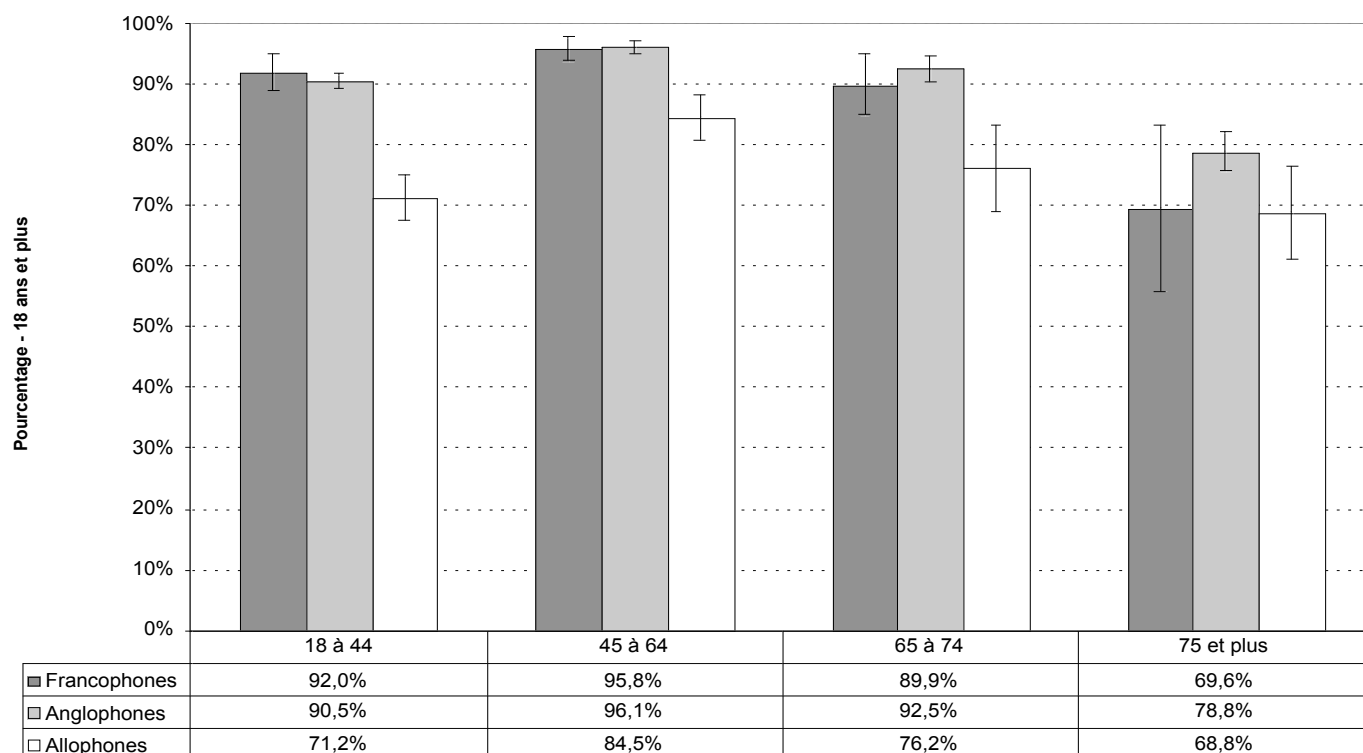
Dans l'ensemble de l'Ontario, 88 % des femmes âgées de 18 ans et plus ont subi le test PAP au cours de leur vie. Malgré ce taux très élevé, les francophones (91 %) et les anglophones (92 %) affichent un taux supérieur, et cette différence s'explique en grande partie par le taux nettement plus bas des allophones (76 %). Si l'on compare les résultats à ceux de la dernière enquête,

On ne retrouve aucune différence chez les francophones ni chez les autres groupes sociolinguistiques.

Pour ce qui est des femmes qui ont subi le test au cours des trois années précédant l'enquête, les anglophones affichent un taux plus élevé (76 %) que l'ensemble des Ontariennes (73 %) et que les femmes des autres groupes sociolinguistiques (francophones, 71 %, allophones, 65 %). Ces taux sont semblables à ceux de la dernière enquête.

Un regard sur le rapport entre l'âge et le test PAP montre que les femmes âgées de 45 à 64 ans, dans tous les groupes sociolinguistiques, ont plus tendance que les autres groupes d'âge à avoir déjà subi un test PAP. Ce résultat est significatif pour l'ensemble des Ontariennes. Chez les francophones, on observe la même tendance, mais la différence n'est significative qu'entre les femmes âgées de plus de 75 ans et les autres groupes d'âge (figure 9.10). Par contre, si l'on examine les taux de test PAP au cours des trois années

**Figure 9.10 – Test PAP au cours de la vie selon le groupe d'âge et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, Statistique Canada, *Fichier de microdonnées à partager*, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

précédant l'enquête, on note que, chez les francophones et chez les anglophones, le taux le plus élevé se trouve parmi les femmes de 18 à 44 ans et le taux diminue à mesure que les tranches d'âge augmentent. Le pourcentage des femmes ontariennes ayant subi un test PAP et ayant un revenu moyen ou élevé (89 %) est plus élevé que celui des Ontariennes ayant un faible revenu (83 %) et la différence est significative. Il est important de noter que, même si cette différence est significative au niveau provincial, elle n'est pas apparente chez les groupes sociolinguistiques. Les résultats sont les mêmes pour le test PAP au cours des trois années précédant l'enquête.

Les femmes ontariennes ayant complété leurs études postsecondaires (91 %) sont plus portées à subir un test PAP que celles de tout autre niveau de scolarité. On trouve la même tendance chez les francophones, mais la différence n'est significative qu'entre les diplômées du postsecondaire (96 %) et celles qui n'ont pas complété leurs études secondaires (88 %). Pour le test PAP au cours des trois années précédant l'enquête, les femmes francophones avec un diplôme post-secondaire ont un taux plus élevé que celles de tous les autres niveaux de scolarité.

### Comparaisons régionales

Les Ontariennes du Nord (92 %) affichent un taux semblable à celles de l'Est (91 %) quant à avoir déjà subi un test PAP et ces deux régions ont un taux plus élevé que le Sud (87 %). Un regard plus approfondi sur les groupes sociolinguistiques à l'intérieur des régions montre une différence significative entre les femmes francophones (92 %) et les femmes non francophones (86 %) du Sud, ce qui peut expliquer la différence régionale.

### D. Le dépistage précoce du cancer de la prostate à l'aide du test de l'antigène prostatique spécifique (test APS)

Dans l'ensemble des Ontariens, 53 % des hommes âgés de 50 ans et plus ont subi le **dépistage précoce**

**du cancer de la prostate à l'aide du test de l'antigène prostatique spécifique (test APS)** au cours des deux ans précédant l'enquête. Les taux sont semblables pour les francophones (49 %), les anglophones (55 %) et les allophones (49 %). Dans l'ensemble des Ontariens, le groupe d'hommes âgés de 65 à 74 ans affiche le taux le plus élevé quant au test APS (61 %) et se distingue de façon significative du groupe des 50 à 64 ans (50 %) et de celui des 75 ans et plus (50 %). La situation est la même pour les anglophones et pour les allophones. Chez les francophones, en dépit de la même tendance, la différence n'est significative qu'entre le groupe des 65 à 74 ans et celui des 50 à 64 ans.

### Comparaisons régionales

Les hommes des trois régions affichent des taux semblables quant au test APS et aucune différence significative ne peut être notée.

### 9.4.3 Réalités des francophones

Dans l'ensemble de la population ontarienne, neuf femmes sur dix ont eu recours à des tests de dépistage précoce. Malgré ce taux imposant, les femmes francophones affichent un taux encore plus élevé que l'ensemble des Ontariennes lorsque l'on s'attarde aux taux de mammographie et de test PAP. Leurs taux sont semblables à ceux des anglophones. Ces résultats favorables démontrent que les femmes ont compris l'importance du dépistage précoce : plus le cancer est détecté tôt, meilleures sont les chances de survie et plus nombreuses sont les options de traitement.

Le taux élevé de dépistage précoce chez les femmes peut être, en partie, attribuable au succès des campagnes de recrutement à ce sujet lancé par les services de santé publique de l'Ontario et les centres régionaux de dépistage.

Pour ce qui est du test APS, il n'est pas surprenant qu'il soit moins en demande, étant donné le débat qui l'entoure. À peu près la moitié de l'ensemble des Ontariens y ont recours. Les taux sont semblables pour

### Terminologie

**Dépistage précoce du cancer de la prostate à l'aide du test de l'antigène prostatique spécifique (test APS)** : Proportion des hommes âgés de 50 ans et plus qui ont subi le dépistage précoce du cancer de la prostate à l'aide du test de l'antigène spécifique prostatique (test APS) au cours des deux ans précédant l'enquête. Le test APS est une analyse sanguine qui permet de mesurer le taux d'APS dans le sang.

tous les groupes sociolinguistiques. Néanmoins, les résultats laissent entendre que les hommes accordent l'importance au dépistage précoce : la moitié d'entre eux y ont recours, même si le débat continue quant à son efficacité.

Bien que le dépistage précoce du cancer et ses avantages semblent bien connus, les données identifient tout de même des inégalités dans l'utilisation des soins chez les personnes défavorisées, tant chez les francophones que dans l'ensemble des

Ontariennes. On note aussi une hausse dans l'utilisation des services de mammographie depuis la dernière enquête, mais on ne voit aucune différence pour l'examen clinique des seins ou les tests PAP. Il est donc important de continuer la promotion de ces services chez les francophones ainsi que dans l'ensemble de la population ontarienne, en portant une attention particulière aux groupes socioéconomiques qui font face à des défis relatifs à l'accès à ces services.

### En bref...

- Les femmes francophones ne se distinguent pas de celles de l'ensemble de la population ontarienne, ni des autres groupes sociolinguistiques quant à l'examen des seins par un professionnel.
- Chez les francophones, les femmes ayant moins de scolarité ont moins tendance à avoir subi un examen des seins par un professionnel que celles qui sont plus scolarisées.
- Chez les francophones, la proportion des femmes à faible revenu qui ont subi une mammographie au cours de leur vie est plus élevée que celle des femmes de revenu plus élevé.
- La moitié des hommes francophones âgés de 50 ans et plus ont subi le dépistage précoce du cancer de la prostate à l'aide de l'antigène spécifique de la prostate (test APS) au cours des deux ans précédant l'enquête.
- Le taux des femmes francophones âgées de 50 à 69 ans qui ont déjà subi au moins une mammographie au cours de leur vie est significativement plus élevé que le taux de l'ensemble des femmes de la province et que celui des allophones, mais la différence entre les francophones et les anglophones n'est pas significative.
- Les francophones et les anglophones affichent un taux nettement supérieur à celui de l'ensemble des femmes de la province quant à avoir subi un test PAP.

### Références

1. Institut canadien de recherche sur la santé (2005).
2. York University, Centre for Health Studies (1999, août), *Les approches complémentaires*, Toronto, York University, Centre for Health Studies.
3. Santé Canada (2002).
4. Edzard, E. (1996), « The Ethics of Complementary Medicine », *Journal of Medical Ethics*, 22, 197-198; Santé Canada (2003, novembre), « Les approches complémentaires et parallèles en santé... l'autre piste conventionnelle ? », *Bulletin : Recherche sur les politiques de santé*, 7, 9.
5. Hay Health Care Consulting Group (1999), *The Berger Monitor, March 1999 Survey, Overview Report*, Toronto.
6. Hay Health Care Consulting Group (1999), *The Berger Monitor, March 1999 Survey*, 55, 53. Pour des comparaisons internationales, voir Ernst, E. (1998), « How Can Traditional Health Systems Contribute to Better Health? », document préparé pour la réunion des ministres de la Santé du Commonwealth.

7. Ramsey, et al. (1999), [www.fraserinstitute.ca](http://www.fraserinstitute.ca).
8. Hay Health Care Consulting Group (1999), *The Berger Monitor, March 1999 Survey*, 260-261, 262-263; 17-18 Symposium (1998), « Why People Use Complementary and Alternative Medicine: Social Science Perspectives », rapport sommaire d'un symposium international, Université de Toronto, 16-18 avril.
9. Millar, W.J. (2001), « Les praticiens de médecine non traditionnelle – profils de consultation », *Rapports sur la santé*, 13(1), 9-21.
10. Santé Canada (2003, novembre), « Les approches complémentaires et parallèles en santé... », 9, 10.
11. Santé Canada (2001), « Introduction », dans *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé : recueil de textes préparés à l'intention de Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, ii-iii (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/nhpd-dpsn/>), 69.
12. Hay Health Care Consulting Group (1999), *The Berger Monitor, March 1999 Survey*.
13. Statistique Canada (2005), *Le Quotidien*.
14. *Ibid.*

15. Association dentaire canadienne (2004)
16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2004), *À bas la grippe*, Toronto, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
17. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé (s.d.), [http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health36\\_f.htm](http://www40.statcan.ca/l02/cst01/health36_f.htm) (consulté le 22 juillet 2005).
18. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada (2005), *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*, Toronto.
19. Ministère de la Santé de l'Ontario (1997), *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1997; Agence de santé publique du Canada (2004), *Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada*, Ottawa.
20. Agence de santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#income> (consulté le 12 septembre 2005).
21. Société canadienne du cancer et Institut national du cancer du Canada (2005), *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*; Société canadienne du cancer (s.d.), <http://info.cancer.ca/F/CCE/cceexplorer.asp?tocid=41> (consulté le 20 juillet 2005).
22. Société canadienne du cancer (s.d.), [http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3543\\_314724\\_\\_langId-fr,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3543_314724__langId-fr,00.html) (consulté le 4 août 2005).
23. Société canadienne du cancer (s.d.), <http://info.cancer.ca/F/CCE/cceexplorer.asp?tocid=10>.
24. Ministère de la Santé de l'Ontario (1997), *Lignes directrices*.
25. Société canadienne du cancer (s.d.), [http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3543\\_314740\\_\\_langId-fr,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3543_314740__langId-fr,00.html).
26. Société canadienne du cancer (s.d.), <http://info.cancer.ca/F/CCE/cceexplorer.asp?tocid=12>.
27. Ministère de la Santé de l'Ontario (1997). *Lignes directrices*.
28. Louise Picard *et al.* (2000), *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Divisions du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique.



# Chapitre 10

## Différences régionales

**Louise Bouchard, Université d'Ottawa**  
**Valérie Bourbonnais, Université d'Ottawa**

Ce chapitre résume les différences régionales significatives que l'on trouve entre les francophones, les anglophones et/ou les allophones de l'Ontario. Les différences seront présentées soit entre les trois grandes régions Nord, Sud, Est, soit entre les six subdivisions régionales (Nord-Est, Nord-Ouest, Centre, Sud-Ouest, Est-Champlain, Sud-Est). Les thématiques qui ressortent de l'analyse font référence au sentiment d'appartenance à la communauté, à la santé perçue et à l'indice de santé (indice objectif). De plus, des distinctions importantes ressortent également dans l'analyse des problèmes de santé physique et mentale et des comportements relatifs à la santé. Notons toutefois que les analyses régionales sont parfois limitées par la taille de l'échantillon.

### 10.1 Le sentiment d'appartenance à la communauté

La recherche a démontré un lien positif entre la santé et le sentiment d'appartenance à la communauté. Bien que nos analyses ne permettent pas de faire une association directe, les résultats révèlent qu'en général, le sentiment d'appartenance chez la population âgée de 12 ans et plus est plus faible chez les francophones que chez les anglophones.

Lorsque l'on compare les populations francophones entre elles, on remarque un taux semblable entre les personnes du Sud (47 %) et celles de l'Est (45 %) qui déclarent avoir un sentiment d'appartenance « faible » (« plutôt faible » ou « très faible »). Cependant, le taux est beaucoup plus bas dans la région du Nord (34 %).

En ce qui concerne les subdivisions régionales, on constate des différences importantes entre le Nord-Est (33 %) comparativement au Nord-Ouest (52 %), au Centre (48 %) et à Est-Champlain (45 %).

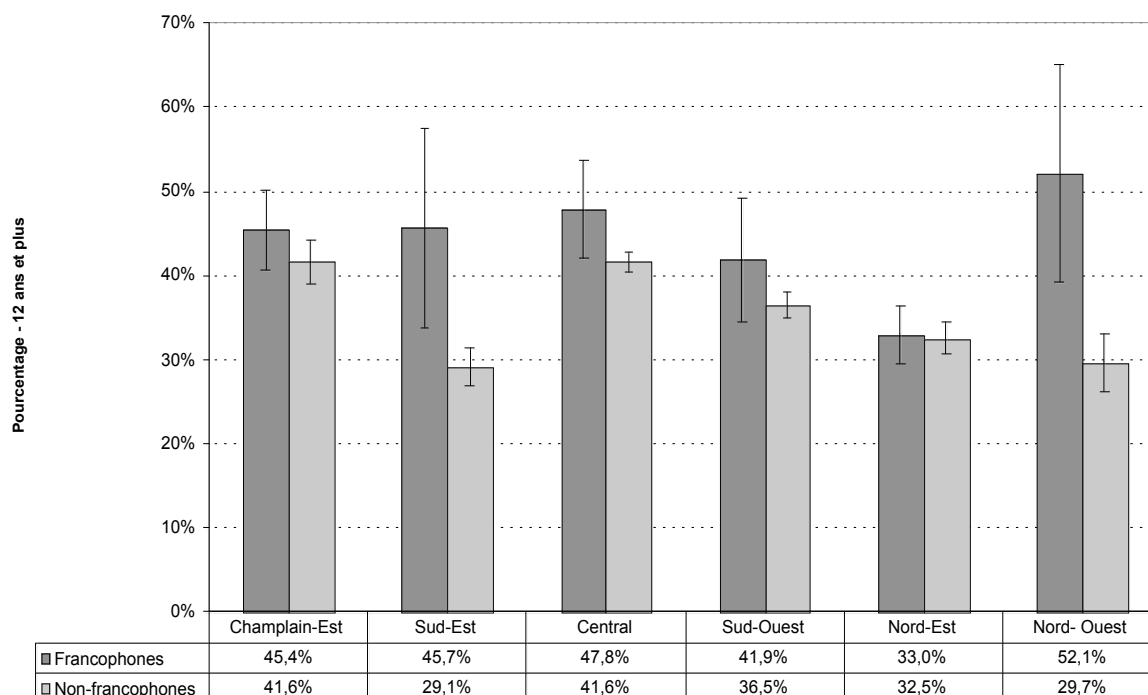
Lorsque comparés aux anglophones, les francophones sont en proportion plus nombreux à exprimer un « faible » sentiment d'appartenance dans les subdivisions régionales : Sud-Est (francophones, 46 % ; anglophones, 28 %), Centre (francophones, 48 % ; anglophones, 40 %) et Nord-Ouest (francophones, 52 % ; anglophones, 30 %).

Il en est de même lorsque l'on compare les francophones aux non-francophones (anglophones et allophones réunis) : dans la région de l'Est, (francophones, 45 % ; non-francophones, 37 %), dans le Sud de l'Ontario (francophones, 47 % ; non-francophones, 41 %), dans les subdivisions régionales Sud-Est (francophones, 46 % ; non-francophones, 29 %) et Nord-Ouest (francophones, 52 % ; non-francophones, 30 %) (figure 10.1).

### 10.2 Perception de la santé

Le lien entre la santé perçue et la santé objective a clairement été démontré par les études antérieures, ce qui attribue une validité reconnue à cette variable. De manière générale, les francophones se perçoivent en moins bonne santé que les anglophones. Seule une différence entre les subdivisions régionales ressort à ce sujet entre les francophones mêmes, où les francophones (âgés de 12 ans et plus) du Nord-Est (55 %) sont moins portés à percevoir leur état de santé comme étant « très bon » ou « excellent » comparativement à ceux du Centre (65 %).

**Figure 10.1 – Faible sentiment d'appartenance selon la région – population francophone et population non francophone, 2000-2001**



Source: Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes 2000/01, Statistique Canada, Fichier de Microdonnées à Partager, Division de la planification de la santé, ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario

## 10.2.1 Indice de santé

L'indice de santé constitue une mesure objective de l'état de santé d'un individu. Sur cet indice, la population des francophones âgés de 12 ans et plus détient un score de santé inférieur à celui de la population non francophone.

Ainsi, on observe une proportion plus faible (73 %) de francophones dans la région du Sud qui obtiennent le score de « très bon » ou d'« excellent » sur l'échelle de l'indice de santé comparativement aux non-francophones (80 %). En examinant les subdivisions régionales de plus près, les francophones en provenance du Centre (73 %) sont également moins enclins à avoir un état de santé « très bon » ou « excellent », comparativement aux non-francophones (80 %) de cette même subdivision.

## 10.2.2 Améliorer son état de santé

En terme d'actions entreprises dans le but d'améliorer leur santé au cours des douze derniers mois, les analyses des subdivisions régionales dévoilent des

résultats significatifs entre les francophones (âgés de 12 ans et plus) eux-mêmes.

Les francophones du Sud-Ouest (48 %) sont sensiblement moins nombreux, proportionnellement, que ceux du Nord-Ouest (71 %) à avoir entrepris une action pour améliorer leur santé. Les francophones du Nord-Ouest sont plus portés à prendre en charge leur santé que les non-francophones (55 %). Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Une plus forte proportion se prenant en charge ne représente pas nécessairement un gage de bonne santé et vice versa. Par exemple, il est possible que les francophones habitant le Nord-Ouest aient plus de problèmes de santé et, donc, un plus grand besoin de recourir à des actions de prise en charge.

## 10.2.3 Besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ)

Plusieurs études épidémiologiques évaluent l'état de santé physique d'un individu selon son aptitude à

accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ). En dépit du fait que cette mesure à elle seule n'est pas toujours suffisante pour établir des liens de causalité, elle constitue un bon indicateur de l'état de santé et peut également aider à déterminer les besoins en matière d'aide formelle, comme des services institutionnels ou communautaires, ou informelle, comme une personne-soutien. En ce qui a trait aux personnes âgées de 12 ans et plus ayant besoin d'aide avec les activités de la vie quotidienne, seuls les francophones résidant dans la région du Sud (17 %) montrent un plus grand besoin en cette matière, comparativement aux non-francophones de cette même région (13 %).

## **10.3 Problèmes de santé chroniques et blessures**

### **10.3.1 Maladies cardiovasculaires**

Les maladies cardiovasculaires constituent le problème de santé chronique le plus important au Canada et en Amérique du Nord. La recherche ayant démontré que ce problème de santé est fortement relié aux conditions de vie, il devient très pertinent d'examiner les différences culturelles et socioenvironnementales.

Les résultats indiquent qu'une plus grande proportion de francophones (âgés de 12 ans et plus) déclarent une maladie cardiovasculaire dans la région du Nord. Cependant, cette tendance n'est pas statistiquement significative lorsqu'elle est comparée aux taux des francophones dans la région du Sud et de l'Est.

C'est plutôt en examinant les subdivisions régionales que l'on observe qu'une plus grande proportion de francophones du Nord-Est (8 %) signalent une maladie cardiovasculaire, comparativement à ceux de Est-Champlain (5 %). Lorsque comparés aux autres groupes sociolinguistiques, les francophones en provenance de la région du Sud sont plus sujets aux maladies cardiovasculaires que les non-francophones (francophones, 8 %; non-francophones, 5 %).

### **10.3.2 Asthme**

L'asthme est souvent relié à l'utilisation quotidienne du tabac ainsi qu'au faible revenu et, selon l'ESO 1996-

1997, il y avait une propension plus grande chez les francophones.

En effet, les résultats de l'ESCC 2000-2001 montrent qu'une plus grande proportion de francophones âgés de 12 ans et plus (14 %) a reçu un diagnostic d'asthme d'un professionnel de la santé dans le Sud-Ouest, comparativement aux non-francophones (9 %) de cette même subdivision.

## **10.3.3 Santé mentale**

### **A. Consultation auprès d'un professionnel de la santé mentale**

Une plus grande proportion de francophones âgés de 12 ans et plus déclarent avoir consulté un professionnel de la santé mentale dans la région de l'Est (12 %), comparativement à la région du Nord (7 %). Un regard plus précis sur les subdivisions régionales montre que ce sont les francophones en provenance de Est-Champlain (12 %) qui sont plus enclins à affirmer avoir consulté un professionnel de la santé mentale, comparativement à ceux du Nord-Est (7 %).

### **B. Latitude de décision dans le milieu du travail**

La section suivante s'applique aux individus travaillant à temps plein âgés de 20 à 64 ans et concerne le sentiment de latitude de décision dans leurs milieux de travail. La littérature a bien éclairé la corrélation entre le sentiment de latitude et le stress : peu de latitude accroît le stress et ses effets négatifs sur la santé. Aucune différence significative n'a été notée chez les francophones entre les régions géographiques.

Les travailleurs francophones du Sud signalent un niveau de latitude élevée de décision dans leur milieu de travail en plus grande proportion (64 %) que ceux du Nord (51 %).

Un regard plus précis sur les subdivisions régionales montre que les francophones du Centre (66 %) déclarent un niveau plus élevé de latitude de décision dans leur milieu de travail que ceux du Nord-Est (52 %). Cependant, dans la région du Nord, ce sont les travailleurs non francophones (60 %) qui ont un niveau de latitude de décision plus élevée, comparativement

aux francophones (51 %). Il est important de se rappeler qu'il faut interpréter ces derniers résultats avec prudence en raison du faible échantillon.

## **10.4 Comportements et santé**

### **10.4.1 Tabagisme**

#### **A. Initiation au tabagisme**

L'analyse révèle que l'initiation au tabagisme se fait vers l'âge de 15 ans ou avant pour certains individus et que l'usage du tabac varie entre les groupes sociolinguistiques et entre les subdivisions régionales.

C'est le cas des francophones qui sont généralement plus enclins que les allophones à déclarer avoir commencé à fumer à un bas âge (15 ans et moins). De ce fait, la proportion de francophones est plus élevée que les allophones dans les subdivisions du Centre (francophones, 29 % ; allophones, 14 %), du Nord-Est (francophones, 36 % ; allophones 21 %) et du Nord-Ouest (francophones, 48 % ; allophones 22 %).

#### **B. Fumeurs actuels chez les adultes (âgés de 20 ans et plus)**

En examinant le taux de « fumeurs actuels » (incluant « fumeurs quotidiens » et « occasionnels »), quelques différences apparaissent entre les groupes sociolinguistiques et selon leur répartition géographique. Ainsi, dans le Sud, les francophones (32 %) sont proportionnellement plus nombreux à se déclarer « fumeurs actuels », comparativement aux non-francophones (25 %) de cette même région. Une analyse des subdivisions régionales explique cette tendance plus en détail en révélant la présence d'une plus forte proportion de « fumeurs actuels » francophones (34 %) dans le Centre, comparativement aux non-francophones (25 %) de cette même subdivision. Toujours dans le Centre, le taux d'adultes francophones fumeurs est plus élevé que celui de leurs homologues allophones (18 %).

Si l'on compare les francophones entre eux selon les régions, les francophones du Nord-Est (34 %) sont plus portés à fumer que ceux de Sud-Est (19 %).

### **C. Fumeurs quotidiens chez les adultes (âgés de 20 ans et plus)**

En ce qui a trait à la proportion de « fumeurs quotidiens », si l'on compare les francophones aux non-francophones, c'est dans la région du Sud qu'apparaît une différence significative (francophones, 28 % ; non-francophones, 20 %). Encore une fois, cette même tendance s'explique par la plus forte proportion de francophones (30 %) qui fument quotidiennement dans la subdivision régionale du Centre, comparativement aux non-francophones (20 %) de cette même subdivision (figure 10.2).

#### **D. Exposition à la fumée secondaire**

Étant donné les résultats mentionnés plus haut, il n'est pas surprenant de constater que la population la plus exposée à la fumée secondaire soit les francophones. Dans la région du Sud, 76 % des non-francophones contre 71 % des francophones habitent un foyer sans fumée, et il en est de même pour la dyade résidant dans la subdivision régionale du Centre (non-francophones, 77 % ; francophones, 69 %). Cet écart entre les francophones et les non-francophones s'explique en partie par le taux élevé chez les allophones de la région Sud (82 %).

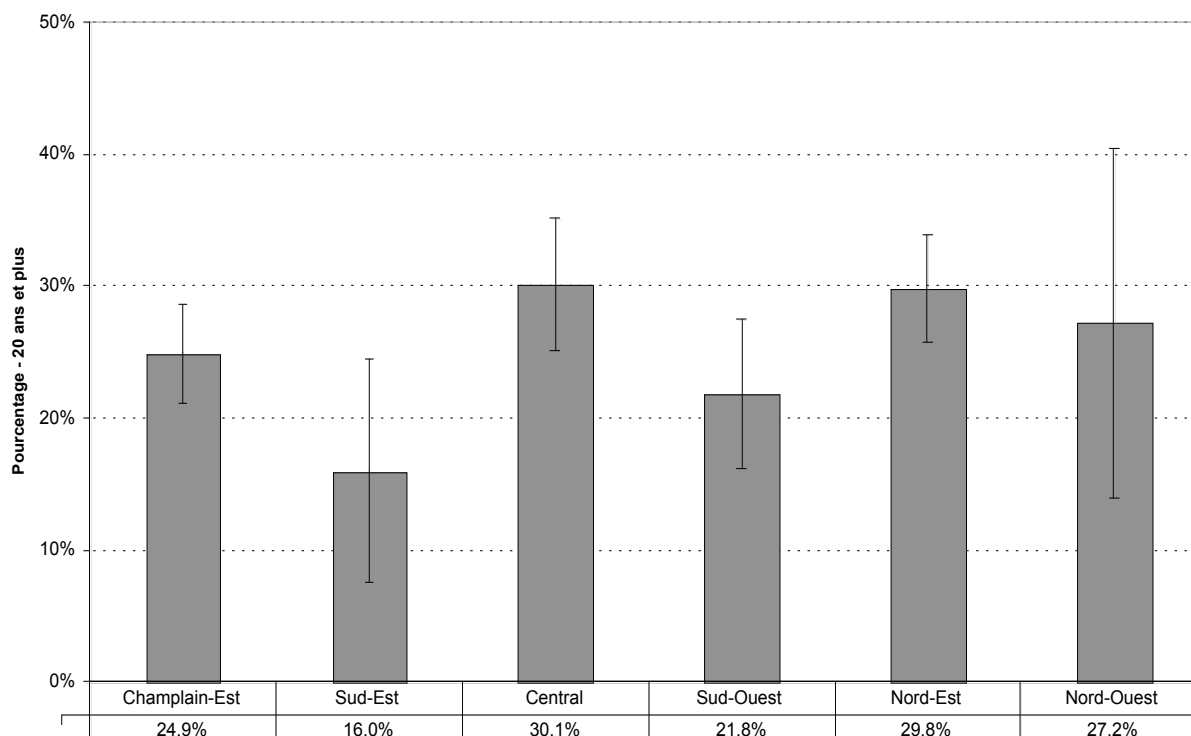
Quant à la fréquence de l'exposition à la fumée des autres, encore une fois, la proportion de francophones déclarant avoir été exposés à la fumée secondaire presque tous les jours est plus élevée (37 %) que celle des non-francophones (30 %) dans la région du Nord. La différence est particulièrement marquée avec les allophones de cette région (23 %). Les francophones du Nord-Est (36 %) déclarent une exposition quotidienne à la fumée secondaire plus élevée que ceux du Centre (23 %), et que ceux du Sud-Ouest (23 %).

### **10.4.2 Consommation d'alcool**

#### **A. Chez les jeunes (âgés de 12 à 19 ans)**

C'est dans la région du Nord qu'une plus forte proportion de jeunes francophones consomme de l'alcool (68 %) comparativement aux jeunes francophones de la région de l'Est (41 %), plus précisément, 66 % dans le Nord-Est et 41 % dans

**Figure 10.2 –Fumeurs quotidiens francophones selon la région, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Est-Champlain. C'est également dans le Nord que la différence entre les groupes sociolinguistiques est la plus prononcée (francophones, 68 % ; non-francophones, 52 %) (figure 10.3)

## **B. Chez les adultes (âgés de 20 ans et plus)**

Lorsque seulement les adultes sont pris en compte, les données reflètent une toute autre situation au niveau des subdivisions régionales. Parmi les adultes francophones, le taux de consommateurs actuels d'alcool est plus élevé dans la subdivision du Sud-Est (92 %), comparativement au Nord-Est (81 %). Plus encore, les francophones d'âge adulte habitant la subdivision du Sud-Est sont plus enclins à consommer de l'alcool, comparativement à leurs homologues non-francophones résidant dans le même secteur (82 %).

Dès lors où l'on rassemble la totalité des jeunes et des adultes (population âgée de 12 ans et plus), on observe les mêmes tendances au niveau des

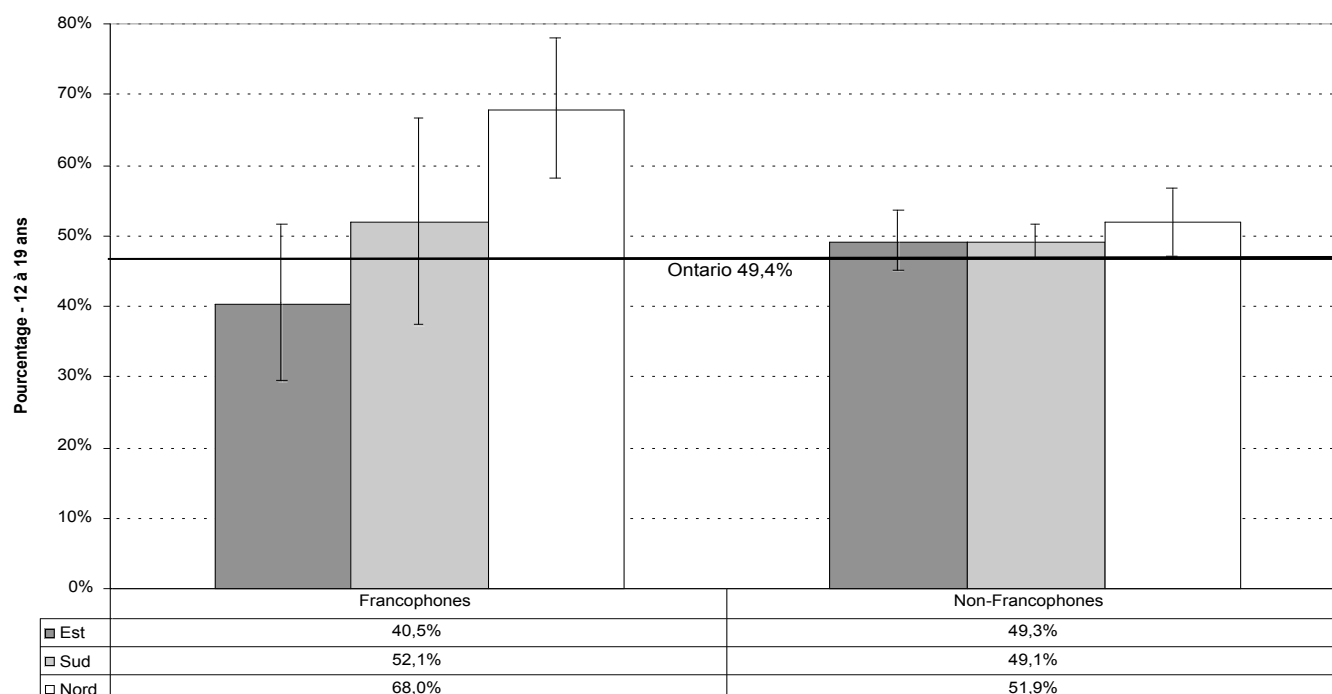
subdivisions régionales. Quant à l'analyse des trois grandes régions, il n'est guère étonnant de percevoir une plus grande proportion de consommateurs francophones dans la région du Sud (79 %), comparativement aux non-francophones de cette même région (75 %). Cette différence s'explique par le taux peu élevé chez les allophones (63 %).

## **10.4.3 Alimentation**

### **A. Consommation de fruits et de légumes**

La consommation de fruits et de légumes est une variable que l'on peut clairement associer à la culture en ce qui a trait aux styles de vie et au milieu. C'est dans la région Nord que la proportion de francophones (30 %) est la plus faible à déclarer consommer au moins 5 portions de fruits ou de légumes chaque jour, comparativement aux francophones résidant dans la région de l'Est (39 %) et comparativement aux allophones de leur région (41 %) (figure 10.4).

**Figure 10.3 – Consommateurs habituels d'alcool, adolescents, selon la région – population francophone et population non francophone, 2000-2001**



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000/ 2001, Statistique Canada (2003), Fichier de microdonnées à partager, Division de la planification de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

## B. Poids-santé

La proportion de francophones à détenir un poids insuffisant est plus élevée dans le Sud (4 %) que dans le Nord (1 %). Lorsque comparés aux non-francophones du Nord, les francophones de cette même région continuent d'obtenir un taux plus faible de personnes ayant un poids insuffisant (francophones, 1 % ; non-francophones, 2 %). Cependant, lorsque l'indice de masse corporelle mesure le taux d'obésité, les francophones du Nord ne sont pas significativement plus enclins à souffrir d'obésité que leurs homologues du Sud ou de l'Est.

## C. Indice de l'activité physique (IAP)

L'analyse ne révèle pas de différence significative entre les populations francophones des différentes régions sur l'indice de l'activité physique, indice qui donne le montant approximatif d'exercices nécessaires à un état de santé cardiovasculaire sain. Cependant, des différences apparaissent entre les groupes sociolinguistiques, les francophones étant en

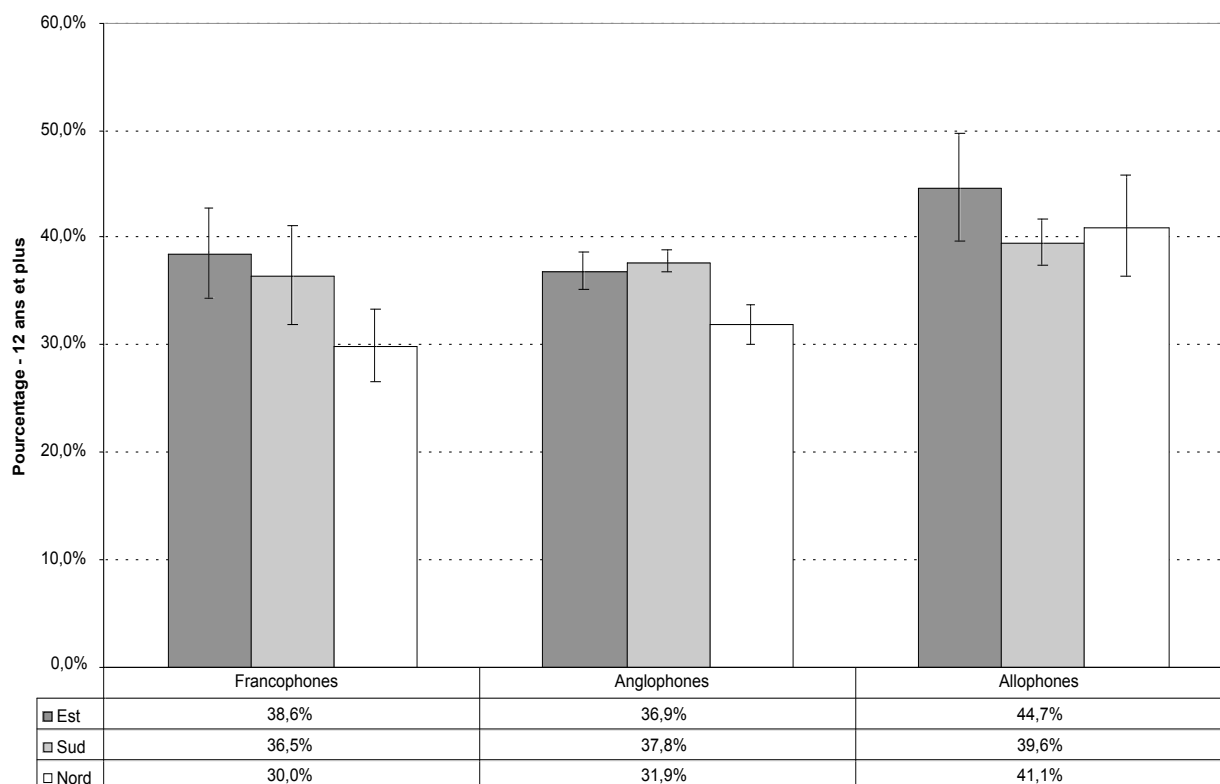
proportion plus faible dans la catégorie des « suffisamment actif » que les anglophones : dans la région du Nord (francophones, 25 % ; anglophones, 30 %), de l'Est (francophones, 19 % ; anglophones, 27 %) et dans la subdivision de Est-Champlain (francophones, 19 % ; anglophones, 27 %).

## 10.5 Soins alternatifs et comportements préventifs

### 10.5.1 Examen des seins

En ce qui a trait au nombre de femmes âgées de 18 ans et plus ayant eu un examen des seins par un professionnel de la santé *au cours de leur vie*, les résultats montrent que les femmes francophones du Nord seraient proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir subi cet examen de dépistage. En effet, 76 % des femmes francophones de la région du Nord, contre 85 % de celles de l'Est, auraient eu un examen des seins effectué par un professionnel de la santé.

**Figure 10.4 – Consommation de fruits et de légumes selon la région et le groupe sociolinguistique, 2000-2001**



Source: Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes 2000/01, Statistique Canada, Fichier de Microdonnées à Partager, Division de la planification de la santé, ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario

Lorsque nous examinons les données concernant un examen dans les deux dernières années, on remarque, une fois de plus, qu'une plus faible proportion de femmes francophones habitant la région du Nord (59 %) déclare avoir eu un examen des seins comparativement à celles de la région de l'Est (74 %).

### A. Mammographie (au cours de la vie)

En ce qui concerne la mammographie de dépistage, les taux des femmes francophones ne diffèrent pas d'une région à l'autre. Cependant les francophones sont proportionnellement plus enclins au dépistage par mammographie que leurs consœurs anglophones ou allophones. Dans la région de l'Est, une plus grande proportion des femmes francophones âgées de 50 à 69 ans (96 %) disent avoir eu une mammographie au cours de leur vie, comparativement aux anglophones (88 %) et aux allophones (80 %). En examinant les subdivisions régionales, les mêmes tendances s'observent entre les francophones et les non-francophones dans Est-Champlain (francophones,

96 % ; non-francophones, 86 %), dans le Sud-Est (francophones, 98 % ; non-francophones, 87 %) et dans le Sud-Ouest (francophones, 99 % ; non-francophones, 86 %).

### B. Mammographie récente

Si nous analysons les taux de mammographie depuis deux ans, les femmes francophones du Sud-Ouest sont également plus susceptibles d'avoir eu une mammographie au cours des deux années précédentes (91 %), comparativement aux femmes non francophones de la même subdivision (71 %).

### 10.5.2 Test de Papanicolaou (PAP)

Le test de Papanicolaou constitue un autre type d'examen médical nécessaire à la prévention du cancer et des maladies du système reproducteur féminin. Il n'y a pas de différence significative entre les francophones des trois grandes régions géographiques. Pour ce qui est des subdivisions, une

proportion plus faible de femmes dans Est-Champlain (89 %) déclarent avoir eu un test de Papanicolaou, comparativement à celles du Sud-Est (98 %).

En comparant avec les non-francophones (86 %), c'est dans la région du Sud qu'une différence est observée en faveur des femmes francophones (92 %).

### 10.5.3 Visite dentaire récente

Le taux de visites dentaires est semblable pour les francophones des trois régions géographiques. Des analyses des subdivisions révèlent que les francophones du Sud-Est (45 %) sont moins portés à aller chez le dentiste que les francophones du Nord-Est (63 %). Au niveau régional, une plus faible proportion de francophones habitant la région de l'Est (61 %) et du Sud (64 %) déclarent avoir eu une visite dentaire au cours de la dernière année, comparativement aux non-francophones (68 % et 71 % respectivement). Plus particulièrement, les francophones sont moins susceptibles d'avoir eu un examen dentaire durant la dernière année, comparativement aux non-francophones, dans les subdivisions régionales de Est-Champlain (francophones, 62 % ; non-francophones, 70 %), du Sud-Est (francophones, 45 % ; non-francophones, 65 %) et du Centre (francophones, 64 % ; non-francophones, 71 %).

## 10.6 Conclusion

L'analyse des résultats par régions et milieux de vie montre des différences significatives utiles pour orienter les approches de promotion de la santé. On constatera que ces différences recoupent les dimensions culturelles et sociolinguistiques et les contextes de vie. En observant uniquement les différences de comportement de santé entre les francophones ontariens, ceux de la région du Nord sont généralement plus nombreux à rapporter des habitudes de vie susceptibles d'engendrer des risques présents et futurs quant à leur état de santé physique, comparativement aux francophones des autres régions étudiées. Par exemple, une plus grande consommation de tabac et d'alcool et une plus faible consommation de fruits et de légumes peuvent avoir des impacts néfastes sur l'état de santé. En terme d'action

préventive, les femmes francophones du Nord sont particulièrement moins susceptibles que celles de l'Est de subir des tests médicaux tels que l'examen des seins, la mammographie et le test de Papanicolaou.

En examinant les variables découlant de l'environnement psychosocial, il ressort que les francophones de l'Est sont plus nombreux que ceux du Nord à avoir consulté un professionnel de la santé mentale. Toutefois, lorsque vient le temps d'évaluer son propre état de santé, les francophones du Centre sont plus nombreux à qualifier de « bon à excellent » leur état de santé comparativement aux francophones du Nord-Est. Cependant, sur la variable « sentiment d'appartenance », on observe que ce sont les francophones de la région du Nord qui sont plus susceptibles à déclarer un « très fort » sentiment d'appartenance à la communauté, ce qui semble contredire les études quant au lien positif entre sentiment d'appartenance et santé, à moins de ne retenir que le seul indicateur de santé mentale. Toutefois le sens de la relation demeure problématique et peut être relié à l'accessibilité des services.

En deuxième lieu, on dénote la présence d'un plus grand nombre de différences dans les comportements de santé entre les francophones et les non-francophones, qu'entre les francophones des différentes régions. Globalement, les francophones des trois grandes régions (Nord, Est, et Sud) sont plus susceptibles que les non-francophones des mêmes régions à avoir fumé ou avoir été exposé à la fumée secondaire, ou encore à avoir consommé de l'alcool. En ce qui concerne le niveau d'activité physique, les francophones du Nord et de l'Est sont proportionnellement moins nombreux que les anglophones des mêmes régions à être catégorisés de suffisamment « actif » physiquement. En fait d'alimentation, les francophones du Sud sont plus à risque de souffrir d'insuffisance alimentaire comparativement aux non-francophones ainsi qu'aux anglophones du Sud. De plus, les francophones du Nord, du Nord-Est et du Sud-Ouest consomment généralement moins de fruits et de légumes que leurs homologues allophones.

Cependant, en terme de comportements préventifs, les femmes francophones sont généralement plus

nombreuses que les femmes anglophones et les femmes allophones à déclarer avoir entrepris de telles actions (par exemple, mammographie, examen des seins, test de Papanicolaou). En revanche, le groupe des non-francophones des régions de l'Est et du Centre déclare un plus haut taux de visites dentaires comparativement au groupe des francophones des mêmes régions. Enfin, dans le Nord-Ouest, les francophones sont plus susceptibles que les anglophones et que les allophones d'avoir entrepris des actions pour améliorer leur état de santé.

Lorsque l'on compare le niveau de sentiment d'appartenance à la communauté entre les groupes

sociolinguistiques, on observe que le groupe des francophones est généralement plus susceptible de rapporter un « faible » niveau d'appartenance à la communauté comparativement au groupe des non-francophones dans la plupart des régions ontariennes.

Dans le présent chapitre, l'illustration des différences régionales entre les différents groupes sociolinguistiques de l'Ontario en terme de comportements de la santé s'avère utile dans l'orientation de l'implantation ou du renforcement des programmes et des services de prévention et de traitement en santé communautaire.



# Conclusion

**Louise Picard, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district  
Gratien Allaire, Université Laurentienne**

---

Ce deuxième rapport constitue un suivi très utile du rapport initial de l'an 2000, en ce qu'il permet de répondre à certaines questions : est-ce que les différences notées dans le premier rapport persistent? Quels sont les progrès réalisés? Est-ce qu'il y a eu un suivi aux recommandations?

Les déterminants de la santé servent de base à ce deuxième rapport, comme au précédent : ils ont un lien avec le soin que les personnes prennent d'elles-mêmes. Le milieu de vie, l'occupation, la littératie (à défaut, le niveau de scolarité), le revenu et le travail ou le chômage, entre autres, influencent le bien-être et la santé des personnes et des collectivités. Meilleurs ils sont, plus grandes sont les activités de prévention, comme les visites chez le dentiste, l'examen des seins, le test PAP ou le test APS. Ils sont également reliés aux habitudes de vie, qu'elles soient bénéfiques, comme l'activité physique ou une alimentation saine, ou nuisibles, comme le tabagisme ou l'abus de l'alcool.

Il faut remarquer d'abord que certaines différences observées dans l'état de santé de la population francophones persistent :

- Une proportion plus faible de francophones perçoivent leur santé comme étant très bonne ou excellente.
- Les francophones ont des taux plus élevés de tabagisme et, conséquence sans surprise, une proportion plus faible de personnes qui vivent dans un foyer sans fumée.
- Les francophones sont plus portés que les anglophones à souffrir de maladies cardiaques.
- On note une augmentation, depuis le premier rapport, dans le pourcentage de francophones qui font de l'embonpoint.

- Le taux de visites dentaires des francophones demeure inférieur à celui de la province et à celui des anglophones.
- Les francophones sont moins portés à s'abstenir d'activité sexuelle, mais il n'y a aucune différence entre les francophones et les anglophones quant au pourcentage des personnes qui ont deux partenaires sexuels ou plus.

Il y a aussi des résultats encourageants depuis le premier rapport.

- On ne retrouve plus de différence quant aux taux de tabagisme entre les adolescents francophones et ceux de l'ensemble de l'Ontario.
- Le pourcentage de francophones qui vivent dans des foyers sans fumée a augmenté depuis le premier rapport, mais le taux de ceux qui commencent à fumer avant l'âge de 15 ans a diminué.
- Le taux d'activité sexuelle des adolescents francophones n'est pas différent de celui des non-francophones, contrairement au premier rapport.
- Depuis le premier rapport, le taux de consultation d'un professionnel de la santé mentale est le même chez les francophones, ce qui n'est pas le cas pour les autres groupes sociolinguistiques.

Toutefois, dans certains domaines où il n'y a pas de différence notée entre les francophones et les autres groupes, les taux demeurent fort inquiétants.

- Les taux de blessures augmentent pour les francophones et pour l'ensemble de la population ontarienne.

- Il y a une hausse dans le taux d'hypertension pour tous les groupes sociolinguistiques.
- Le taux de dépression augmente pour tous les groupes sociolinguistiques.
- Il n'y a pas de progrès pour ce qui est du niveau d'activité physique : plus que la moitié des francophones demeurent « inactifs ».

Ce deuxième rapport apporte aussi quelques nouveautés intéressantes telles que le sens d'appartenance à la communauté. Les francophones sont plus portés que les anglophones à déclarer un sentiment d'appartenance faible, et c'est dans le Nord que le sens est le plus élevé. Ces résultats invitent certainement d'autres recherches.

Ce rapport ajoute un nouveau chapitre sur les différences régionales, chapitre qui sera certainement utile à la planification des services dans les régions. On observe qu'en général, le Nord se distingue par son profil sociodémographique et dans plusieurs indicateurs relatifs aux comportements sains. Les nombreuses personnes qui ont préparé ce rapport souhaitent que les résultats régionaux soient utiles à la planification dans le domaine de la santé au niveau des réseaux régionaux, qu'il s'agisse des réseaux francophones ou des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

Il est encourageant de noter qu'en général, même s'il y a encore du chemin à faire, il y a des progrès. Du point de vue des comportements sains, plus de la moitié des francophones affirme avoir « fait quelque chose » pour améliorer leur santé, ce qui suggère une ouverture aux changements. Certains gains chez les jeunes francophones ainsi que des taux de participation aux tests de dépistage sont impressionnants.

Ce deuxième rapport comporte ses limites, que l'on peut expliquer en grande partie par les données obtenues, peu nombreuses dans certains cas et pour certaines régions. L'ESCC 2000-2001 ne contient aucune information sur les enfants de 12 ans et moins. De plus, la petite taille de l'échantillon de francophones limite les capacités d'analyse au niveau des sous-populations ou des groupes d'âge. Malgré ces limites, ce rapport offre, pour une première fois, des données comparatives sur la santé des francophones de

l'Ontario qui seront fort utiles à plusieurs secteurs de planification.

On n'a pas accès à des données dans des domaines importants pour la population francophone, qu'il s'agisse des indicateurs de santé comme le taux d'hospitalisation, ou des déterminants de la santé, comme le logement et l'assistance sociale.

La population francophone possède des caractéristiques spécifiques quant à certains comportements et à certains indicateurs de santé. Il faut reconnaître ces différences et en tenir compte dans la prise de décision et lors de la planification des services et des politiques qui touchent la santé de la population et ce, dans une perspective qui reconnaît l'importance des déterminants de la santé.

Les données et les résultats que contient ce deuxième rapport sont, d'abord et avant tout, des constatations. Le rapport établit des liens entre des variables. Il ne fournit pas d'explication. Il tend à accorder une grande importance à des facteurs comme le revenu et la scolarité sur l'état de santé. Il présente certaines caractéristiques de la population de langue maternelle française de l'Ontario : vieillissement, niveau moins élevé de remplacement, taux moins élevé de littératie etc. Il permet d'établir que la population franco-ontarienne possède ses caractéristiques et fait face à ses propres défis, mais il ne permet pas de déterminer pourquoi. Il ne peut pas servir à comprendre en quoi la culture, l'un des déterminants de la santé, influence l'état de santé, les pratiques saines et les perceptions de la santé.

On peut se demander, par exemple, si le lien entre le bas niveau de scolarité et le faible taux de visites chez le dentiste est un lien de cause à effet. La même question se pose quant au revenu peu élevé ou, de façon plus générale, quant à la culture. En d'autres mots, quelles sont les raisons pour lesquelles les francophones à faible revenu vont moins chez le dentiste? Parce qu'ils manquent de moyens financiers? Parce qu'ils ne comprennent pas l'importance des conséquences d'une mauvaise santé buccodentaire? Parce que ce n'est pas dans la culture ni dans les habitudes familiales?

Par ailleurs, comment les décisions individuelles en matière de soins de santé sont-elles affectées par le faible niveau d'accessibilité des soins en raison des distances et des moyens de transport, dans les régions comme le Nord ou dans les grandes villes comme Hamilton? Quelle est l'effet sur la santé de la population francophone du peu de disponibilité des soins en français, dans les grandes villes comme dans les zones rurales?

Pour obtenir des explications plus précises, des explications qui permettront de mieux cibler les interventions en santé publique (programmes, politiques, campagnes de publicité, politiques sociales...), il faut pousser plus loin. Il faut pouvoir mener des recherches plus approfondies auprès de la population franco-ontarienne, tant dans le Nord que dans l'Est et dans le Centre. Le deuxième rapport, comme le premier, indique clairement que les caractéristiques de la population francophone varient d'une région à l'autre, d'une subdivision régionale à l'autre en fonction de sa composition. Il serait présomptueux d'appliquer à l'une les conclusions d'une étude faite dans une autre.

Il faut également raffiner la notion de « francophone », pour adopter une définition plus représentative de la francophonie ontarienne actuelle, que ce soit celle de la « première langue officielle parlée » ou une autre que pourrait produire Statistique Canada à la suite des consultations de divers organismes comme le Consortium national de formation en santé. Le critère de langue maternelle permet une meilleure comparaison avec les rapports précédents, mais il met de côté toute la nouvelle francophonie, pour qui le français n'est pas la langue maternelle, mais plutôt la langue d'usage ou la langue courante. Avec une migration de plus en plus nombreuse en provenance de l'Afrique et de l'Asie, les besoins en matière de santé deviennent de plus en plus diversifiés.

Certaines des notions utilisées dans ce rapport sont en évolution rapide. La définition de littératie, par exemple, s'est étendue pour signifier la compréhension de divers textes. S'y est ajoutée la numératie, ou connaissance des nombres, la résolution de problèmes et l'utilisation de l'ordinateur et de l'équipement informatique. Les notions reliées à l'idée de « capital social » peuvent

aussi aider à mieux comprendre les relations entre les données socioculturelles et la santé.

Malgré certains progrès, il y a encore beaucoup à faire pour améliorer la santé et le mieux-être de la population franco-ontarienne et en arriver à un niveau de santé et à une qualité de vie comparables à ceux de l'ensemble de la population ontarienne. Les nombreuses personnes qui ont contribué à la rédaction de ce deuxième rapport espèrent qu'il servira d'outil, non seulement pour la planification en matière de santé publique, mais aussi pour l'éducation à la santé à tous les niveaux, élémentaire, secondaire et postsecondaire. Elles souhaitent que les futures intervenantes et intervenants au niveau des soins comme au niveau de la prise de décision y puiseront des renseignements sur les caractéristiques de la population franco-ontarienne. Elles ont voulu mettre à la disposition des chercheurs et des chercheuses des données qui pourront servir de point de départ pour l'élaboration de problématiques menant à des recherches plus poussées.

## **Recommandations**

Il est regrettable qu'il y ait eu peu d'activité pour donner suite aux recommandations du premier rapport. Plusieurs d'entre elles demeurent donc pertinentes et gardent leur importance. Il est à espérer que les nouveaux développements touchant la population francophone, comme le Consortium national de formation en santé, la Société Santé en français et les réseaux francophones, serviront à augmenter l'engagement des divers secteurs identifiés dans les recommandations. Il est à souhaiter que les instituts de recherche en santé accordent une plus grande importance aux questions se rapportant à la population francophone en Ontario et au Canada.

### **Recommandations reprises essentiellement du premier rapport**

1. Compte tenu de l'absence de données en ce qui a trait à la variable linguistique dans plusieurs banques de données provinciales (ce qui limite l'accès aux renseignements propres à la population de l'Ontario),

- i) que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée exige que les prestataires de soins de santé aux francophones, à qui il accorde du financement, lui fournissent ces données de façon systématique;
  - ii) qu'on explore les options provinciales permettant l'accès aux données sur les francophones; par exemple, l'établissement des liens entre certaines banques de données qui existent à l'intérieur du « Data Warehouse » du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario;
  - iii) que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée préconise l'inclusion de la variable linguistique dans les collectes de diverses statistiques gouvernementales, comme les données de la Commission de la sécurité professionnelle, de la Commission sur les accidents du travail et les statistiques sur les naissances, les taux de natalité et d'hospitalisation.
2. Que, dans les enquêtes à venir, on assure l'obtention d'un échantillon francophone de taille suffisamment grande pour permettre des analyses fiables et des comparaisons entre plusieurs variables et plusieurs régions.
  3. Qu'on effectue des recherches afin de combler les lacunes et de confirmer ou d'infirmer certaines « tendances », ce qui permettrait de répondre à certaines questions cruciales : Pourquoi les francophones ont-ils plus tendance à fumer? Pourquoi ont-ils moins recours aux services dentaires?
  4. Qu'on crée un répertoire provincial de documents existants sur la santé des francophones. De nombreuses études se sont penchées sur les besoins de certains sous-groupes francophones, tels que les femmes, les personnes âgées, etc. Pour intervenir efficacement auprès de ces sous-groupes, on aurait intérêt, dans un premier temps, à consulter les rapports existants.
  5. Que l'influence des déterminants de la santé sur l'état de santé et sur l'accès aux services en français soit reconnue dans la prestation de soins

de santé. Cela signifie, entre autres choses, qu'il faut considérer les divers niveaux d'analphabétisme dans la population franco-ontarienne comme un des principaux défis à relever lors de la mise en œuvre de programmes.

6. Qu'on mette au premier plan les réalités culturelles et linguistiques des francophones au moment de l'élaboration de services de santé en Ontario. Pour cela, il faut inciter les francophones à participer à l'identification de leurs besoins et à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des services de santé en Ontario.
7. Compte tenu de l'hétérogénéité de la communauté francophone et pour assurer une plus grande efficacité des programmes et des services, que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les prestataires de soins de santé s'approprient les résultats présentés dans ce rapport afin de mieux cerner les priorités de services et d'identifier les sous-groupes susceptibles d'en être l'objet au moment de l'élaboration de programmes régionaux et provinciaux.
8. Pour faire suite à ce rapport sur la santé des francophones en Ontario, que le ministère s'engage à poursuivre des analyses plus étendues sur la santé des francophones et à assurer la rédaction de sous-rapports lors des futures enquêtes sur la santé en Ontario.

### **Recommandations propres au deuxième rapport**

9. Il est nécessaire d'adopter une définition de « francophone » mieux adaptée à la réalité de la francophonie actuelle en Ontario, et que les responsables d'études utilisent cette définition pour assurer autant que possible la comparabilité des résultats d'une étude à l'autre.
10. Il faut compléter le plus rapidement possible la compilation et l'analyse des données sur la population franco-ontarienne fournies par la dernière enquête de Statistique Canada et de l'OCDE sur la littératie.

11. Lors de la révision du curriculum des écoles élémentaires et secondaires en matière de santé et de mieux-être, le ministère de l'Éducation de l'Ontario devrait tenir compte du contenu de ce rapport afin d'adapter le programme aux besoins spécifiques de la population franco-ontarienne et de sensibiliser la population étudiante à ces besoins.
12. Étant donné la proportion importante de personnes âgées dans la population franco-ontarienne, il faudrait prendre les moyens de mieux comprendre la situation et les caractéristiques de ce groupe d'âge en matière de santé et de mieux-être.
13. Il faudrait suivre la progression des maladies chroniques afin d'étudier les variations de façon longitudinale, surtout à la lumière des efforts qui sont faits pour adopter les politiques appropriées, pour favoriser des pratiques saines, pour promouvoir des habitudes de vie bénéfiques telles que l'activité physique, le poids santé et l'alimentation saine et contrer les habitudes malsaines comme l'usage du tabac et la consommation excessive d'alcool.
14. Il est essentiel que les efforts des différents acteurs en santé (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ministère de l'Éducation, Services de santé publique, réseaux locaux intégrés, réseaux francophones, centres de santé, hôpitaux...) soient coordonnés dans le but d'améliorer la santé de la population franco-ontarienne.

Achevé d'imprimer en décembre 2005