

Rapport sur

la Santé des francophones de l'Ontario



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

Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario

Février 2000



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

Service de santé publique de la ville de Toronto
Service de santé publique de Hamilton-Wentworth
Service de santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington
Service de santé publique de London-Middlesex
Service de la santé de la Région d'Ottawa-Carleton
Service de santé publique de Sudbury et du district

Équipe de rédaction

REDSP Sudbury

Louise Picard
Ruth Sanderson
Isabelle Michel
Alissa Palangio
Colette Fraser

REDSP Ottawa-Carleton

Denise Hébert

En collaboration avec

Janine Charland,
Office des affaires francophones

Pour plus de renseignements

**Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique
Service de santé publique de Sudbury et du district**

1300, rue Paris

Sudbury (Ontario) P3E 3A3

Téléphone : (705) 522-9200, poste 330

Télécopieur : (705) 522-5182

Courriel : picardl@sdhu.moh.gov.on.ca

Dans ce document, la forme masculine, qui a une valeur neutre, 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 à titre d'organisme responsable 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 révisé le document. Les auteures du présent rapport sont entièrement responsables de son contenu.

Comité consultatif

du

Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario

Présidente

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

Caroline Andrew, Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa

Janine Charland, Office des affaires francophones

Francine Deroche, Innovaction, Toronto

Diane Farmer, ministère de l'Éducation et de la Formation

Colette Fraser, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district

France Gélinas, Centre de santé communautaire de Sudbury

Denise Hébert, REDSP, Service de la santé de la Région d'Ottawa-Carleton

Jocelyne Lalonde, Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario

Isabelle Michel, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district

Carole Racette, Bureau des services en français, ministère de la Santé de l'Ontario

Ruth Sanderson, REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district

Vic Sahai (ad hoc), Alliance Information Santé dans le Nord

Révision scientifique

Gisèle Carroll, BScN, MPH, professeure agrégée, Université d'Ottawa

Robert Cushman, MD, MBA, médecin hygiéniste, Service de la santé de la Région d'Ottawa-Carleton

Monique Labrecque, FRCPC, Ph.D., professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Hull

Michel O'Neill, Ph.D., professeur titulaire et codirecteur, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Geoff Tesson, Ph.D., vice-président académique, Université Laurentienne

Sincères remerciements

aux personnes suivantes pour leur appui dans la préparation du présent rapport

- **Ian Johnson**, coordonnateur du rapport provincial, REDSP, Toronto
- **Michael Pacey**, Université Laurentienne, pour les cartes géographiques de l'Ontario
- **Denise de Montigny**, de Quali-T Traductions, pour la révision linguistique
- **Robin Carrière**, étudiant, Université Laurentienne, pour sa contribution à l'élaboration des figures
- **Colette Roy**, Alliance Information Santé dans le Nord, pour sa relecture du rapport
- **P et M Sabourin**, pour leurs services de traduction
- **Veronica Jayagoda**, Service de la santé de la Région d'Ottawa-Carleton, pour son appui logistique
- **Sue Duclos**, Service de santé publique de Sudbury et du district, pour son appui bureautique
- **Richard Carrière**, Université Laurentienne, pour ses relectures du rapport
- **Mireille Whissell**, pour ses services de recherche
- **Marc Charron et Jocelyne McKellar**, pour leur appui en rédaction
- **Média Concepts**, pour la mise en pages

Appui en matière d'épidémiologie

- **Anna Goral**, REDSP, Toronto
- **Ian Johnson**, REDSP, Toronto
- **Alanna Leffely**, REDSP, Middlesex-London
- **Bernie Lueske**, REDSP, Middlesex-London
- **Jill Mallon**, REDSP, Toronto
- **Sue Schultz**, REDSP, Toronto
- **CharlesYim**, REDSP, Toronto
- **Greg Zaniewski**, REDSP, Toronto

Table des matières

Sommaire	9
Chapitre 1 — Mise en contexte	13
Chapitre 2 — Méthodologie	17
Chapitre 3 — Profil démographique	21
Chapitre 4 — Environnement social	27
Chapitre 5 — Auto-évaluation de la santé et incapacités	37
Chapitre 6 — Problèmes de santé chroniques et blessures	43
Chapitre 7 — Santé mentale	49
Chapitre 8 — Comportements et santé	55
8.1 Tabagisme	55
8.2 Alcool	61
8.3 Poids-santé et activité physique	68
8.4 Santé sexuelle	76
8.5 Allaitement maternel	80
Chapitre 9 — Conséquences des problèmes de santé	85
9.1 Consommation de médicaments	85
9.2 Utilisation des soins de santé	87
9.3 Dépistage précoce du cancer	93
Chapitre 10 — Conclusion et recommandations	99
Annexes	105

Liste des figures

2.1	Régions aux fins d'analyse démographique	18
2.2	Régions aux fins d'analyse de santé	19
3.1	Distribution régionale de la population francophone	21
3.2	Population rurale francophone et population rurale totale de l'Ontario, selon la région	22
3.3	Population francophone et population totale de l'Ontario, selon l'âge	23
3.4	Conservation de la langue française, selon l'âge — population francophone	25
4.1	Population détenant au moins un baccalauréat, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario.	27
4.2	Niveau de scolarité, selon la région — population francophone.	28
4.3	Participation au marché du travail, selon l'âge — francophones et la population totale de l'Ontario.	29
4.4	Revenu moyen total par personne, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario.	30
4.5	Revenu familial moyen, selon la région — francophones et population totale de l'Ontario	31
4.6	Seuil de faible revenu, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario	32
4.7	Répartition des capacités de lecture à l'échelle de compréhension des textes suivis, selon la langue du test — francophones et anglophones	34
4.8	Répartition des capacités de lecture à l'échelle de compréhension des textes suivis, selon l'âge — population francophone	35
5.1	Perception de l'état de santé élevé, selon le groupe linguistique.	38
5.2	Perception de l'état de santé élevé, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario	38
5.3	Besoin d'aide pour au moins une AVQ, selon le groupe linguistique et l'âge	41
6.1	Problèmes musculo-squelettiques durant les deux dernières années, selon le groupe linguistique et le sexe	45
6.2	Blessures graves, selon le sexe et le groupe linguistique	46
7.1	Niveau d'appui social élevé, selon le groupe linguistique	50
8.1	Fumeurs quotidiens, selon le groupe linguistique	56
8.2	Fumeurs quotidiens, selon l'âge — francophones et non-francophones	57
8.3	Pourcentage de la population n'ayant jamais fumé, selon le sexe et le groupe linguistique	58
8.4	Pourcentage de francophones vivant dans un foyer sans fumée, selon l'âge	59
8.5	Fumeurs quotidiens francophones, selon la région	60
8.6	Population qui s'est abstenue de consommer de l'alcool, selon le sexe et le groupe linguistique	63
8.7	Proportion de consommateurs d'alcool à faible risque, selon le sexe et le groupe linguistique	64
8.8	Proportion de consommateurs d'alcool à faible risque, selon le groupe linguistique et l'âge	64
8.9	Proportion de buveurs actuels ayant abusé périodiquement l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon le groupe linguistique	65
8.10	Proportion de conducteurs n'ayant pas bu de boissons alcoolisées avant de prendre le volant, selon le groupe linguistique et l'âge	66
8.11	Comparaison des catégories de poids chez les francophones, selon le sexe	70
8.12	Embonpoint, selon le niveau de scolarité — francophones et population totale de l'Ontario	71
8.13	Proportion de fumeurs quotidiens, selon le groupe linguistique et la catégorie de poids	71
8.14	Catégorie « actifs », Index de l'activité physique, selon le groupe linguistique	73
8.15	Index d'activité physique, selon l'âge — francophones	73
8.16	Population francophone faisant de l'embonpoint, selon la région	74

Liste des figures (suite)

8.17	Début de l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans chez les femmes, selon le groupe linguistique	77
8.18	Taux d'activité sexuelle chez les adolescents, selon le groupe linguistique	78
9.1	Usage de médicaments durant le dernier mois, selon le groupe linguistique et l'âge	86
9.2	Visites dentaires, selon le groupe linguistique et le sexe	88
9.3	Visites dentaires, selon le groupe linguistique et l'âge	88
9.4	Assurance-soins dentaires, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario	89
9.5	Visites dentaires, selon la région — francophones et non-francophones	90
9.6	Utilisation des services d'urgence, selon le groupe linguistique et l'âge	91
9.7	Dépistage précoce du cancer chez les femmes, selon le groupe linguistique	94

Liste des tableaux

3.1	Représentation régionale de la population francophone	21
3.2	Variation de la population francophone de 1986 à 1996	22
3.3	Quotient total de dépendance	23
3.4	Quotient de dépendance — 65 ans et plus	23
3.5	Quotient de dépendance — jeunes de moins de 15 ans	24
3.6	Lieu de naissance	24
3.7	Proportion de la population francophone appartenant à une minorité visible	25
4.1	Interprétation des niveaux d'alphabétisme	34
6.1	Problèmes de santé chroniques : comparaison entre la population totale et les groupes linguistiques de l'Ontario	44
8.1	Indice de masse corporelle chez les francophones, les anglophones et les allophones de 20 à 64 ans en Ontario	70

Liste des annexes

A	Revenu total moyen par personne, selon la région — francophones et population totale de l'Ontario	105
B	Personnes dans les ménages non familiaux, selon la région — francophones et population totale de l'Ontario	105
C	Proportion de conducteurs n'ayant pas bu de boissons alcoolisées avant de prendre le volant, selon le sexe et le groupe linguistique	106
D	Fréquence d'activité physique, selon l'âge — population francophone	106
E	Activité régulière, selon le niveau de scolarité — francophones et population totale de l'Ontario	107
F	<i>Test PAP</i> , selon le revenu — femmes francophones et non francophones	107
G	Proportion des femmes francophones ayant passé le <i>test PAP</i> au cours des trois dernières années, selon le niveau de scolarité	108

Sommaire

En 1998, le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) a entrepris la rédaction d'un rapport provincial sur l'état de santé de toute la population ontarienne. Dès le début, on a reconnu le besoin d'un rapport complémentaire sur la santé de la population franco-ontarienne.

C'est dans ce contexte que le REDSP s'est engagé à rédiger et à subventionner le présent rapport, pour suivant les objectifs suivants :

1. tracer le meilleur profil possible de l'état de santé des Franco-Ontariens et des comportements affectant leur santé;
2. établir des comparaisons provinciales et régionales entre la population franco-ontarienne et l'ensemble de la population ontarienne;
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 des Franco-Ontariens;
5. présenter un document qui servira d'outil à toute la province pour l'intercession, la prise de décision, la planification des programmes et la prestation des services.

Puisque ce rapport a été rédigé principalement à l'intention des planificateurs et des intervenants en santé publique, les auteures se sont inspirées des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* du ministère de la Santé de l'Ontario pour en déterminer la structure.

Le rapport est basé sur les données de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996–1997 (ESO 1996/97), du recensement de 1996 et, à titre complémentaire, d'études provinciales et régionales antérieures. Aux fins de ce rapport, la définition de « francophone » retenue est celle de Statistique Canada, qui s'appuie sur la langue maternelle du répondant.

Jusqu'à présent, il y a eu peu de recherches portant sur la santé des francophones à l'échelle provinciale. Pourtant, l'Ontario est la province canadienne qui

compte le plus grand nombre de francophones vivant hors Québec.

Au fil des ans, les francophones de l'Ontario ont fait des gains appréciables au plan économique et en matière de santé, au point où certaines caractéristiques qui les différenciaient des autres résidents de l'Ontario s'amenuisent peu à peu. Néanmoins, ce rapport souligne le caractère unique de la population francophone, qui mérite une attention particulière de la part des prestataires de services et des preneurs de décision.

Profil démographique et environnement social

Selon le recensement de 1996, la population francophone représente 5 % de la population provinciale, une diminution de 0,4 % depuis le dernier recensement. Cette diminution de la proportion de francophones tient davantage de l'accroissement de la population ontarienne que d'une baisse des effectifs en termes absolus. En effet, le nombre actuel de francophones reste relativement constant. Plus des deux tiers habitent l'Est et le Nord-Est de la province, 6 % appartiennent aux minorités visibles et habitent surtout dans les grands centres urbains.

Toujours selon le dernier recensement, la population francophone est plus âgée que l'ensemble de la population ontarienne. Les francophones sont généralement moins scolarisés, et plus d'un tiers sont analphabètes. Le taux de francophones sur le marché du travail ainsi que les revenus individuel et familial moyens sont aussi légèrement inférieurs à ceux de l'ensemble de la population ontarienne. Toutefois, ces différences s'amenuisent ou disparaissent chez les sous-groupes des plus jeunes.

Peu de différences existent entre les francophones et l'ensemble de la population ontarienne en termes de personnes vivant sous le seuil de faible revenu. Toutefois, 10 % des familles francophones sont monoparentales, comparativement à 14 % pour l'ensemble de la population ontarienne.

Auto-évaluation de la santé et incapacités

Les francophones sont plus enclins que les anglophones à percevoir leur état de santé comme moins bon, et cette différence persiste dans tous les groupes d'âge. Ils sont plus susceptibles d'être limités en ce qui concerne leurs activités et d'avoir besoin d'aide dans l'accomplissement de certaines activités quotidiennes. Le fait qu'il s'agit d'une population vieillissante explique en partie ces constatations.

Problèmes de santé chroniques et blessures

Les taux d'asthme, de bronchite, d'emphysème et d'hypertension sont légèrement plus élevés chez les Franco-Ontariens que dans l'ensemble de la population provinciale. Ces différences ne sont pas surprenantes, compte tenu de leur taux plus élevé de tabagisme. Tout comme le révélait la dernière enquête sur la santé, les francophones ont aussi plus tendance à souffrir de problèmes musculo-squelettiques. Leur taux de blessures graves est semblable au taux provincial. Et, contrairement à la situation qui prévaut au niveau provincial, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes francophones quant aux blessures graves.

Santé mentale

Les Franco-Ontariens affirment bénéficier d'un niveau de soutien social moins élevé que les anglophones. Plus de femmes que d'hommes francophones consultent les professionnels de santé mentale et semblent souffrir de dépression. Les femmes francophones consultent aussi les professionnels de la santé mentale plus fréquemment que les autres Ontariennes.

Comportements et santé

Les Franco-Ontariens se distinguent des autres quant à leurs comportements relatifs à la santé. Une plus faible proportion d'entre eux affirment n'avoir jamais fumé et vivre dans un foyer sans fumée. Comparativement aux autres groupes linguistiques, une plus grande proportion de francophones fument quotidiennement; c'est d'ailleurs dans le groupe des 20 à 44 ans qu'on trouve le plus grand pourcentage de fumeurs quotidiens.

Les francophones affichent un taux plus faible d'abstinence d'alcool que les anglophones, et même que l'ensemble de la province. Par contre, ils sont moins susceptibles que les anglophones de boire de façon excessive. Et, contrairement à la consommation à faible risque au plan provincial, on ne relève aucune

différence significative entre les hommes et les femmes francophones.

Tout comme le reste des résidents de la province, moins de la moitié des francophones ont un poids « acceptable ». Parmi les 20 à 64 ans, près du tiers font de l'embonpoint. Par contre, le niveau d'activité physique est plus élevé chez les francophones que chez les non-francophones. Seulement 21% affirment faire de l'activité physique régulièrement.

Dans l'ensemble, on observe un taux d'activité sexuelle plus élevé chez les adolescents francophones que chez les adolescents des autres groupes linguistiques. Les femmes francophones sont plus jeunes lorsqu'elles ont leur première relation sexuelle que les femmes non francophones.

Les femmes francophones ont aussi moins tendance à nourrir au sein que les autres Ontariennes.

Conséquences des problèmes de santé

Les francophones ne diffèrent pas des anglophones quant à leur consommation de médicaments. De façon générale, la consommation des médicaments et l'utilisation des soins de santé sont liées à l'âge et au revenu, et cela autant chez les francophones que chez les non-francophones.

Les francophones, surtout ceux de 45 ans et plus, vont moins chez le dentiste que les anglophones, même lorsque l'accès à l'assurance-soins dentaires est identique. Parmi les Ontariens moins scolarisés, les francophones sont aussi ceux qui vont le moins chez le dentiste. Il n'y a pas de différence entre les francophones et les autres groupes linguistiques quant aux visites chez l'omnipraticien; toutefois, une plus forte proportion de francophones ont recours aux services d'urgence, que les anglophones et les allophones.

Les femmes francophones profitent autant des tests de dépistage précoce du cancer que les femmes anglophones.

Différences régionales

En plus des différences à l'échelle de la province, on a aussi noté certaines différences régionales. Le niveau d'alphabétisme est plus élevé chez les francophones de l'Est et du Sud de la province. Le taux de chômage des francophones est plus élevé dans le Nord-Est, et c'est dans le Nord-Est qu'on retrouve le revenu familial moyen le plus faible. La région centrale affiche le revenu moyen le plus élevé. À l'exception des résidents du Nord-Est de la province, la proportion de francophones vivant dans des ménages non familiaux est plus élevée que pour l'ensemble de la population.

Si on compare davantage les francophones des autres régions (Sud et Est) à ceux du Nord, ceux du Nord sont plus enclins à fumer et à commencer à fumer à un plus jeune âge. Ils sont aussi moins susceptibles de n'avoir jamais fumé et de vivre dans un foyer sans fumée. Les francophones du Nord sont aussi plus portés à consommer périodiquement une quantité excessive de boissons alcoolisées, comparativement aux francophones des régions de l'Est et du Sud. De même, le taux d'abstinence d'alcool est plus bas chez les Franco-Ontariens de l'Est que chez ceux du Nord-Est.

Le pourcentage des hommes francophones ayant une certaine limitation d'activité est également plus élevé dans le Nord que dans les autres régions de la province.

Les Franco-Ontariens du Sud sont moins portés à être obèses et une plus grande proportion d'entre eux ont un poids acceptable, comparativement à ceux du Nord. Enfin, les francophones du Nord ont plus tendance à percevoir leur état de santé comme « moins bon » que ceux de l'Est et du Sud.

D'autres particularités uniques à la population francophone ont été signalées lors d'études provinciales antérieures et de recherches régionales; cependant, bon nombre de ces caractéristiques n'ont pu être explorées en raison d'un échantillon trop faible. Certains résultats de l'ESO de 1996/97 sont aussi au seuil d'être significatifs et ouvrent donc la voie à des recherches plus approfondies.

Comment expliquer ces différences?

Les francophones diffèrent des autres groupes linguistiques; certains aspects sont positifs, d'autres négatifs. Comment cela s'explique-t-il? Certaines différences au niveau de l'état de santé des francophones résultent en partie des caractéristiques socio-démographiques. Ainsi, chez les francophones, les taux plus élevés de certaines maladies chroniques et d'incapacités physiques sont liés, vraisemblablement, au vieillissement de cette population. En plus de l'âge, les niveaux inférieurs de revenu, de scolarité et d'alphabétisme ont également une influence. Plus globalement, c'est l'interaction entre ces facteurs socio-économiques qui explique certaines différences observées dans l'état de santé de la population francophone.

Cela dit, les habitudes de vie et les comportements influent aussi sur l'état de santé des francophones en Ontario. Par exemple, le taux plus élevé de maladies

respiratoires chroniques n'a rien d'étonnant, si l'on tient compte de l'usage plus répandu du tabac.

Il y a également lieu de croire que la dimension culturelle influe sur les comportements, comme la consommation d'alcool et le tabagisme. En cela, certains comportements de santé des Franco-Ontariens sont similaires à ceux des Québécois. Compte tenu qu'un quart des Franco-Ontariens sont d'origine québécoise récente, un tel rapprochement ne surprend pas; il vient même appuyer la thèse du rôle des dimensions culturelles dans l'origine des différences entre les groupes linguistiques en Ontario.

Le caractère hétérogène de la population francophone, dont 6 % sont de minorités visibles, apparaît aussi lorsqu'on constate les écarts considérables, tant au chapitre des facteurs socio-économiques que des indicateurs de santé entre les sexes et les différents groupes d'âge. La région où ils habitent influe probablement sur certains comportements relatifs à la santé des Franco-Ontariens; on doit néanmoins préciser qu'il ne s'agit là que d'un élément au sein d'un ensemble complexe.

Conclusion

Les données présentées dans ce rapport suggèrent des pistes pour établir les priorités en matière de planification des programmes et de prestations de services de santé.

Premièrement, au niveau des comportements liés à la santé, certaines différences entre les francophones et les autres groupes linguistiques de la province requièrent une attention particulière et nécessitent des approches adaptées à la culture francophone. Deuxièmement, l'absence de différences entre les francophones et les autres groupes linguistiques ne doit pas masquer l'existence de résultats particulièrement alarmants pour toute la population ontarienne. Troisièmement, ce rapport reconnaît l'existence de groupes plus vulnérables au sein de la communauté francophone au chapitre des déterminants de la santé. Il est donc essentiel d'en tenir compte, afin de mieux cibler les programmes et les services de santé. Enfin, les liens entre la santé des francophones et leur réalité socio-économique sont bien documentés et démontrent clairement l'urgence de rejoindre les francophones les plus désavantagés afin de leur assurer un accès aux services et programmes de santé.

Les services de santé en français en Ontario sont une source de préoccupations de première importance pour les francophones de la province. Pour assurer des services de qualité adaptés aux réalités culturelles et linguistiques de la communauté franco-ontarienne,

certaines conditions doivent être respectées : un engagement sérieux envers la création de services en français; la mise sur pied de structures favorisant la formation de professionnels francophones de la santé en Ontario afin de maintenir, voire d'améliorer, lesdits services; la consolidation d'un réseau convivial pour les consommateurs et les prestataires de soins ainsi que l'accès assuré aux services déjà existants.

Recommandations

1. Que les responsables d'études, particulièrement ceux qui sont subventionnés par les gouvernements fédéral et provincial, utilisent la même définition de « francophone », préférablement celle de « langue maternelle ».
2. Compte tenu de l'absence de données sur 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 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 de liens entre certaines banques de données qui existent à l'intérieur du « Data Warehouse » du ministère de la Santé de l'Ontario;
 - iii) que le ministère de la Santé 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.
3. Que, dans les enquêtes à venir, l'échantillon francophone soit de taille suffisante pour permettre des analyses fiables et des comparaisons entre plusieurs variables et plusieurs régions.
4. Qu'on effectue des recherches afin de combler les lacunes et de confirmer ou d'infirmer certaines « tendances ». Cela permettrait de répondre à certaines questions cruciales : pourquoi les francophones ont-ils plus recours aux services d'urgence? pourquoi ont-ils moins recours aux services dentaires?
5. Qu'un répertoire provincial de documents existants sur la santé des francophones soit créé. De nombreuses études se sont penchées sur les besoins de certains sous-groupes francophones, tels que les femmes, les aînés, etc. Pour intervenir efficacement auprès de ces sous-groupes, on aurait intérêt, dans un premier temps, à consulter les rapports existants.
6. Que l'influence des déterminants de la santé sur l'accès aux services en français soit reconnue dans la prestation de soins de santé. Cela implique, entre autres choses, de considérer les divers niveaux d'analphabétisme chez les Franco-Ontariens comme un des principaux défis à relever lors de la mise en œuvre de programmes.
7. Qu'on mette, au premier plan, les réalités culturelles et linguistiques des francophones au moment de l'élaboration de services de santé efficaces en Ontario. Pour cela, il faut inclure les francophones dans l'identification des besoins, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des services de santé en Ontario.
8. 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 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.
9. Pour faire suite à ce premier rapport sur la santé des francophones en Ontario, 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.

Chapitre 1

Mise en contexte

Introduction

En 1998, le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) a entrepris la rédaction d'un rapport provincial sur l'état de santé de toute la population ontarienne. Dès le début, on a reconnu le besoin d'un rapport complémentaire sur la santé de la population franco-ontarienne, puisque l'histoire, la culture et la langue de cette dernière la différencie nettement de l'ensemble de la communauté ontarienne.

C'est dans ce contexte que le REDSP s'est engagé à rédiger et à subventionner le présent rapport, lequel servira sûrement 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.

Un comité consultatif a été créé dans le but d'aider à orienter le projet et à en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour la communauté francophone ontarienne. 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 et de la santé.

Ce rapport présente donc des données relatives aux Franco-Ontariens et les compare au reste de la population de la province.

S'inspirant en grande partie des données de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997 (ESO1996/97) et du Recensement de 1996, les auteurs de ce rapport se sont donné les cinq objectifs suivants :

1. tracer le meilleur profil possible de l'état de santé des Franco-Ontariens et des comportements affectant leur santé;
2. établir des comparaisons provinciales et régionales entre la population franco-ontarienne et l'ensemble de la population ontarienne;
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 des Franco-Ontariens;
5. présenter un document qui servira d'outil à toute la province pour l'intercession, la prise de décision, la planification des programmes et la prestation des services.

État des connaissances sur la santé des francophones

Ce rapport donne un sens élargi à la santé en prenant en considération les déterminants de la santé. 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 »¹.

Jusqu'à la publication de ce rapport, il existait peu de recherches sur la santé des francophones à l'échelle provinciale. Ce chapitre fait un survol des données recueillies jusqu'en 1996 concernant les différences entre la communauté franco-ontarienne et la population ontarienne dans son ensemble. Cet aperçu permet de situer le contexte avant de présenter les données les plus récentes.

Profil des francophones et contexte ontarien

L'Ontario est la province qui compte la plus grande proportion de francophones vivant hors Québec. Les régions Est et Nord-Est regroupent la plus forte concentration de Franco-Ontariens, ces derniers étant largement majoritaires dans certaines collectivités de ces deux régions.

De nombreux rapports soulignent les différences importantes relevées lors du Recensement de 1991. Comparativement à la population anglophone, la population francophone comprenait alors un plus fort pourcentage d'ânés, était moins scolarisée et moins représentée sur le marché du travail, et déclarait un revenu familial inférieur à la moyenne. Fait important

à souligner : les personnes âgées affichaient les pourcentages les plus élevés de sous-scolarisation et de faible revenu ^{2,3,4,5,6}.

Par ailleurs, le niveau de stabilité géographique des Franco-Ontariens n'était pas le même qu'autrefois. En effet, les francophones en Ontario se déplaçaient autant, sinon plus, que leurs pairs anglophones⁷. Compte tenu des effets des facteurs déterminants de la santé (tels que le revenu, l'éducation et le soutien social) sur une population donnée, cette réalité démographique des Franco-Ontariens risque d'avoir un impact sur leur santé ⁸.

Recherches antérieures sur la santé des francophones

Des recherches antérieures sur l'état de santé des Ontariennes et Ontariens ont démontré certaines différences entre les populations francophone, anglophone et allophone de la province. Ces distinctions ont servi de points de repère pour les comparaisons de ce rapport.

Trois études, basées sur les données de l'ESO 1990, se sont révélées particulièrement indispensables. L'une d'entre elles, réalisée par la Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario, présente une analyse de l'échantillonnage francophone provenant de l'ESO 1990. Cette étude ⁹ visait à appuyer les interventions de la Table féministe dans le domaine de la santé et des services sociaux en apportant une réflexion féministe sur le bien-être des femmes et de leur famille et sur les conditions nécessaires à la prestation de services de qualité en français. L'étude comprenait une enquête épidémiologique ainsi que des entrevues auprès des femmes et des personnes clés de quatre villes jugées représentatives de la population franco-ontarienne.

L'enquête épidémiologique de 1990 a révélé des différences importantes entre les francophones, les anglophones et les allophones. Les faits suivants illustrent certaines de ces différences :

- le taux de tabagisme de même que celui de la consommation de médicaments (cinq ou plus) sont supérieurs chez les francophones;
- les jeunes femmes francophones affirment être plus actives sexuellement que les anglophones;
- les jeunes filles francophones (16 à 19 ans) sont plus susceptibles de conduire en état d'ébriété;
- le pourcentage des francophones, de 45 ans et plus, à avoir signalé au moins trois problèmes de santé est plus élevé;

- une plus grande proportion de francophones de 65 ans et plus affirment être en mauvaise santé.

Les entrevues ont démontré que les femmes francophones connaissent leurs besoins en matière de services de santé, mais que ceux-ci ne sont pas reflétés dans le discours de la francophonie ontarienne.

L'étude de la Table féministe est restreinte par certaines limites méthodologiques : la définition de « francophone » utilisée pour cette enquête ne s'appuie pas sur la langue maternelle; les différences régionales n'ont pas fait l'objet d'études à cause du découpage de l'échantillon; le petit nombre d'entrevues pour la composante qualitative du projet soulève la question de la capacité de généraliser les résultats de l'étude.

DeWit et ses collègues présentent aussi deux études fort intéressantes sur les comportements des francophones en matière de santé. S'inspirant de l'Enquête sur la santé en Ontario 1990, ces auteurs ont d'abord comparé les taux et les caractéristiques de consommation d'alcool des Franco-Ontariens à ceux de l'ensemble de la population ¹⁰. Selon eux, peu de différences existent entre les francophones et les anglophones par rapport à plusieurs indicateurs liés à l'alcool, tels que la quantité et la fréquence de la consommation, les problèmes liés à l'alcool (problèmes familiaux, difficultés au travail, etc.) et la conduite en état d'ébriété.

Par contre, cette première étude fait ressortir des différences intéressantes en termes de facteurs qui prédisposent à la consommation d'alcool. Chez les Franco-Ontariens, l'âge s'avère une variable explicative importante. Certains groupes d'âge, notamment les moins de 25 ans, les 55 à 64 ans et les francophones de 65 ans et plus, risquent davantage d'avoir des problèmes liés à la consommation d'alcool et à la conduite en état d'ébriété. Ce n'est toutefois pas le cas pour l'ensemble de la population.

La seconde étude de DeWit et Bénéteau ¹¹ révèle qu'en matière de tabagisme, les sous-groupes francophones à risque différent des sous-groupes anglophones. Ainsi, les francophones risquent davantage de fumer au cours de leur vie, de fumer sur une base quotidienne, de commencer à fumer avant l'âge de 16 ans et de fumer quotidiennement pendant une plus longue durée. Par contre, les anglophones et les francophones consomment une quantité quotidienne comparable de tabac. Les francophones du groupe des 35 à 44 ans risquent plus que tout autre groupe de fumer quotidiennement et en

plus grande quantité. Les résultats démontrent également un écart relativement important entre les francophones et les anglophones de 65 ans et plus qui fument au moins un paquet de cigarettes par jour.

Les auteurs de ces deux études soulignent des lacunes méthodologiques susceptibles d'influencer leurs résultats. Tout d'abord, la définition de « francophone » utilisée dans l'ESO 1990 n'incluait pas la langue maternelle, mais plutôt l'identité ethnique et la langue parlée à la maison. La taille de l'échantillon relativement faible met également en question la rigueur statistique. Le nombre limité des effectifs a aussi nécessité un découpage des variables, telles que la région et le niveau de scolarité, en catégories plus larges; ces dernières ne divulguent pas toujours les différences que pourraient révéler des catégories plus spécifiques.

Plusieurs autres études offrent un profil intéressant de différents secteurs de la population franco-ontarienne. Entre autres, dans sa recherche auprès des femmes de 45 à 64 ans, Garceau et coll.¹² dresse un tableau des caractéristiques et des besoins de cette population. De son côté, McKellar¹³ s'est basé sur les données du recensement de 1991 et sur les analyses de l'ESO 1990 pour la rédaction d'un premier rapport sur la santé des aînés francophones en Ontario. La problématique de l'analphabétisme chez les francophones est bien décrite dans une seconde recherche de Garceau¹⁴; ces données font partie du chapitre sur l'environnement social.

En plus de ces études provinciales, certaines études régionales offrent également des renseignements utiles sur la population francophone. On en trouvera la référence dans les chapitres pertinents.

Plan du présent rapport

Le Rapport sur la santé des francophones en Ontario est divisé en dix (10) chapitres. Chacun des chapitres présente des données descriptives relatives à la population francophone de la province.

Puisqu'il s'agit d'un premier rapport provincial sur la santé des francophones, chaque chapitre présente d'abord un sommaire des études provinciales antérieures, puis les données les plus récentes — celles de l'ESO 1996/97. Les points saillants de l'ESO 1996/97 sont résumés dans une section intitulée « En bref »; de plus, chaque chapitre se termine par un compte rendu d'études régionales ainsi que par « Réalités des francophones », c'est-à-dire une section dans laquelle les auteurs

examinent les répercussions des données recueillies sur la population francophone.

Puisque ce rapport a été rédigé principalement pour les planificateurs et les intervenants en santé publique, les auteures se sont inspirées des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*¹⁵ émises par le ministère de la Santé de l'Ontario pour en déterminer la structure.

Le rapport présente un aperçu de la situation de la population francophone de l'Ontario, au plan démographique, et du contexte social. Les chapitres suivants abordent certaines des problématiques ayant trait au domaine de la santé. Le chapitre huit porte sur les styles de vie et les comportements qui ont une incidence sur l'état de santé, alors que le chapitre neuf s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé.

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

1. Organisation mondiale de la santé. (1998). *Promotion de la santé: Tournant décisif vers une alliance mondiale*. [En direct]. Accessible: <http://www.who.int/inf-fs/fr/am171.html>.
2. Office des affaires francophones et Statistique Canada. (1996). *Les francophones en Ontario: Profil statistique*. Toronto: Auteur.
3. Office des affaires francophones et Statistique Canada. (1996). *Les personnes âgées francophones en Ontario: Profil statistique*. Toronto: Auteur.
4. Office des affaires francophones et Statistique Canada. (1996). *Les jeunes francophones en Ontario: Profil statistique*. Toronto: Auteur.
5. Office des affaires francophones et Statistique Canada. (1996). *Les femmes francophones en Ontario: Profil statistique*. Toronto: Auteur.
6. Gilbert, A., et Langlois, A. (1994). *Regard sur les nouvelles réalités franco-ontariennes: Les francophones tels qu'ils sont*. (3^e éd.). Montréal: Association canadienne française de l'Ontario.
7. *Ibid.*
8. DeWit, D. J., & Bénéteau, B. (in press). Predictors of the prevalence of tobacco use among Francophones and Anglophones in the province of Ontario. *Health Education Research: Theory and Practice*.
9. 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*. Ottawa: La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.

10. 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, ON: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
11. DeWit, D. J., & Bénéteau, B. (in press). *op. cit.*
12. Garceau, M-L., Dennie, D., Tremblay Matte, B., et Charron, M. (1992). *Cessons de penser que l'amour va tout vaincre: La situation des femmes francophones de 45 à 64 ans qui vivent en Ontario*. Sudbury, ON: Fédération des femmes canadiennes-françaises de l'Ontario.
13. McKellar, J. (1999). *Les personnes âgées francophones en Ontario: Un premier profil*. Thèse de maîtrise non publiée de l'Université d'Ottawa. Ottawa, Ontario.
14. Garceau, M.-L. (1998). *Alphabétisme des adultes en Ontario français: Résultats de l'enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*. Sudbury, ON: Centre franco-ontarien de ressources en alphabétisation.
15. 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

2.1 Définition de « francophone »

La communauté francophone se distingue par son origine ethnique française, sa langue maternelle, l'usage du français comme langue parlée à la maison ou son appartenance à la culture franco-ontarienne ¹.

Dans le cadre de ce projet, le terme « francophone » s'applique à toute personne qui reconnaît le français comme sa langue maternelle ou comme une des premières langues apprise durant son enfance et encore comprise.

L'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997 (l'ESO 1996/97), les études de Statistique Canada et plusieurs autres recherches utilisent cette même définition de « francophone »; la Loi sur les services en français en Ontario s'en inspire également.

2.2 Sources des données

Les données utilisées dans ce rapport proviennent principalement de deux sources primaires : l'ESO 1996/97 et le Recensement de Statistique Canada 1996. D'autres données ont été tirées de sources complémentaires pertinentes.

A. Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

L'Ontario a effectué une première Enquête sur la santé en 1990, puis une deuxième en 1996-1997, en collaboration avec l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997. Aux fins de cette deuxième enquête, le ministère de la Santé de l'Ontario a demandé à Statistique Canada de sur-échantillonner la population ontarienne afin d'assurer la représentativité des échantillons, une fois répartie selon divers critères.

Le questionnaire de l'ESO 1996/97 portait sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé, les facteurs de risque et les déterminants de la santé. Des renseignements généraux ont été recueillis auprès de tous les membres des ménages choisis au hasard, puis un membre (de 12 ans ou plus et également choisi au hasard) de chacun de ces ménages a été interviewé en profondeur sur son état de santé.

L'échantillon ontarien était constitué des personnes suivantes : des résidents des ménages, à l'exception de la population des réserves indiennes; des personnes vivant en établissement, tels que les hôpitaux; des résidents de bases des Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées; et des ménages sans téléphone. Parmi les 36 892 répondants, 2 458 étaient des francophones; ce pourcentage (6,6 %) est légèrement supérieur à celui de la population francophone recensé en Ontario (5 %).

Les lignes directrices de Statistique Canada ont servi de guide ² pour l'analyse et la diffusion des résultats.

B. Recensement de Statistique Canada 1996

Les données utilisées pour dresser le profil socio-démographique des francophones en Ontario proviennent de tabulations spéciales obtenues du Recensement de Statistique Canada 1996. Une collaboration étroite entre l'Office des affaires francophones (OAF) et le programme de REDSP en a permis l'analyse.

Note technique

Recensement — Sauf pour les données démographiques fondées sur les réponses des répondants de l'ensemble de la population, les données sont basées sur les réponses d'un échantillon aléatoire représentant 20 % de la population totale (un ménage sur cinq).

C. Sources complémentaires

Un réseau d'intervenants de la santé a tenté au niveau provincial de repérer l'ensemble des documents pertinents déjà parus. Peu de recherches sur la santé des francophones en Ontario ont toutefois été relevées.

Les principaux rapports et documents consultés sont : le rapport de la Table féministe ³ portant sur l'ESO 1990; les profils statistiques de l'OAF fondés sur les résultats du Recensement de 1991 ⁴; les travaux de DeWit et ses collègues ^{5,6} sur l'usage de l'alcool et du tabac. De plus, l'accès à différents projets de recherche régionaux (comportant une variable linguistique dans

leurs études) a permis d'effectuer d'autres comparaisons entre les répondants francophones et les non-francophones.

Cependant, dans certains cas, la portée des résultats obtenus demeure limitée, compte tenu de la taille de l'échantillon ou des variables utilisées dans ces études ^{7,8,9,10}.

2.3 Analyses

L'équipe provinciale d'épidémiologistes et d'analystes du REDSP a traité les données de l'ESO 1996/97 à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS 8.0, conformément aux directives du comité provincial responsable de gérer le projet global des rapports de santé en Ontario. Quant aux variables de l'ESO ayant fait l'objet d'analyses pour le présent rapport, ce sont les membres du comité consultatif du rapport francophone qui les ont sélectionnées. Le choix de ces variables s'est fait à la lumière des questions soulevées, des résultats d'études récentes dépistées au cours de la recension des ouvrages, du plan du rapport provincial sur la santé en Ontario et des indicateurs recommandés par l'*Association of Public Health Epidemiologists in Ontario*. Les analyses et les comparaisons ont été menées à trois paliers :

A. Palier provincial

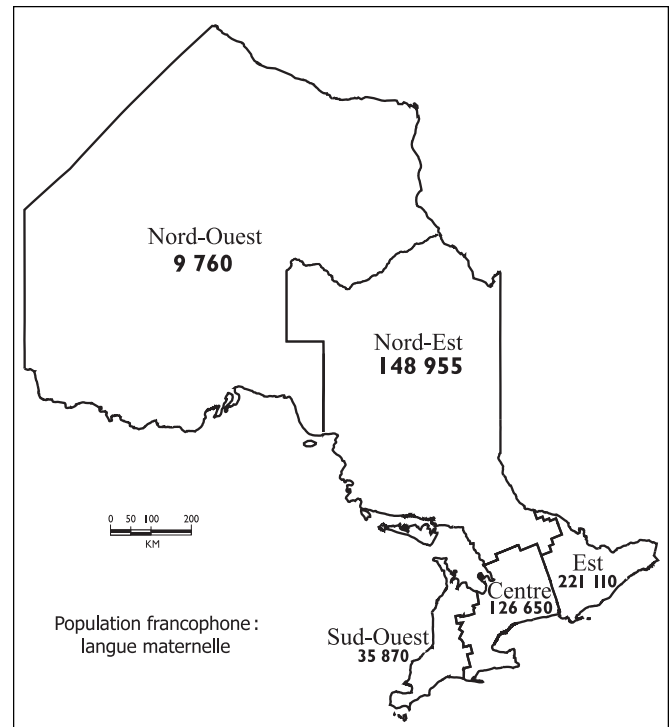
Deux comparaisons ont été effectuées au palier provincial :

- Comparaison de l'échantillon francophone à l'échantillon non francophone.
- Comparaison du groupe francophone au groupe anglophone et au groupe allophone. Ce dernier groupe représente tous les répondants qui ont déclaré toute autre langue que le français ou l'anglais comme langue maternelle. Cette comparaison de trois groupes linguistiques, en accord avec l'analyse de l'Enquête 1990 entreprise par la Table féministe, ne peut parfois se faire qu'au niveau provincial en raison de la taille de l'échantillon.

B. Palier régional

Les analyses sur les questions démographiques et socioéconomiques des francophones ont été réalisées au niveau des cinq régions économiques de l'Ontario (figure 2.1). Elles correspondent aux mêmes régions que celles dans les rapports de l'OAF et permettent de comparer les données de 1991 à celles de 1996.

Figure 2.1 — Régions aux fins d'analyse démographique



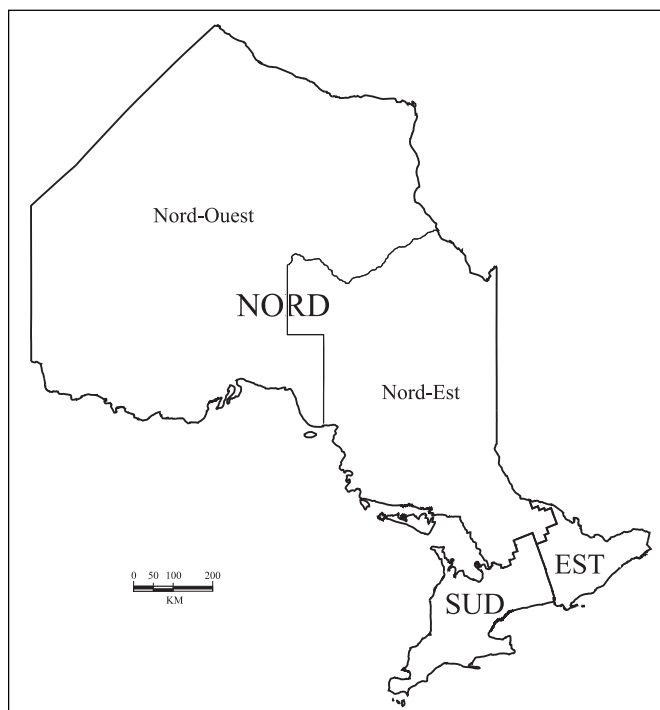
Source: Statistique Canada, Recensement 1996

Les analyses sur l'état de santé des francophones correspondent aux sept régions privilégiées par le ministère de la Santé pour établir sa planification. Le rapport général sur la santé en Ontario utilise ces mêmes régions ¹¹. Cependant, compte tenu du nombre limité de francophones dans certaines de ces régions, les sept régions de planification en santé de l'Ontario ont dû être regroupées en trois régions, soit le Nord, l'Est et le Sud (figure 2.2). Cette répartition respecte les frontières des régions existantes tout en permettant un échantillon suffisamment grand pour des analyses régionales. Ces trois régions ont fait l'objet de deux comparaisons :

- comparaison de l'échantillon francophone à l'échantillon non francophone
- comparaison des échantillons francophones entre les trois régions

C. Régions particulières

La majorité des Franco-Ontariens résident dans l'Est et le Nord-Est de la province. Des études provinciales antérieures ayant déjà relevé des différences importantes entre ces deux régions, des comparaisons additionnelles se sont révélées nécessaires. Cette catégorisation a exigé des analyses supplémentaires

Figure 2.2 — Régions aux fins d'analyse de santé

afin d'extraire les données relatives au Nord-Est de celles du « Nord ». La région Nord-Est regroupe 27,5 % des francophones en Ontario; la région Nord-Ouest, 1,8 %. Cette situation a suscité deux genres de comparaisons :

- comparaison des échantillons francophones de l'Est et du Nord-Est
- comparaison de l'échantillon francophone à l'échantillon non francophone de ces régions.

Ce découpage a permis d'inclure toutes les régions de la province, en mettant toutefois l'accent sur l'Est et le Nord-Est de la province. Dans la mesure du possible, les variables ont été analysées selon l'âge, le sexe, le niveau de scolarité et le revenu.

Les tableaux statistiques seront publiés dans un rapport technique connexe; on pourra en obtenir un exemplaire auprès du ministère de la Santé de l'Ontario.

2.4 Précisions méthodologiques

Voici quelques précisions en vue de faciliter l'interprétation des analyses entreprises aux fins de ce document :

- Les auteures ont jugé que des différences étaient significatives en utilisant des intervalles de

confiance de 95 %. Aucun dédoublement entre les catégories ne doit exister.

- Les « différences » entre les francophones et les autres groupes sont des différences statistiquement significatives. Par exemple, si aucune différence régionale n'est notée dans un chapitre, c'est parce que les comparaisons n'ont révélé aucune différence significative. Lorsqu'une différence est au seuil d'être significative, elle devient une « tendance ». Les tendances sont surtout notées quand elles appuient des données existantes. Les tendances apparaissent souvent au niveau des analyses des régions ou d'une sous-population francophone, lorsque les échantillons sont plus limités et que la tendance est consistante avec la différence significative identifiée au niveau de la province.
- Les chiffres sont arrondis afin d'alléger le texte; si la valeur est 0,5, le chiffre est arrondi au nombre plus élevé. Les décimales ne sont incluses que dans certains tableaux ou annexes.
- Si le taux de non-répondants n'était que de 8 % ou moins, les auteures n'en ont pas tenu compte; si ce taux dépassait 8 %, les auteures ont alors inclus ces données dans une catégorie intitulée « non-répondants ».
- Comme dans le rapport provincial, la variable de niveau de scolarité inclut seulement les répondants de 25 ans et plus.
- Pour les analyses régionales, les auteures ont utilisé les coefficients de variation propres à chaque région; cependant, comme elles n'ont pas eu accès à ceux de la région Sud, elles ont utilisé ceux de la province.

2.5 Limites de l'étude

Taille des échantillons

La taille des échantillons francophones, surtout dans les régions de la province où cette population est très minoritaire, limite les analyses ainsi que certaines des comparaisons par sous-groupes.

Variables

L'analyse de certaines variables, notamment le sommeil et l'alimentation, aurait été fort intéressante et pertinente; malheureusement, l'ESO 1996/97 n'en fait pas mention. De plus, les variables utilisées dans l'ESO 1990 ne sont pas nécessairement les mêmes que celles

utilisées en 1996-1997. Dans la mesure du possible, le recours à des analyses de données incluses dans des études provinciales antérieures a permis de combler certaines de ces lacunes.

Absence de données sur la langue maternelle

Les auteurs du rapport général sur la santé en Ontario ont eu accès à diverses banques de données (notamment sur la morbidité et la mortalité, les hospitalisations, les traumatismes) qui ne contiennent toutefois aucune variable sur la « langue maternelle » ou la langue parlée. Ces lacunes limitent nécessairement la portée du présent rapport.

Divergences quant à la définition du terme « francophone »

Compte tenu du manque d'uniformité dans la variable utilisée pour définir la population francophone, les comparaisons entre certaines sources de données s'avèrent difficiles. Il est impossible de faire des comparaisons statistiques entre les résultats de l'ESO 1990 et ceux de l'ESO 1996/97, puisque le questionnaire de 1990 ne posait aucune question sur la « langue maternelle ». L'analyse des données sur les francophones de l'ESO 1990 s'appuyait sur les variables suivantes : la langue parlée à la maison et l'identité ethnique française. Il est néanmoins possible de déceler les tendances entre les deux enquêtes.

Variations des définitions régionales

Les sources de données auxquelles les auteures ont eu accès définissent différemment les régions provinciales (par ex., régions économiques et régions de santé).

Comparaisons régionales

Compte tenu de la petite taille de l'échantillon au palier régional, les analyses effectuées comparant les francophones aux non-francophones n'ont pas décelé de différences significatives.

Références

1. Bernard, R. (1996). Portrait démolinguistique de l'Ontario français. *Revue du Nouvel Ontario*, 20, 15-40.
2. Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa: Auteur.
3. 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*. Ottawa: La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
4. Office des affaires francophones et Statistique Canada. (1996). *Les francophones en Ontario: Profil statistique*. Toronto: Auteur.
5. DeWit, D. J., Bénéteau, B., Alary, D., Davidson, B., Goulet, G., McCreedy, 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, ON: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
6. DeWit, D. J., & Bénéteau, B. (in press). Predictors of the prevalence of tobacco use among Francophones and Anglophones in the province of Ontario. *Health Education Research: Theory and Practice*.
7. Reinish, L. W., Shapiro, C. M., Heslegrave, R. J., Beyers, J., Picard, L., Horbul, B. A., Hall, G. W., Chung, S. A., Kayumov, L., Flint, A. J. (1999). *The Change from 8 to 10 hour shifts at an underground mine: Identifying the effects on sleep, performance, safety and social interactions, and implementing a workplace health promotion program*. Proposal.
8. Bourgoin, G., Lahaie, N., Rhéaume, B., Berger, M., Dovigi, C., Picard, L., et Sahai, V. (1995). *Factors influencing the duration of breastfeeding in the Regional Municipality of Sudbury: Study report*. Sudbury, ON: Sudbury and District Health Unit.
9. Picard, L., Jacono, J., Pitblado, R., Sahai, V., Palangio, A., Shubat, D., Jacono, B., Peczeniuk, S., Vaillancourt, C., et Woods, C. (1998). *Les effets des croyances de santé des adolescentes enceintes sur leurs comportements et sur la santé de leur nouveau-né*. Sudbury, ON: Service de santé publique de Sudbury et du district.
10. Elliot Lake Retirement Living. (1995). *City of Elliot Lake seniors' needs assessment users manual*. Elliot Lake, ON: Author.
11. Johnson, I. & PHRED Health Status Working Group. (in press). *Report on the health status of residents of Ontario*. Sudbury, ON: Sudbury and District Health Unit, PHRED.

Chapitre 3

Profil démographique

Ce chapitre trace le profil démographique des Franco-Ontariens et le répartit en six volets : 1) la représentation, la répartition régionale et la mobilité; 2) les groupes d'âge; 3) le quotient de dépendance; 4) le lieu de naissance; 5) les minorités visibles; 6) la conservation de la langue.

3.1. Représentation, répartition régionale et mobilité

A. Population francophone en Ontario

Selon les données du recensement de 1996 de Statistique Canada, on dénombre 542 340 francophones en Ontario, soit 5 % de la population de la province. La majorité d'entre eux habitent dans l'Est et dans le Nord-Est (tableau 3.1).

Tableau 3.1 — Représentation régionale de la population francophone

	N*	% de pop. totale
Ontario	542 340	5,0 %
Est	221 100	15,0 %
Centre	126 650	1,8 %
Sud-Ouest	35 870	2,5 %
Nord-Est	148 955	25,6 %
Nord-Ouest	9 760	4,0 %

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2A, OAF
* Ces chiffres sont arrondis à plus ou moins 5.

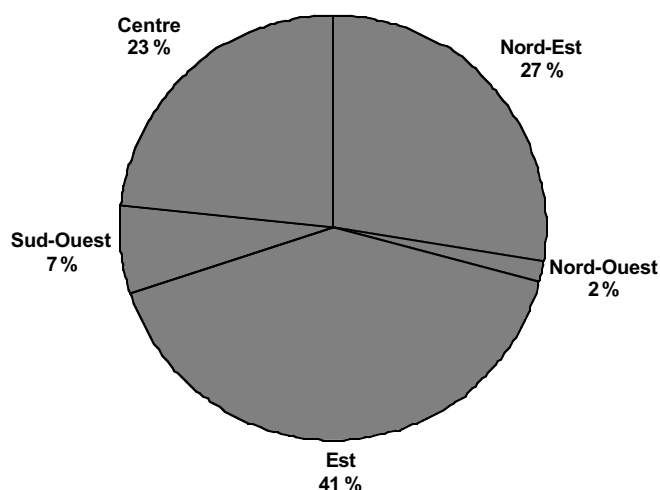
Plus de deux francophones sur cinq vivent dans l'Est de l'Ontario, et plus d'un sur quatre dans le Nord-Est.

Terminologie

Francophones : Les francophones sont définis selon leur réponse à la question sur la langue maternelle : « *Quelle est la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise ?* » Les réponses uniques ou multiples indiquant le français ont été retenues.

On retrouve près du quart des francophones dans la région du Centre, bien qu'ils ne comptent que pour 2 % de la population totale de la région (figure 3.1).

Figure 3.1 — Distribution régionale de la population francophone



Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2A, OAF

De 1986 à 1996, la population francophone a enregistré une croissance dans l'Est et dans le Centre et une décroissance dans le Nord-Est, le Nord-Ouest et le Sud-Ouest de l'Ontario. Pour l'ensemble de la province, cela représente une diminution de près de 1 500 francophones sur une période de dix ans (tableau 3.2).

B. Concentration en zone rurale

Un plus fort pourcentage de francophones vivent en zone rurale (22 %), comparativement à l'ensemble de la population ontarienne (17 %). Cependant, une comparaison entre les différentes régions démontre un taux moins élevé de francophones vivant en zone rurale dans chacune des régions. Les différences

Tableau 3.2 — Variation de la population francophone de 1986 à 1996

	Nombre	%
Ontario	-1 485	-0,3 %
Est	+9 540	+4,5 %
Centre	+2 415	+1,9 %
Sud-Ouest	-3 175	-8,1 %
Nord-Est	-8 730	-5,5 %
Nord-Ouest	-1 525	-13,5 %

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2A, OAF

observées à l'échelle provinciale ne révèlent donc pas nécessairement une plus grande tendance des francophones à résider en zone rurale, mais plutôt le fait qu'une importante proportion de francophones résident dans l'Est et le Nord-Est, deux régions qui sont plus rurales, que dans le Centre de l'Ontario, lequel regroupe près des deux tiers de la population ontarienne (figure 3.2).

C. Mobilité

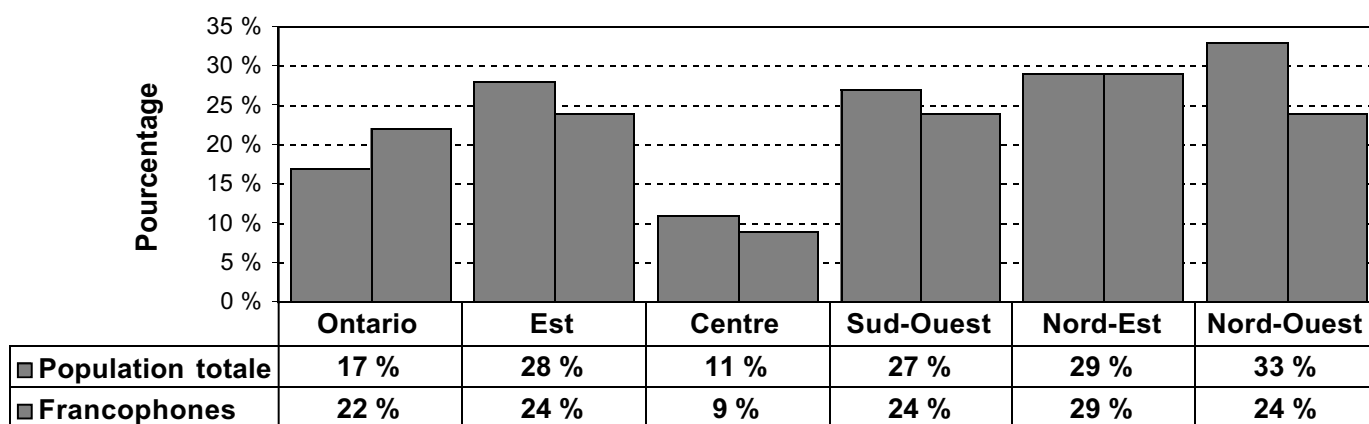
Les francophones de 15 ans et plus qui se sont établis en Ontario entre les recensements de 1991 et de 1996 sont au nombre de 27 765; 22 330 d'entre eux venaient d'autres provinces, 61 % du Québec (16 770) et 20 % de l'extérieur du Canada (5 435).

Plus du tiers des francophones de 15 ans et plus en provenance du Québec se sont installés dans la région d'Ottawa-Carleton, et près de 15 % dans la région de Toronto. Pour ce qui est des francophones provenant de l'extérieur du pays, près de la moitié (50 %) se sont installés dans le Centre, et 42 %, dans l'Est de la province. Ottawa-Carleton et Toronto sont les principales municipalités régionales d'accueil de ces nouveaux arrivants.

3.2 Groupes d'âge

La population francophone est plus âgée que la population en général. Les francophones sont sur-représentés dans les groupes d'âge moyen et d'âge mûr, et sous-représentés dans les catégories des plus jeunes (figure 3.3).

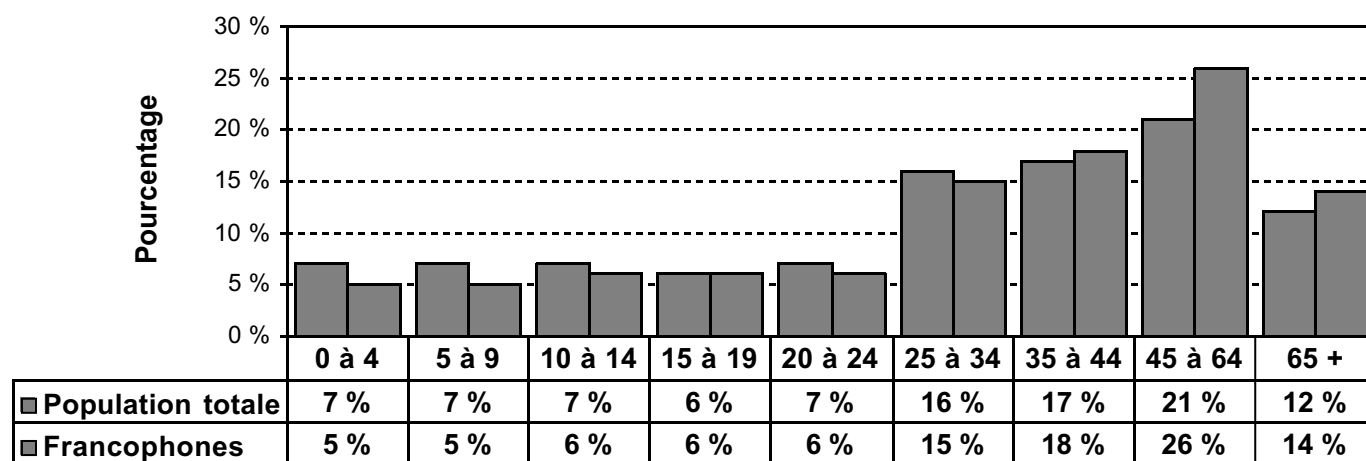
Figure 3.2 — Population rurale francophone et population rurale totale de l'Ontario, selon la région (concentration < 1 000 et densité > à 400 au km)



Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

Terminologie

Quotient de dépendance : le ratio entre les personnes de moins de 15 ans et celles de 65 ans et plus, comparativement aux personnes de 15 ans à 64 ans; c'est-à-dire le ratio entre la population dépendante et la population active (qui participe au marché du travail). On distingue aussi un quotient de dépendance relatif aux personnes âgées et un quotient de dépendance relatif aux jeunes de moins de 15 ans.

Figure 3.3 — Population francophone et population totale de l'Ontario, selon l'âge


Groupes d'âge

Source: Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

L'Est et le Nord-Est sont les régions affichant le pourcentage le plus élevé de jeunes de 14 ans ou moins (18 %). C'est dans le Sud-Ouest que la proportion de jeunes francophones de moins de 15 ans est la plus faible (10 %). Dans cette même région, le pourcentage de francophones de 65 ans et plus (22 %) est nettement plus élevé que celui des autres régions de la province. Entre 1991 et 1996, le pourcentage de francophones de 65 ans et plus est passé de 12 % à 14 % à l'échelle de la province. Toutes les régions ont d'ailleurs connu une croissance de la population des aînés francophones durant cette période.

3.3 Quotient de dépendance

Le **quotient de dépendance** fait ressortir l'importance relative des jeunes et des personnes âgées par rapport à la population active (les personnes âgées de 15 à 64 ans). C'est chez les francophones du Sud-Ouest de la province que l'on retrouve le plus haut quotient total de dépendance relatif aux jeunes et aux aînés (48 %). Le quotient de dépendance a augmenté dans toutes les régions entre 1991 et 1996 (tableau 3.3).

Les données de 1996 montrent que le quotient de dépendance des francophones est inférieur à celui de la population totale dans l'ensemble de la province et dans les régions. Les francophones sont donc plus susceptibles de participer au marché du travail à cause des catégories d'âge. À mesure que le quotient augmente, le fardeau fiscal risque d'augmenter, y compris les coûts associés à la prestation des services de santé. L'écart le plus important se retrouve dans le Nord-Ouest et dans le Centre.

Tableau 3.3 — Quotient total de dépendance

	Francophones		Population totale
	1991	1996	1996
Ontario	40	42	49
Est	43	45	49
Centre	31	35	48
Sud-Ouest	43	48	54
Nord-Est	43	44	49
Nord-Ouest	34	36	52

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2A, OAF

Chez les francophones, le quotient de dépendance relatif aux personnes âgées est similaire à celui de la population provinciale et des populations régionales, sauf dans le Sud-Ouest (tableau 3.4).

Tableau 3.4 — Quotient de dépendance — 65 ans et plus

	Francophones		Population totale
	1991	1996	1996
Ontario	17	19	19
Est	18	19	19
Centre	14	17	18
Sud-Ouest	29	32	21
Nord-Est	16	18	19
Nord-Ouest	15	19	19

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2A, OAF

On peut toutefois s'attendre à une augmentation de ce quotient chez les francophones, compte tenu de la répartition des groupes d'âge.

Comme une proportion plus importante de personnes âgées demeure dans le Sud-Ouest, il n'est pas surprenant d'y retrouver le plus fort quotient de dépendance relatif aux personnes de 65 ans et plus. On note une augmentation du quotient de dépendance relatif aux personnes âgées dans toutes les régions entre 1991 et 1996.

Le quotient de dépendance relatif aux jeunes est plus faible chez les francophones que parmi la population en général. L'écart le plus important se retrouve dans le Sud-Ouest et dans le Nord-Ouest, où les proportions provinciales sont le double de celles de la population francophone (tableau 3.5). Le quotient de dépendance relatif aux jeunes de moins de 15 ans a diminué dans le Nord-Est et le Nord-Ouest entre 1991 et 1996; on retrouve le quotient le plus faible dans le Sud-Ouest région, où la proportion de personnes âgées est la plus élevée.

Tableau 3.5 — Quotient de dépendance — jeunes de moins de 15 ans

	Francophones		Population totale
	1991	1996	1996
Ontario	23	23	31
Est	26	26	30
Centre	16	18	30
Sud-Ouest	15	15	33
Nord-Est	28	26	30
Nord-Ouest	19	17	34

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2A, OAF

3.4 Lieu de naissance

Comme l'indique le tableau 3.6, près de 6 % des francophones vivant en Ontario en 1996 sont nés à l'extérieur du pays, alors que pour la population ontarienne en

général, ce pourcentage s'élève à plus de 25 %. Deux francophones sur trois sont originaires de l'Ontario. C'est dans le Nord-Est que la proportion de francophones d'origine ontarienne est la plus élevée, et dans le Centre qu'elle est la plus faible. Près du tiers des francophones du Centre et du Nord-Ouest sont originaires du Québec.

Tableau 3.6 — Lieu de naissance

	Ontario	Québec	Autres prov.	A l'extérieur du Canada
Ontario	65,7 %	23,2 %	5,6 %	5,5 %
Est	68,5 %	24,2 %	3,5 %	3,8 %
Centre	42,0 %	31,2 %	12,1 %	14,7 %
Sud-Ouest	65,6 %	20,9 %	7,8 %	5,7 %
Nord-Est	82,0 %	15,3 %	2,2 %	0,5 %
Nord-Ouest	51,7 %	30,8 %	15,7 %	1,9 %

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

Près de 85 % des francophones de 0 à 19 ans sont originaires de l'Ontario, comparativement à 55 % des francophones de 65 ans et plus. La proportion est de 66 % chez les 20 à 39 ans, et de 58 % chez les francophones de 40 à 64 ans.

3.5 Minorités visibles

On dénombre près de 29 000 francophones appartenant à une **minorité visible** en Ontario, ce qui représente 6 % des francophones. À l'instar de l'ensemble des minorités visibles, le **groupe francophone** est fortement concentré dans la Municipalité de la communauté urbaine de Toronto et la Région d'Ottawa-Carleton. Les minorités visibles francophones représentent respectivement 23 % et 9 % des populations francophones totales de ces deux municipalités (tableau 3.7). Les pourcentages des minorités visibles qu'on y retrouve en général sont de 37 % et 15 % respectivement.

Terminologie

Minorité visible : Fait partie des minorités visibles toute personne qui n'est pas de race blanche, à l'exception des Autochtones.

Groupe francophone : 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.

Tableau 3.7 — Proportion de la population francophone appartenant à une minorité visible

Régions	Pourcentage
Ontario	5,6 %
Est	5,4 %
Centre	12,7 %
Sud-Ouest	4,4 %
Nord-Est	0,3 %
Nord-Ouest	0,5 %
Municipalité de la communauté urbaine de Toronto	22,5 %
Région du Grand Toronto	18,0 %
Région d'Ottawa-Carleton	8,9 %
Municipalité régionale de Sudbury	0,5 %

Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

Un peu plus de trois francophones sur quatre (77 %) appartenant à une minorité visible sont nés à l'extérieur du pays.

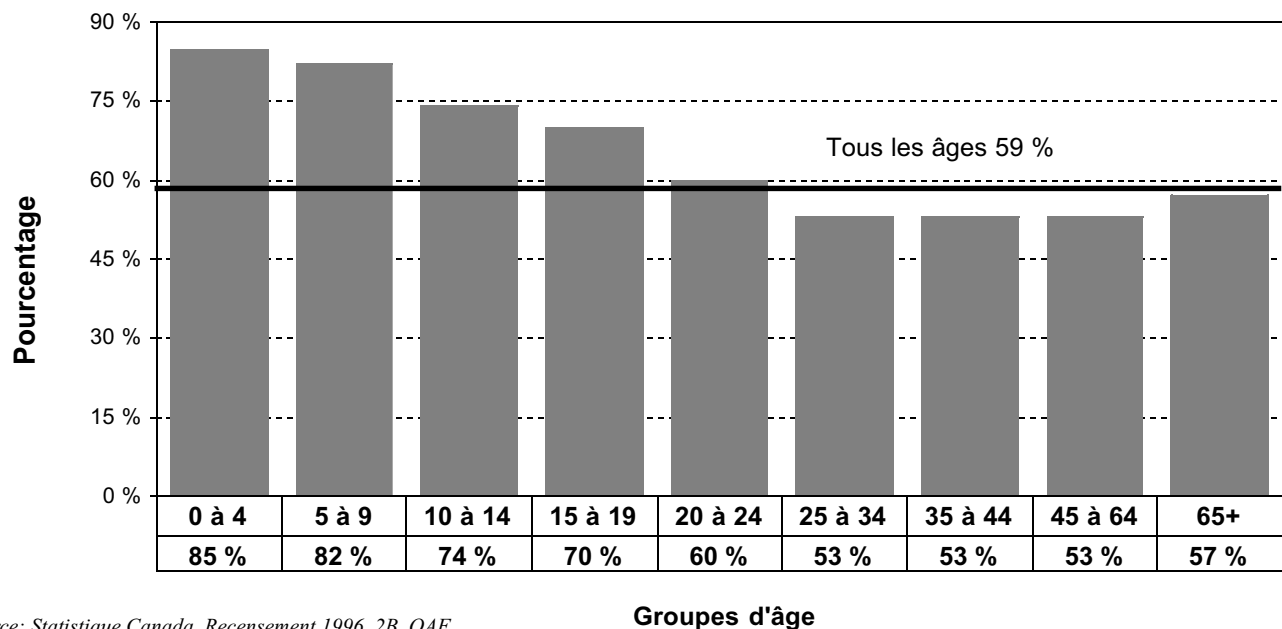
3.6 Conservation de la langue française

À l'échelle de la province, trois francophones sur cinq utilisent le français le plus souvent à la maison (59 %). Le **niveau de conservation du français** varie selon les régions. La proportion de francophones parlant le français à la maison est plus élevée dans l'Est (71 %) et le Nord-Est (69 %), régions à plus forte concentration de francophones. Le niveau de conservation de la langue est nettement plus faible dans le Sud-Ouest (30 %) et le Centre (34 %).

De 1991 à 1996, le niveau de conservation du français en Ontario a diminué de 2 %, le Nord-Ouest accusant la plus importante diminution, 6 %, en cinq ans.

La proportion de jeunes francophones qui utilisent le français le plus souvent à la maison diminue avec l'âge. Ainsi, le pourcentage de francophones qui utilisent le français comme langue parlée le plus souvent à la maison passe de 85 % chez les enfants de moins de 5 ans à 53 % chez les jeunes de 25 à 34 ans. La chute la plus importante survient entre le groupe de jeunes de 15 à 19 ans et celui des jeunes de 20 à 24 ans. Une autre chute importante du niveau de la conservation du français se produit entre les âges de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans (figure 3.4).

Figure 3.4 — Conservation de la langue française, selon l'âge — population francophone



Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

Terminologie

Conservation de la langue française : On mesure le niveau de conservation de la langue à partir de la langue parlée le plus souvent à la maison.

En bref...

- On dénombre 542 340 francophones en Ontario, soit 5 % de la population provinciale.
- Plus des deux tiers des francophones sont concentrés dans l'Est et le Nord-Est de l'Ontario et près du quart vivent dans la région du Centre.
- Deux francophones sur trois sont nés en Ontario, et 6 %, à l'extérieur du pays. Seulement deux francophones sur cinq de la région du Centre sont originaires de l'Ontario.
- Six pour cent (6 %) des francophones appartiennent aux minorités visibles, lesquelles se retrouvent principalement dans la région de Toronto et d'Ottawa-Carleton.
- Entre 1991 et 1996, 27 765 francophones sont venus s'établir en Ontario; trois sur cinq provenaient du Québec, et un sur cinq, de l'extérieur du Canada.
- La population francophone est plus âgée que la population en général.
- Le quotient de dépendance relatif aux personnes âgées francophones est similaire à celui de la population en général.
- Le quotient de dépendance relatif aux jeunes de moins de 15 ans est plus faible chez les francophones que dans la population en général.
- Le niveau de conservation du français en Ontario a diminué de 2 % de 1991 à 1996.
- Près de trois francophones sur cinq utilisent le français comme langue parlée le plus souvent à la maison; la proportion de francophones qui parlent le français le plus souvent à la maison est plus élevée dans l'Est et le Nord-Est, régions à plus forte concentration de francophones.

Chapitre 4

Environnement social

Pour améliorer la santé de la population, il faut d'abord comprendre l'influence qu'exercent les déterminants de la santé — en d'autres mots, ce qui fait qu'une personne est et demeure en bonne santé.

Ce chapitre traite de certains déterminants particulièrement importants : la scolarité, la situation familiale, l'alphabétisme, l'emploi et le revenu. Il est primordial de relever les liens entre ces déterminants, par exemple entre le niveau de scolarité et le revenu, et la complexité de leurs effets sur la population ¹.

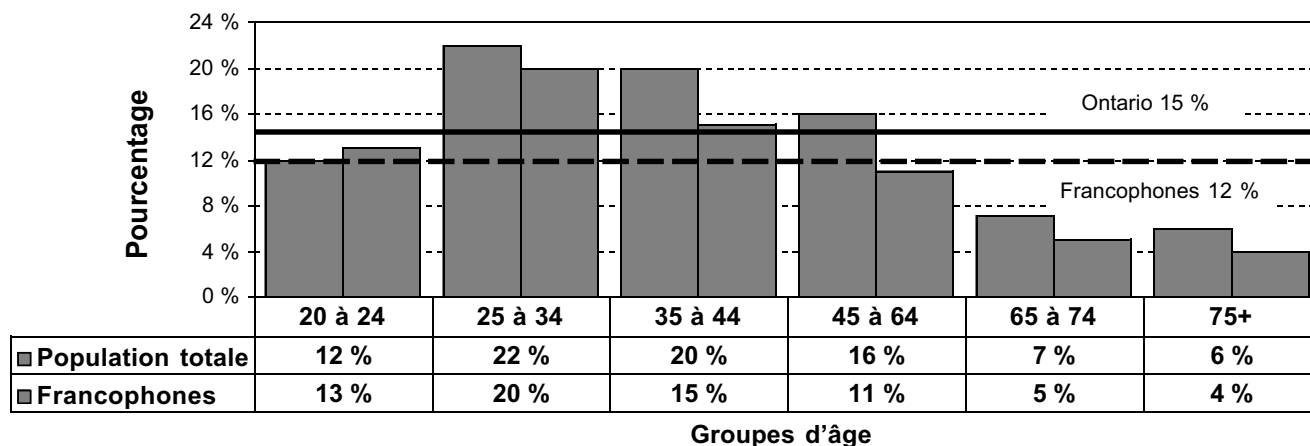
Plusieurs auteurs confirment que les inégalités sociales sont liées aux différences quant à l'état de santé des gens ². « L'interaction entre la santé et l'environnement social et économique est perpétuelle et complexe. Plus la population est en santé, plus l'économie tend à être productive et plus il est facile de bien entretenir l'environnement et les ressources naturelles » ³. Voyons comment les francophones se situent face à ces variables.

4.1 Niveau de scolarité

La santé d'une population est affectée par son niveau de scolarité. Des études démontrent que, plus le niveau de scolarité est élevé, meilleure est l'auto-évaluation de la santé; de plus, les limitations d'activités et la perte de journées de travail diminuent ⁴.

En Ontario, le niveau de scolarité des francophones tend à être inférieur à celui de la population en général. Ainsi, 15 % d'entre eux n'ont pas terminé la neuvième année, comparativement à 10 % pour la population en général. De même, la proportion de francophones ayant un diplôme universitaire est inférieure à celle de la population ontarienne totale (figure 4.1). La proportion de femmes francophones ayant une formation postsecondaire sans diplôme universitaire est similaire à la proportion des hommes francophones (35 % et 36 % respectivement). On retrouve aussi une proportion similaire de femmes et d'hommes francophones détenant au moins un diplôme de baccalauréat (12 %).

Figure 4.1 — Population détenant au moins un baccalauréat, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario

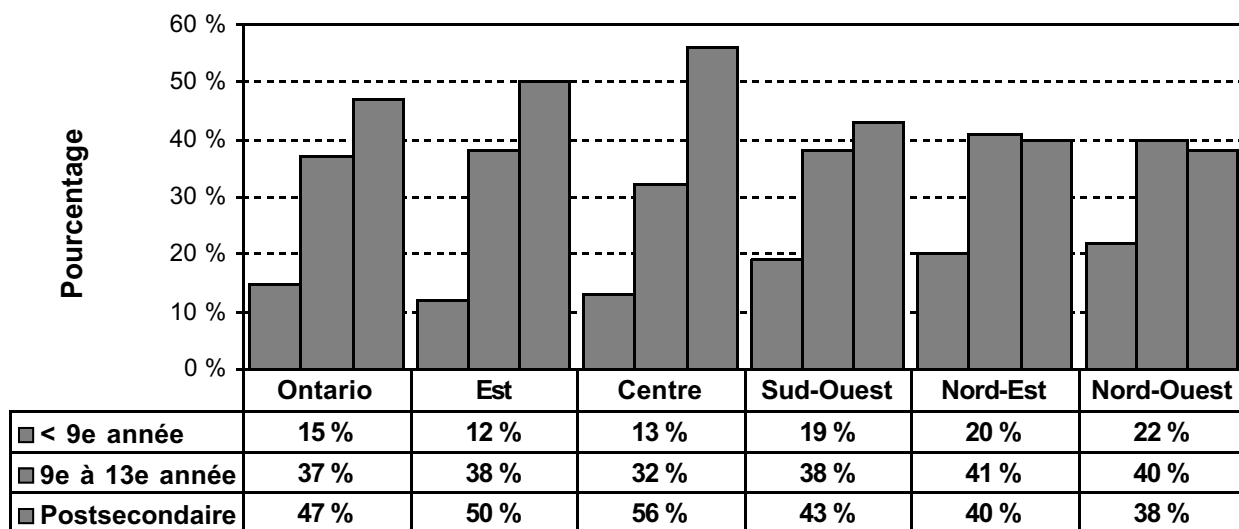


Source: Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

L'examen du niveau de scolarité en fonction de l'âge suggère, cependant, que les écarts entre les francophones et la population totale s'amenuisent. En effet, chez les 20 à 24 ans, la proportion de francophones détenant au moins un diplôme universitaire est similaire à celle de la population totale. Dans la catégorie des 25 à 34 ans, l'écart entre les deux groupes n'est que de 2 %. Ce sont surtout les francophones plus âgés qui sont moins scolarisés que leurs homologues ontariens (figure 4.1).

Le niveau de scolarité varie aussi selon les régions. Une plus grande proportion de francophones des régions Est et Centre de l'Ontario entreprennent des études postsecondaires, tandis qu'un plus grand pourcentage de francophones du Nord et du Sud-Ouest ont moins que la 9^e année (figure 4.2).

Figure 4.2 — Niveau de scolarité, selon la région — population francophone



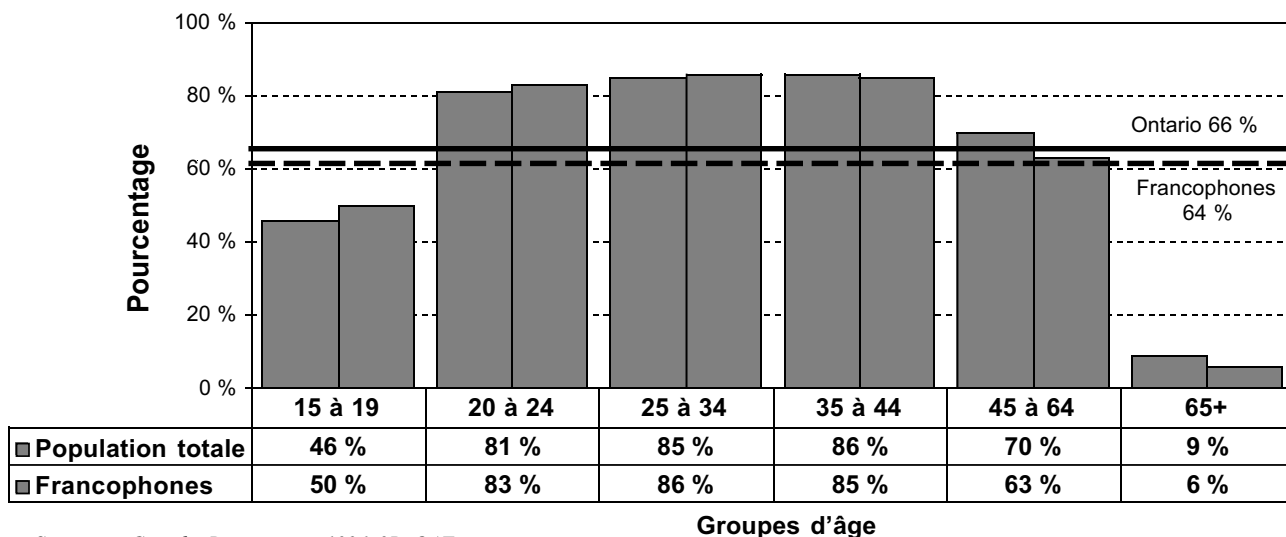
Source: Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

4.2 Participation au marché du travail

Le taux de francophones sur le marché du travail (64 %) est légèrement inférieur à celui de la population en général (66 %). C'est dans la catégorie des 45 à 65 ans que la différence est la plus marquée (figure 4.3). Chez les moins de 35 ans, le taux de la population francophone active est plus élevé que celui de la population en général. De 1991 à 1996, le taux de participation de ces jeunes francophones sur le marché du travail est passé de 67 % à 66 %, alors que pour la population ontarienne totale, il a chuté de 70 % à 64 % durant la même période.

Comme pour la population en général, le taux de participation des hommes francophones sur le marché du travail est nettement supérieur à celui de femmes (71 % pour les hommes et 58 % pour les femmes). Le taux de participation des femmes francophones est nettement plus faible dans le Sud-Ouest (50 %) et le Nord-Est (53 %) que dans les autres régions. Chez les hommes, c'est dans le Nord-Est que le taux de participation est le plus bas (66 %), et dans la région centrale qu'il est le plus élevé (74 %).

Figure 4.3 — Participation au marché du travail, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario



Source: Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

4.3 Taux de chômage

D'autres études ont associé le chômage à la détérioration de la santé⁵. Le taux de chômage des francophones est similaire à celui de l'ensemble de la population en Ontario (9 %). Il existe toutefois une différence entre les femmes et les hommes francophones. En effet, chez les femmes francophones, le taux de chômage est légèrement plus faible que celui pour l'ensemble de la province (9 % et 10 % respectivement), tandis que chez les hommes francophones, on observe la relation inverse (10 % et 9 %). De 1991 à 1996, le taux de chômage des femmes francophones est passé de 8 % à 9 %, et celui des hommes francophones, de 9 à 10 %. Chez les femmes en général, le taux de chômage a augmenté de 8 % à 10 %, alors que chez les hommes, il est demeuré à 9 % durant la même période.

Les femmes et les hommes francophones affichent un taux de chômage plus élevé dans le Nord-Est de la province (11 % et 13 %) que dans les autres régions. Le taux de chômage des hommes franco-

phones est aussi relativement élevé dans le Nord-Ouest (12 %).

Le taux de chômage chez les jeunes francophones de 15 à 24 ans est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population francophone sur le marché du travail (19 % et 9 % respectivement). La situation des jeunes Franco-Ontariennes ressemble à celle de jeunes Franco-Ontariens : au niveau provincial, le taux de chômage chez les femmes francophones de 15 à 24 ans est de 18 %, comparativement à 19 % chez les hommes francophones du même groupe d'âge. Le taux de chômage des femmes et des hommes francophones du même groupe d'âge dans la population en général est de 18 %.

4.4 Revenu total par personne

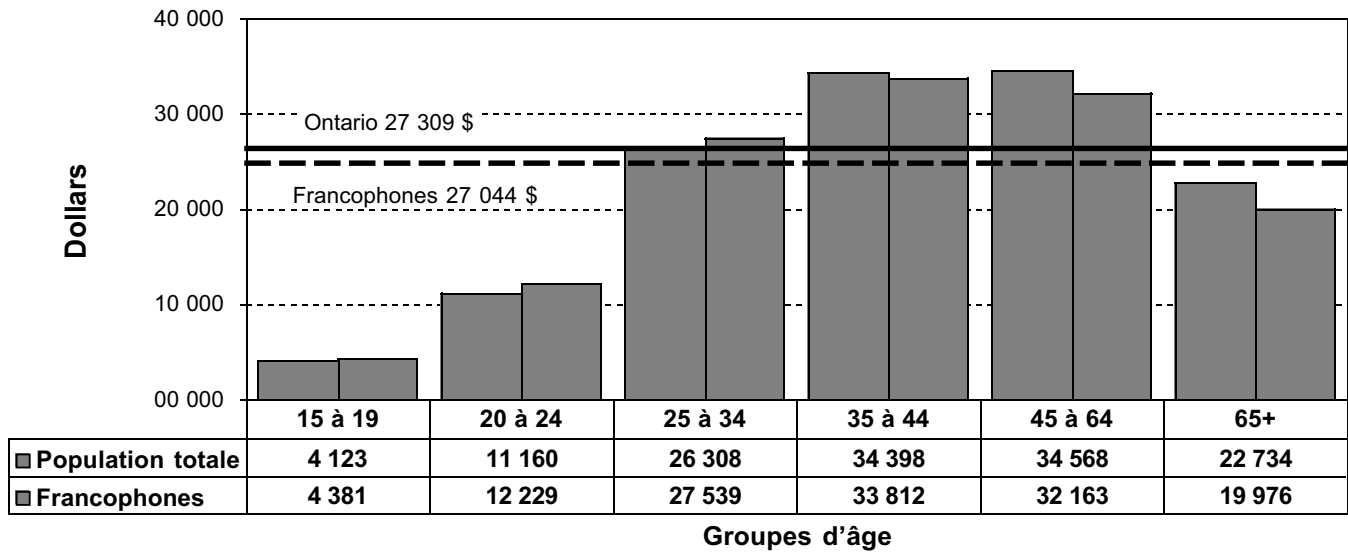
Les recherches démontrent qu'il existe un lien entre le revenu et l'état de santé⁶. En 1995, le **revenu moyen**

Terminologie

Revenu total : revenu total en espèces des personnes de 15 ans et plus durant l'année civile 1995, provenant des sources suivantes : salaires et traitements; revenu agricole net, revenu non agricole net dans une entreprise non constituée en société et/ou dans l'exercice d'une profession; prestations fiscales fédérales pour enfants; pension de sécurité de la vieillesse et supplément de revenu garanti; prestations du Régime des rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada; prestations d'assurances chômage; autres revenus provenant de sources publiques; dividendes, intérêts d'obligations, de dépôts et de certificats d'épargne, et autre revenu de placements; pensions de retraite et rentes, y compris les rentes de REÉR et de FEER; autre revenu en espèces.

Revenu moyen total par personne : revenu total moyen des personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré un revenu en 1995, à l'exclusion des pensionnaires d'un établissement institutionnel.

Figure 4.4 — Revenu moyen total par personne, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario



Source: Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

total par personne chez les francophones était plus faible (27 044 \$) que celui de la population en général (27 309 \$) (figure 4.4). Durant cette même période, le revenu annuel moyen par homme francophone s'élevait à 32 915 \$, comparativement à 21 509 \$ chez la femme francophone. On observe une relation semblable entre les hommes et les femmes dans la population en général (33 599 \$ et 21 048 \$ respectivement). Le revenu des femmes francophones équivaut à 65 % de celui des hommes francophones; la même comparaison dans la population en général démontre que le revenu des femmes équivaut à 63 % de celui des hommes.

Le revenu moyen des hommes francophones est plus faible que celui des Ontariens en général (32 915 \$ et 33 599 \$ respectivement). Quant aux femmes francophones, leur revenu moyen est supérieur à celui des femmes de toute la province (21 509 \$ et 21 048 \$ respectivement).

Parmi tous les groupes d'âge, les francophones de 35 à 44 ans ont le revenu moyen le plus élevé. Les francophones de moins de 35 ans ont un revenu moyen supérieur à celui de leurs homologues dans la population totale. On observe la relation inverse dans

les catégories d'âge de 35 ans et plus : les francophones dans ces catégories d'âge ont un revenu moyen inférieur à celui de la population totale (figure 4.4).

Chez les francophones, c'est la région centrale qui affiche le revenu moyen par personne le plus élevé (29 828 \$). En comparaison avec la population en général, le revenu moyen des francophones est supérieur à celui de la population dans le Centre, le Sud-Ouest et le Nord-Ouest de l'Ontario, l'écart entre la population francophone et la population en général étant le plus marqué dans le Nord-Ouest de la province (annexe A).

4.5 Revenu familial

Au niveau provincial, la comparaison du **revenu familial** moyen des francophones à celui de la population en général montre une tendance similaire à celle observée pour le revenu total par personne. Le revenu familial moyen des hommes francophones est inférieur à celui des hommes en général (62 236 \$ et 65 962 \$ respectivement). Le revenu familial moyen des femmes francophones est également inférieur à celui des femmes en général (61 569 \$ et 62 553 \$, respectivement).

Terminologie

Revenu familial : correspond au revenu total d'une famille de recensement et est calculé par la somme de tous les revenus de tous les membres de la famille.

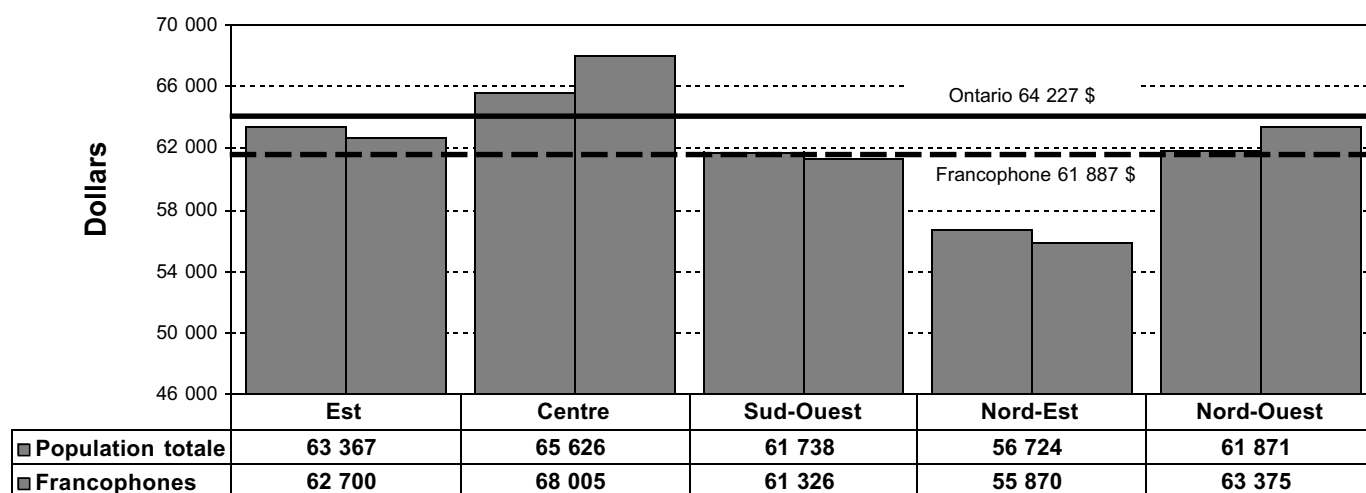
Comme pour le revenu moyen par personne, le revenu familial moyen des hommes est supérieur à celui des femmes. Le revenu familial moyen des hommes francophones s'élève à 62 236 \$, comparativement à 61 569 \$ chez les femmes. On observe une relation semblable entre les hommes et les femmes pour la population en général. La différence entre les hommes et les femmes pourrait s'expliquer, en partie, par le fait que plus de femmes que d'hommes sont chefs de familles monoparentales.

C'est dans le Centre que le revenu familial moyen des francophones est le plus élevé et dans le Nord-Est qu'il

est le plus faible (figure 4.5). Cette observation est valable pour les femmes et les hommes francophones de même que pour la population en général.

Le revenu familial moyen des francophones est inférieur à celui de la population en général dans toutes les régions, sauf dans le Centre et le Nord-Ouest (figure 4.5). Cette observation s'applique également aux hommes francophones, mais pas aux femmes francophones; le revenu familial moyen de ces dernières est supérieur à celui des femmes en général dans toutes les régions, sauf dans le Sud-Ouest de l'Ontario.

Figure 4.5 — Revenu familial moyen, selon la région — francophones et population totale de l'Ontario (population 15+ dans les familles de recensement)



Source: Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

4.6 Seuil de faible revenu

Le faible revenu est associé à différents problèmes de santé, tels que la naissance de bébés de faible poids, la diminution de l'espérance de vie, l'invalidité et diverses maladies⁷. En Ontario, 18 % des femmes et 15 % des

hommes francophones dans les ménages privés ont un revenu inférieur ou égal au **seuil de faible revenu**, comparativement à 19 % des femmes et à 16 % des hommes pour l'ensemble de la population provinciale.

Terminologie

Famille de recensement : on entend par famille de recensement un couple qui est actuellement marié (avec ou sans enfants, jamais mariés) un couple vivant en union de fait (avec ou sans enfants), un parent de famille monoparentale, peu importe son état civil, qui abrite chez elle ou chez lui au moins un fils ou une fille jamais marié.

Seuil de faible revenu : les seuils de faible revenu sont calculés d'après le pourcentage de revenu que les familles consacrent à la nourriture, au logement et à l'habillement. Ces calculs prennent en considération la taille de la famille et la région géographique, rurale ou urbaine (définition de Statistique Canada).

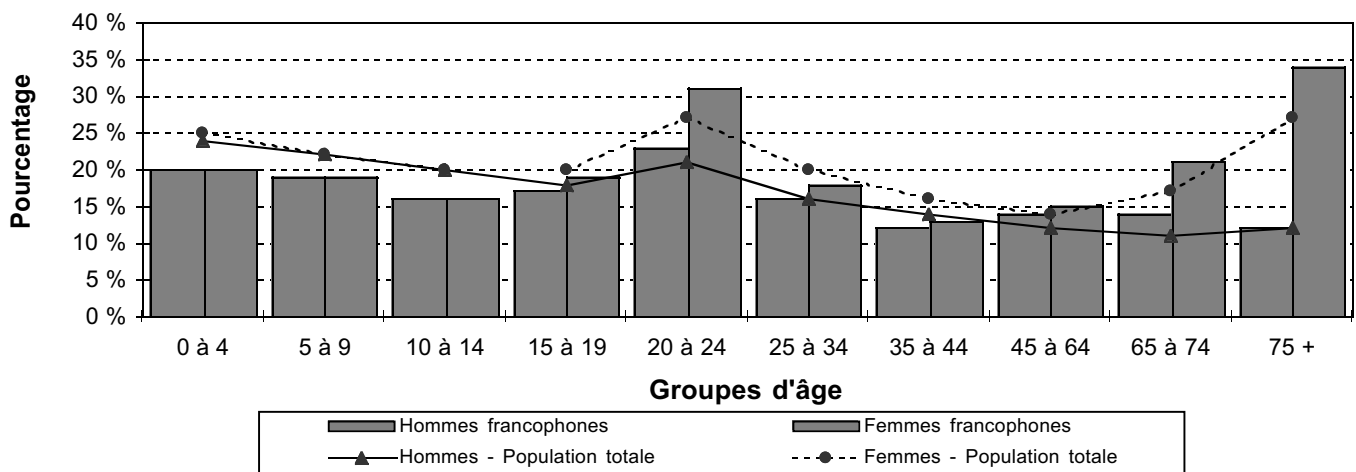
On observe peu de différence entre les jeunes femmes et les jeunes hommes en termes de proportion de personnes vivant à un niveau inférieur ou égal au seuil de faible revenu. Chez les jeunes francophones de moins de 20 ans, la proportion de femmes ayant un revenu inférieur ou égal au seuil de faible revenu est de 19 %, comparativement à 18 % pour les hommes. Les pourcentages correspondants pour les femmes et les hommes du même groupe d'âge dans la population en général sont de 22 % et 21 % respectivement (figure 4.6).

La différence la plus marquée apparaît entre les hommes et les femmes de 75 ans et plus, et ce pour la population francophone et l'ensemble de la population provinciale. Plus d'une femme francophone sur trois de 75 ans et plus a un revenu inférieur ou égal au seuil de

faible revenu, ce qui équivaut à trois fois le pourcentage observé chez les hommes du même groupe d'âge. De même, plus d'une femme sur quatre de 75 ans et plus dans la population en général a un revenu inférieur ou égal au seuil de faible revenu, comparativement aux hommes du même groupe d'âge.

On trouve également des différences significatives entre les femmes et les hommes de 20 à 24 ans. En effet, 31 % des femmes francophones de cette catégorie d'âge ont un revenu inférieur ou égal au seuil de faible revenu, comparativement à 23 % des hommes du même âge. L'écart des pourcentages entre les hommes et les femmes (de 20 à 24 ans et de 75 ans et plus) ressort davantage chez les francophones que dans la population en général (figure 4.6).

Figure 4.6 — Seuil de faible revenu, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario



Source: Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

4.7 Structure familiale

Dix pour cent (10 %) des familles francophones sont monoparentales, comparativement à 14 % pour la population en général. Un pourcentage nettement plus élevé de femmes (83 %) que d'hommes francophones (17 %) sont à la tête de familles monoparentales. Les proportions correspondantes dans la population en général sont de 84 % et 16 % respectivement.

La proportion de familles francophones monoparentales a augmenté de moins de 1 % entre 1991 et 1996; dans la population en général, de près de 2 %.

Durant la même période, la proportion de femmes francophones à la tête de familles monoparentales est passée de 82 % à 83 %, et dans la population ontarienne en général, de 83 % à 84 %.

On note une proportion moins élevée de familles monoparentales dans la population francophone que dans la population en général, et ce dans toutes les régions. Le pourcentage le plus élevé de familles monoparentales francophones se retrouve dans l'Est (11 %), et le plus faible, dans le Nord-Ouest (7 %).

Bien que le pourcentage soit plus élevé dans la population générale, les différences entre les régions sont moins importantes, oscillant entre 13 % et 15 % selon les régions.

4.8 Situation familiale

Plus de 20 % des femmes et 19 % des hommes francophones vivent seuls ou avec des personnes avec lesquelles ils n'ont aucun lien de parenté (**ménages non familiaux**), comparativement à 17 % et 15 % pour la population en général. La proportion de francophones vivant dans des ménages non familiaux est plus élevée que pour l'ensemble de la population, sauf dans le Nord-Est. L'écart le plus important entre les deux groupes se trouve dans la région du Centre, où 22 % des francophones vivent dans ce type de ménage, comparativement à 16 % pour l'ensemble de la population (annexe B).

Le pourcentage de personnes vivant dans des ménages non familiaux s'est accru entre 1991 et 1996, tant dans la population francophone que dans l'ensemble de la population ontarienne; il est passé de 17 % à 20 % chez les femmes francophones, et de 15 % à 19 % chez les hommes francophones. Dans la population en général, le pourcentage de femmes vivant dans ce type de ménage est passé de 14 % à 17 %, et celui des hommes, de 12 % à 15 %. Comme en 1996, le pourcentage de francophones dans des ménages non familiaux, en 1991, était plus élevé que celui de la population en général (16 % et 13 %).

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. En Ontario, 40 % des femmes francophones de 65 à 74 ans et 62 % de celles de 75 ans et plus vivent dans des ménages non familiaux, comparativement à 22 % et 26 % des hommes du même âge. Dans la population en général, 33 % des femmes de 65 à 74 ans et 57 % des femmes de 75 ans et plus font partie de ménages familiaux, comparativement à 15 % et 23 % des hommes du même groupe d'âge.

Terminologie

Ménages non familiaux : Un ménage non-familial est constitué soit d'une personne vivant seule dans un logement privé, soit d'un groupe de deux personnes ou plus qui partagent un logement privé, mais qui ne forment pas une famille de recensement.

Adultes francophones : L'échantillon retenu était constitué de personnes adultes, de plus de 16 ans, ayant indiqué le français comme langue maternelle et ayant répondu au questionnaire de base et au livret de tâches (test) en français. Quatre cent soixante-cinq (465) personnes ont participé à l'enquête et les données présentées ont fait l'objet d'une pondération afin de permettre la présentation d'un profil provincial.

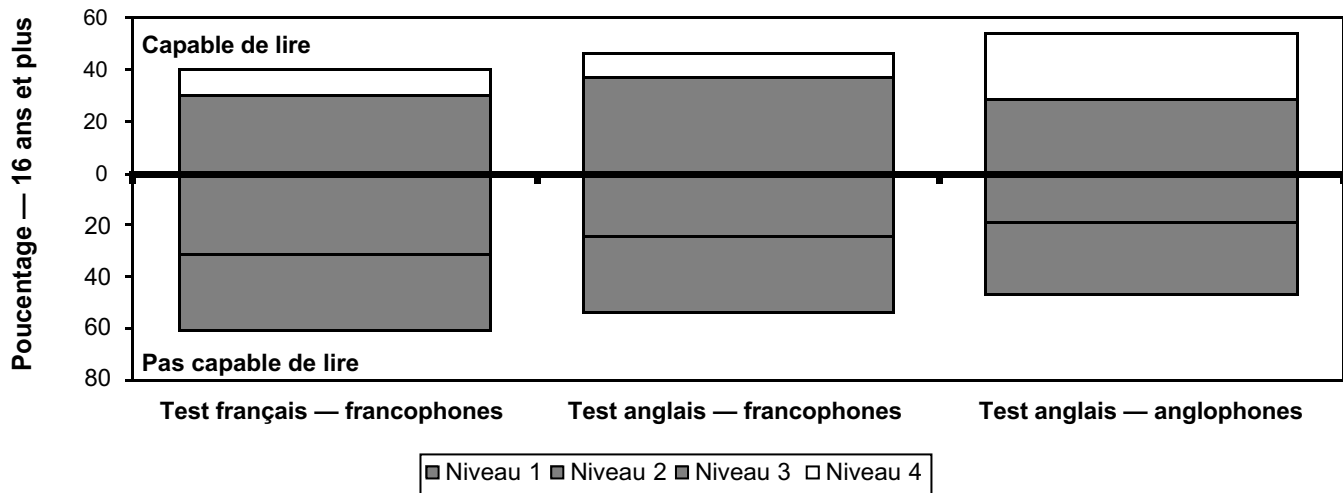
4.9 Alphabétisme

L'alphabétisme est étroitement lié à la santé. 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 santé⁸. Il va sans dire que le niveau d'alphabétisme d'une population engendre une réaction en chaîne en ce qui a trait aux déterminants de la santé.

Jusqu'à tout récemment, la scolarité s'avérait la meilleure mesure pour évaluer l'analphabétisme dans une communauté. Étaient considérées analphabètes les personnes ayant moins de neuf ans de scolarité. Cette mesure, même si elle est encore valable, comporte néanmoins de sérieuses limites. Premièrement, elle différencie fortement deux catégories de personnes, soit les personnes alphabétisées et les analphabètes; en vertu de cette caractéristique, ce dernier groupe est stigmatisé et marginalisé socialement. De nouvelles connaissances dans le domaine indiquent que la scolarité n'équivaut pas forcément à l'alphabétisme, car de nombreux adultes ont intégré des connaissances, soit de manière autodidacte ou à la suite d'une formation à l'extérieur du cadre scolaire, leur permettant de comprendre des textes complexes. Ces deux éléments ont été décisifs dans l'orientation des nouvelles mesures de l'analphabétisme. En effet, ces dernières tendent de plus en plus à s'éloigner de la scolarité et cherchent davantage à décrire les comportements effectifs et les pratiques de lecture des personnes.

Cette vision de l'alphabétisme nuance les compétences en lecture sur un large continuum, où l'alphabétisme est défini comme un mode de comportement permettant à l'adulte « d'utiliser des imprimés et des écrits nécessaires pour fonctionner dans la collectivité, au travail et à la maison, d'atteindre ses objectifs, de parfaire ses connaissances et d'accroître son potentiel »⁹.

Figure 4.7 — Répartition des capacités de lecture à l'échelle compréhension des textes suivis, selon la langue du test — francophones et anglophones



Source: Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA), Statistique Canada, 1994, Secrétariat national à l'alphabétisation

L'Enquête internationale sur l'alphabétisme des adultes (EIAA), qui s'est déroulée dans sept pays en 1994 et à laquelle le Canada a participé, avait pour objectif non seulement de tracer un profil national, mais aussi de présenter des profils d'alphabétisme de certaines sous-populations importantes sur le plan linguistique et économique. Les **adultes francophones** de l'Ontario¹⁰ faisaient partie de ces sous-populations.

Parmi les participants francophones qui ont répondu au livret d'enquête en français, 30 % se sont classés au niveau 1 des capacités de lecture, selon l'échelle de compréhension des textes suivis, et environ 61 % aux niveaux 1 et 2 (figure 4.7).

Tableau 4.1 — Interprétation des niveaux d'alphabétisme

Niveaux	Grille d'appréciation
Niveau 1 (0 à 225)	Ces gens ont beaucoup de difficulté à lire et admettent qu'ils ont un problème
Niveau 2 (226 à 275)	Ces gens savent lire, mais ne lisent pas bien. Ils sont capables de comprendre des documents simples et clairement présentés.
Niveau 3 (276 à 325)	Ces gens lisent bien, mais peuvent avoir de la difficulté à effectuer des tâches plus complexes.
Niveau 4/5 (326 à 500)	Ces gens sont capables de satisfaire la plupart des exigences de lecture.

Source : Statistique Canada, 1994
Fiche technique tirée du document *Lire l'avenir : un portrait de l'alphabétisme au Canada*

Les gens qui se situent au niveau 1 éprouvent habituellement beaucoup de difficultés à lire; les gens se situant au niveau 2 ne lisent pas bien (tableau 4.1).

Seulement 30 % de la population franco-ontarienne a atteint le niveau 3, et 10 %, le niveau 4. Cette situation est très inquiétante, parce que « le niveau 3, soit les gens qui lisent bien, est considéré dans plusieurs pays comme un seuil minimum à maintenir ou un seuil de compétence de base, bien que certaines professions requièrent des capacités supérieures »¹¹.

En règle générale, une forte proportion de personnes âgées francophones de l'Ontario se situe au niveau 1. La figure 4.8 met en évidence le lien étroit entre l'âge et l'alphabétisme. Ce phénomène doit aussi être mis en parallèle avec le faible niveau de scolarité. Par ailleurs, les francophones d'âge intermédiaire, particulièrement les 26 à 45 ans, sont ceux qui bénéficient le plus de leur scolarisation, des gains en capacité de lecture et de leur expérience professionnelle.

Afin de connaître la situation de l'alphabétisme dans les communautés, Statistique Canada a préparé des estimations régionales comme mesures de substitution raisonnable pour évaluer le niveau d'alphabétisme. Pour l'Ontario, mentionnons que Statistique Canada reconnaît quatre régions : l'Est, le Nord, l'Ouest et le Sud (incluant la région de Toronto).

De manière générale, ce sont les régions Nord (34 %) et Ouest (32 %) de la province qui affichent les plus forts pourcentages de francophones se situant au niveau 1 de l'échelle de compréhension des textes

suivis. Par contre, les francophones se situant au niveau 3 et au niveau 4/5 des capacités de lecture se retrouvent surtout dans le Sud (37 % et 13 %) et dans l'Est (32 % et 10 %).

Globalement, les anglophones ont de meilleures capacités de lecture que les francophones, et ce peu importe la langue choisie (anglais ou français) pour répondre au test. En effet, que les francophones aient subi le test d'alphabétisme en français ou en anglais, plus de 54 % se situent aux niveaux 1 et 2, comparativement à 46 % des anglophones.

Quelles sont les conséquences d'un faible niveau d'alphabétisme? Les analyses récentes de Shalla et Schellenberg (1998) montrent que :

[...] comparativement aux personnes possédant des capacités de lecture plus faibles, celles dont les capacités de lecture sont plus élevées sont plus susceptibles de participer à la population active, d'obtenir de meilleurs avantages financiers et d'être moins exposées à devenir défavorisées sur le plan économique. Inversement, les personnes ayant de faibles capacités de lecture sont plus susceptibles d'être en chômage, d'occuper des emplois moins bien rémunérés et de vivre dans des ménages à faible revenu ¹².

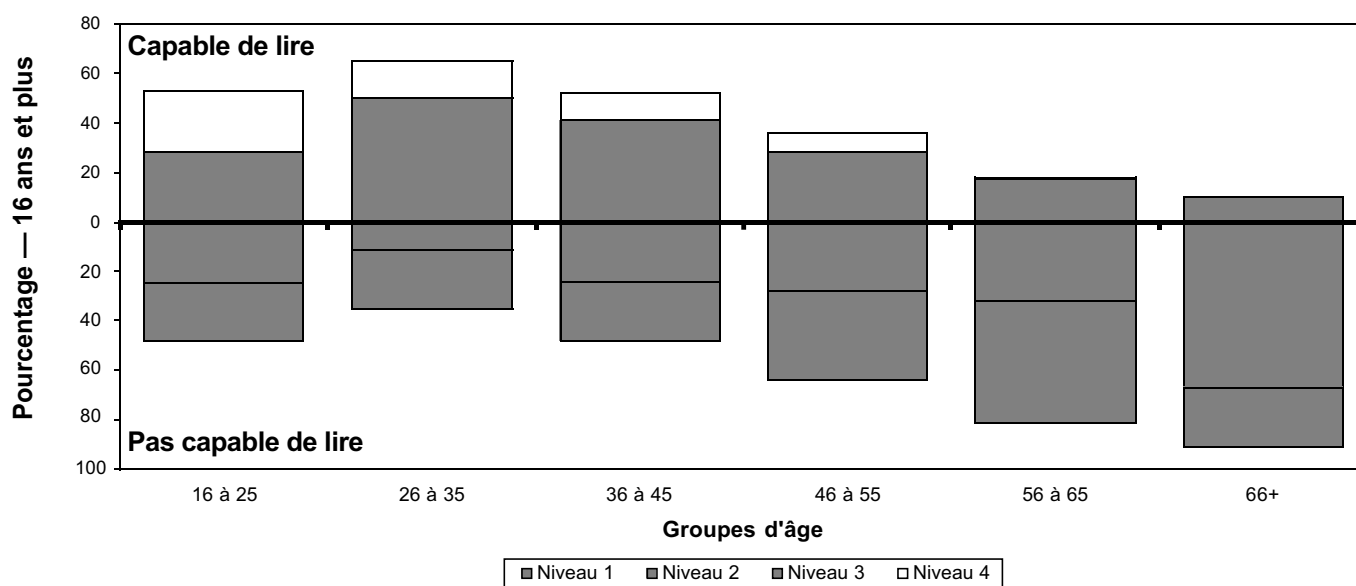
À ceci s'ajoute un fait troublant : « les parents et les enfants de ménages à faible revenu sont moins nom-

breux à participer aux activités d'amélioration des capacités de lecture que ceux qui jouissent d'un niveau de vie plus élevé » ¹³.

Par ailleurs, la faiblesse des capacités de lecture peut influencer sur les activités simples de la vie quotidienne. Par exemple, les adultes vivant dans des ménages à faible revenu sont « cinq fois plus susceptibles d'avoir besoin d'aide pour lire des instructions sur un contenant de médicaments » ¹⁴. C'est dire à quel point un faible niveau d'alphabétisme peut soulever de nombreuses difficultés pour les personnes aux prises avec un tel déficit.

Compte tenu de l'influence des capacités d'une génération sur celles de la suivante, il faut, sans plus tarder, souligner l'importance des habiletés de lecture auprès des Franco-Ontariens et assurer aux enfants francophones un accès aux activités visant à améliorer leurs capacités de lecture. Dans une nouvelle économie axée sur l'information, les personnes possédant de faibles capacités de lecture éprouveront plus de difficultés à s'intégrer au marché du travail, à atteindre un bien-être économique et social et à bénéficier d'une santé optimale. Des améliorations dans le domaine de l'alphabétisme permettraient aux Franco-Ontariens de modifier sensiblement leur situation actuelle.

Figure 4.8 — Répartition des capacités de lecture à l'échelle de compréhension de textes suivis, selon l'âge — population francophone



Source: Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes (EIAA), Statistique Canada, 1994, Secrétariat national à l'alphabétisation

En bref...

- Le niveau de scolarité des francophones tend à être inférieur à celui de la population en général. Cependant, les différences de scolarité entre les francophones et la population totale s'amenuisent.
- Le taux de francophones sur le marché du travail est légèrement inférieur à celui de la population en général. Chez les moins de 35 ans, c'est l'inverse : les francophones ont un taux supérieur à celui de la population en général.
- Comme pour la population en général, le taux d'hommes francophones sur le marché du travail est nettement supérieur à celui des femmes francophones.
- Le taux de chômage des francophones est similaire à celui de l'ensemble de la population en Ontario. Le taux de chômage des francophones est plus élevé dans le Nord-Est que dans les autres régions de la province.
- Le revenu moyen par personne et le revenu familial moyen des francophones sont inférieurs à ceux de la population totale.
- Le revenu moyen des hommes francophones est plus faible que celui des Ontariens en général, tandis que celui des femmes francophones est plus élevé que celui des Ontariennes.
- Le revenu moyen des femmes francophones équivaut à 65 % de celui des hommes francophones.
- La proportion de femmes et d'hommes francophones dans les ménages privés qui ont un revenu inférieur ou égal au seuil de faible revenu est légèrement inférieur à celle des femmes et aux hommes de l'ensemble de la province.
- Dans la catégorie des 75 ans et plus, plus d'une femme francophone sur trois a un revenu inférieur ou égal au seuil de faible revenu, soit trois fois la proportion observée chez les hommes francophones du même groupe d'âge.
- Un pourcentage plus élevé de femmes francophones de 20 à 24 ans ont un revenu inférieur ou égal au seuil de faible revenu, comparativement aux hommes du même âge.
- Plus d'une famille francophone sur dix est dirigée par une seule personne, comparativement à une sur sept pour la population en général. La majorité des familles monoparentales sont dirigées par des femmes.
- Une personne francophone sur cinq vit seule ou avec des gens qui n'ont aucun lien de parenté avec elle.
- Plus du double des femmes francophones de 65 et plus vivent dans des ménages non familiaux, comparativement aux hommes francophones.
- Plus du tiers des francophones de l'Ontario ont atteint le seuil de base ou sont au-dessus du seuil de compétence de base en matière d'alphabétisme.
- Un plus fort pourcentage de femmes que d'hommes francophones ont atteint un niveau de capacité de lecture supérieur.
- Tout comme la scolarité, le niveau d'alphabétisme des francophones diminue avec l'âge.

Références

1. Zöllner, H., et Lessof, S. (1998). *Santé de la population: Mettre les concepts en application: Rapport final [en direct]*. Disponible: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/report-f.htm>.
2. *Ibid.*
3. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1996). *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*. Ottawa: Santé Canada.
4. Zöllner, H., et Lessof, S. (1998). *op. cit.*
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*
7. 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.
8. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1996). *op. cit.*
9. 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.
10. Garceau, M.-L. (1998). *Alphabétisme des adultes en Ontario français: Résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*. Sudbury, ON: Centre franco-ontarien de ressources en alphabétisation.
11. Statistique Canada et Secrétariat national à l'alphabétisation. (1996). *Lire l'avenir: Un portrait de l'alphabétisme au Canada*. Ottawa: Statistique Canada.
12. Shalla, V., et Schellenberg, G. (1998). *La valeur des mots: Alphabétisme et sécurité économique au Canada*. Ottawa: Statistique Canada.
13. *Ibid.*
14. *Ibid.*

Chapitre 5

Auto-évaluation de la santé et incapacités

L'ESO 1990 et l'ESO 1996/97 définissent la santé comme un moyen ou un outil de la vie quotidienne et non comme un objectif de vie. Dans cette perspective, la santé est étroitement liée à la condition sociale, à l'état émotionnel, à la forme physique et à l'incidence de maladies. On considère donc qu'une personne définit sa propre santé selon sa perception de ses ressources sociales et personnelles et de ses capacités physiques ¹.

5.1 Perception de la santé

La majorité des Canadiens et des Canadiennes ont une perception positive de leur santé ². En effet, 63 % des personnes de 12 ans et plus se déclarent en « excellente » ou « très bonne » santé, alors que 10 % considèrent leur état de santé comme « passable » ou « mauvais ».

5.1.1 Études provinciales antérieures

Selon le rapport de Boudreau et Farmer ³, à mesure qu'ils vieillissent, les résidents de l'Ontario perçoivent leur santé comme moins bonne. Un pourcentage inférieur d'hommes et de femmes francophones jugent leur état de santé « excellent », particulièrement ceux de 45 ans et plus. Plus de francophones que d'anglophones de ce groupe d'âge se déclarent en « mauvaise » santé. Cet écart est frappant chez les femmes de 65 ans et plus, où 29 % des francophones et 21 % des anglophones qualifient leur état de santé de « mauvais », et 32 % des hommes francophones de 65 ans et plus et 21 % des anglophones du même groupe d'âge se déclarent en « mauvaise » santé.

Autre fait à souligner : plus d'hommes que de femmes francophones de 45 ans et plus évaluent leur état de santé comme moyen ou pauvre, même si les hommes, peu importe leur âge, rapportent moins de problèmes de santé. Les auteurs émettent l'hypothèse que ces résultats traduisent la perception et l'interprétation divergentes

qu'ont les hommes et les femmes de ce qui est « normal »; ils ajoutent qu'un bon nombre des problèmes de santé des femmes étant d'ordre reproductif, ceux-ci ne sont pas nécessairement associés à une mauvaise santé et que les femmes considèrent même cela normal d'avoir de tels problèmes ⁴.

De plus, le rapport de la Table féministe souligne aussi un lien positif entre le niveau du revenu et la perception de la santé des francophones. Une plus grande proportion de personnes ayant un revenu élevé qualifient leur santé d'« excellente » ou « très bonne », comparativement à celles ayant un revenu faible. Le niveau de scolarité exerce aussi une influence. Un pourcentage supérieur de personnes dont l'acquis scolaire se limite au niveau primaire qualifie leur état de santé de « passable » ou « mauvais ». On doit toutefois utiliser ces dernières données avec prudence, puisque les aînés, qui vivent déjà de nombreux problèmes de santé, sont aussi le groupe le moins scolarisé ⁵.

Il est cependant important de souligner qu'on ne peut pas vraiment comparer la question sur la perception de l'état de santé de l'ESO 1990 à celle de l'ESO 1996/97. En 1990, on demandait au répondant de comparer son état de santé à celui des personnes de son âge; en 1996, le répondant devait plutôt décrire sa propre perception de son état de santé. Malgré cela, les résultats des deux sondages donnent un aperçu de la perception des francophones quant à leur état de santé, bien que ce soit sous différents angles.

5.1.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

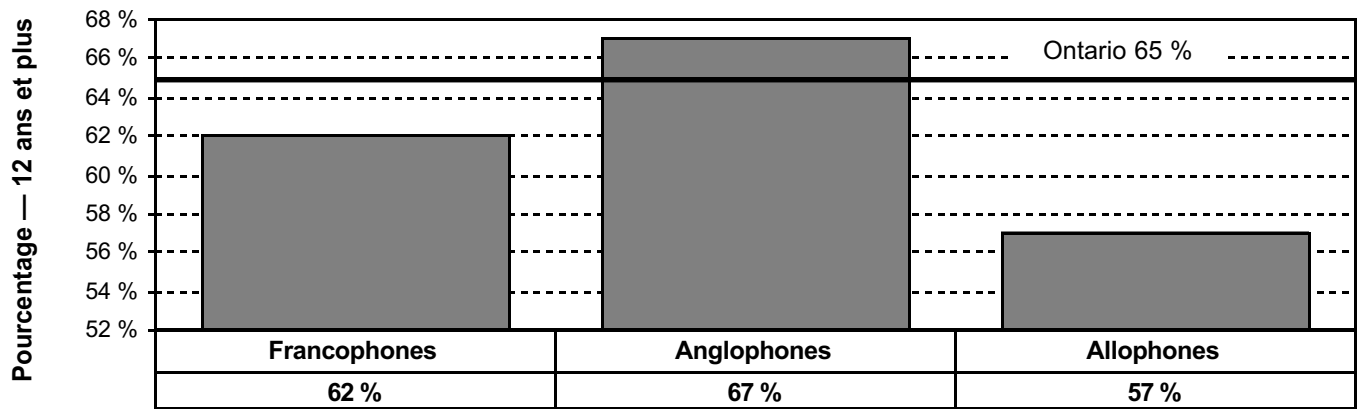
A. État de santé

En 1996, une proportion plus faible de francophones que d'anglophones plaçaient leur **état de santé** à un

Terminologie

État de santé : En 1996, les répondants de 12 ans et plus devaient dire si, de manière générale, ils jugeaient leur état de santé d'excellent, de très bon, de bon, de passable ou de mauvais. Aux fins d'analyse pour ce présent rapport, la variable a été regroupée en trois catégories : 1) élevé = excellent et très bon, 2) moyen = bon, et 3) bas = passable et mauvais.

Figure 5.1 — Perception d'un état de santé élevé, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

niveau « élevé ». Cet écart était présent pour chaque catégorie d'âge. Malgré cela, le pourcentage des francophones qui qualifiaient leur état de santé d'« élevé » était supérieur à celui des allophones (figure 5.1).

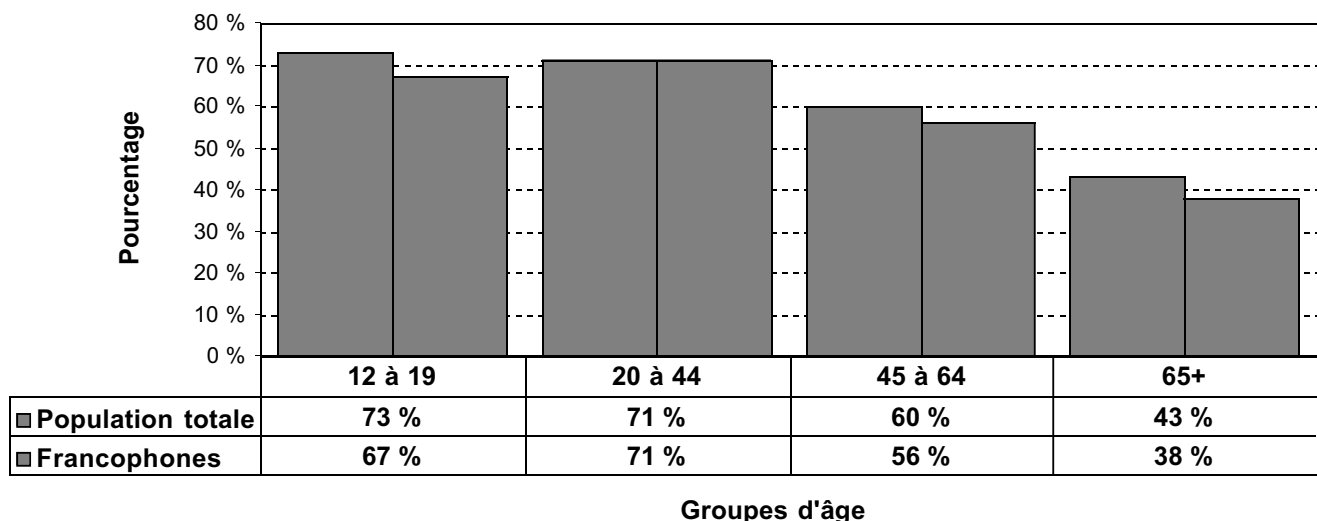
Dans l'ESO 1996/97, on ne note aucun écart significatif entre les hommes et les femmes francophones quant à l'auto-évaluation de l'état de santé. Toutefois, comme au sein de tous les groupes linguistiques, on constate des différences entre les groupes d'âge. Chez les francophones, un rapport inverse existe entre l'âge et la proportion de personnes qui qualifient leur état de santé comme étant « élevé ». Le pourcentage de francophones de 20 à 44 ans qui indiquent un état de

santé « élevé » est presque le double de celui du groupe des 65 ans et plus (figure 5.2).

La perception de l'état de santé varie aussi selon le niveau de revenu. Comme on le constate à l'échelle de la province, une proportion considérablement plus faible de francophones à faible revenu qualifient leur état de santé d'« élevé » (45 %), comparativement aux francophones à revenu moyen ou élevé (66 %).

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario, des différences existent chez les francophones entre le niveau de scolarité et un état de santé « élevé ». En effet, les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (46 %) sont moins représentées dans cette

Figure 5.2 — Perception de l'état de santé élevé, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario



Source : ESO 96/97

catégorie que celles détenant un diplôme collégial ou universitaire (70 %). Cependant, cette différence pourrait s'expliquer en raison de l'impact important de l'âge sur l'auto-évaluation de l'état de santé et du fait qu'une plus grande proportion de francophones plus âgés n'ont pas de diplômes d'études secondaires.

B. Comparaisons régionales

Une proportion plus faible de non-francophones vivant dans le Nord (60 %) qualifient leur état de santé d'« excellent » et de « bon », comparativement à ceux de l'Est (68 %) et du Sud (65 %). Une tendance semblable, bien que non significative, existe aussi chez les francophones.

5.1.3 Études régionales

Selon une étude sur la santé des francophones menée dans l'Est de la province en 1996 ⁶, lorsqu'on demande aux répondants de comparer leur état de santé avec celui d'autres personnes de leur âge, 28 % se disent en « excellente » santé, et 47 %, en « bonne » santé. Aussi, plus de femmes que d'hommes ont qualifié leur santé de « bonne ». Dans cette étude, on note que le pourcentage le plus élevé de personnes qui déclarent un excellent état de santé se retrouve chez les personnes de 45 à 54 ans. Enfin, on constate aussi un rapport direct entre le revenu et la perception de l'état de santé personnel : plus le revenu est élevé, plus la perception de l'état de santé est positive.

5.2 Limites et incapacités

Soulignons que la présence d'une invalidité prolongée ou d'un handicap n'équivaut pas nécessairement à un mauvais état de santé. En effet, une personne ayant une incapacité quelconque, une invalidité prolongée ou un handicap peut se considérer comme étant en bonne santé si elle a une bonne capacité d'adaptation ⁷. Toutefois, les circonstances de vie qui découlent de ces problèmes de santé engendrent des besoins particuliers, lesquels requièrent des services spécialisés. L'étude des limites et incapacités s'appuie, ici, sur trois

variables : « **l'incapacité physique et/ou mentale** » du Recensement 1996, la « prévalence des **invalidités prolongées ou des handicaps** » et « **l'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne** » de l'ESO 1996/97.

5.2.1 Études provinciales antérieures

Les auteurs n'ont trouvé aucune autre étude portant directement sur les Franco-Ontariens en ce qui a trait aux limites et incapacités.

5.2.2 Le Recensement de 1996

A. Incapacités physiques et/ou mentales

La proportion de francophones de 15 ans et plus ayant une certaine **limitation d'activités** est plus élevée que dans la population en général (16 % et 13 % respectivement); cette situation prévaut pour toutes les catégories d'âge. Cet écart est toutefois plus important chez les hommes que chez les femmes.

Dix-neuf pour cent (19 %) des femmes francophones de 15 ans et plus présentent une certaine limitation d'activités, comparativement à 14 % de la population féminine en général. Les pourcentages correspondants sont de 17 % chez les hommes francophones et 13 % chez la population masculine en général. Cet écart est, en partie, lié à la composition différente des groupes d'âge entre les francophones et la population en général.

Le pourcentage de personnes dont les activités sont limitées à cause d'une incapacité physique ou mentale de longue durée ou de tout autre problème de santé chronique augmente avec l'âge, pour atteindre plus de 40 % chez les personnes de 75 ans et plus (44 % des francophones et 45 % de la population en général). Comme pour la population en général, on remarque une augmentation relativement importante du pourcentage de francophones ayant une certaine limitation d'activités entre les 65 à 74 ans et les 75 ans et plus.

La proportion de femmes francophones de 15 ans et plus ayant une certaine limitation d'activités est plus importante dans le Sud-Ouest (20 %) que dans les autres

Terminologie

Incapacité physique et/ou mentale : limitations dans la nature ou l'importance des activités d'une personne à cause d'un état physique qui dure depuis six mois ou de tout autre problème de santé chronique.

Invalidité prolongée ou handicap : signifie un état physique qui dure depuis 6 mois ou dont on prévoit une durée de 6 mois ou plus.

Limitation d'activités : tout état ou incapacité physique ou mentale de longue durée qui restreint les activités d'une personne à son domicile, à l'école, au travail et dans d'autres milieux.

régions de la province (15 % dans l'Est, 14 % dans le Centre, 17 % dans le Nord-Est et le Nord-Ouest). Le Sud-Ouest est la région où réside le plus fort pourcentage de femmes francophones de 65 ans et plus. Le pourcentage des hommes francophones ayant une certaine limitation d'activités est plus élevé dans le Nord-Est et le Nord-Ouest (21 %) que dans les autres régions de la province (14 % dans l'Est, 15 % dans le Centre et 18 % dans le Sud-Ouest). Cette situation pourrait être, en partie, liée aux types d'emplois que les hommes francophones occupent dans le Nord de l'Ontario, notamment dans les industries minière et forestière.

5.2.3 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Prévalence des invalidités prolongées ou des handicaps

Onze pour cent (11 %) des francophones de 12 ans et plus ont une invalidité prolongée ou un handicap. L'écart entre ces derniers et les anglophones (10 %) n'est pas significatif. Toutefois, la proportion des Franco-Ontariens est relativement plus élevée que celle des allophones (8 %).

Comme dans les autres groupes linguistiques, il n'existe aucune différence significative entre les hommes et les femmes francophones.

La prévalence de l'invalidité prolongée est cependant directement reliée à l'âge; pour des raisons statistiques, ces données devraient être interprétées avec prudence. La même tendance se retrouve chez les francophones que chez les autres groupes linguistiques; mais, chez les Franco-Ontariens, le taux d'invalidité s'échelonne de 8 % pour les 20 à 44 ans jusqu'à 30 % pour les 75 ans et plus. On observe aussi une augmentation de plus de 10 % entre le groupe des 65 à 74 ans et celui des 75 ans et plus.

Une différence importante existe entre la prévalence de l'invalidité prolongée chez les francophones à faible revenu (20 %) et ceux à revenu moyen et élevé (10 %). Par ailleurs, on retrouve cette même situation chez les non-francophones.

Comme c'est généralement le cas en Ontario, on constate une différence au niveau des invalidités prolongées

et des handicaps chez les francophones par rapport à la scolarité. De ceux qui ont une invalidité, 21 % n'ont pas terminé l'école secondaire et 9 % détiennent un diplôme collégial ou universitaire. Les liens entre l'éducation et l'âge expliquent fort probablement cette tendance.

B. Aide pour au moins une activité de la vie quotidienne

Un plus fort pourcentage de francophones (11 %) que d'anglophones (9 %) indiquent avoir besoin d'**aide pour au moins une activité de la vie quotidienne** (AVQ). L'écart entre ces groupes peut être en partie attribuable à la différence significative entre le pourcentage supérieur de francophones de 45 à 64 ans qui ont besoin d'aide et le pourcentage plus faible d'anglophones de cette même catégorie d'âge (figure 5.3).

La proportion de francophones qui ont besoin d'aide augmente avec l'âge, comme l'indique la figure 5.3. Il faut souligner l'augmentation importante de plus de 25 % entre le groupe des 65 à 74 ans et celui des 75 ans et plus; cette même tendance existe chez les autres groupes linguistiques. On ne constate, toutefois, aucune différence entre les groupes linguistiques chez les aînés de 65 ans et plus.

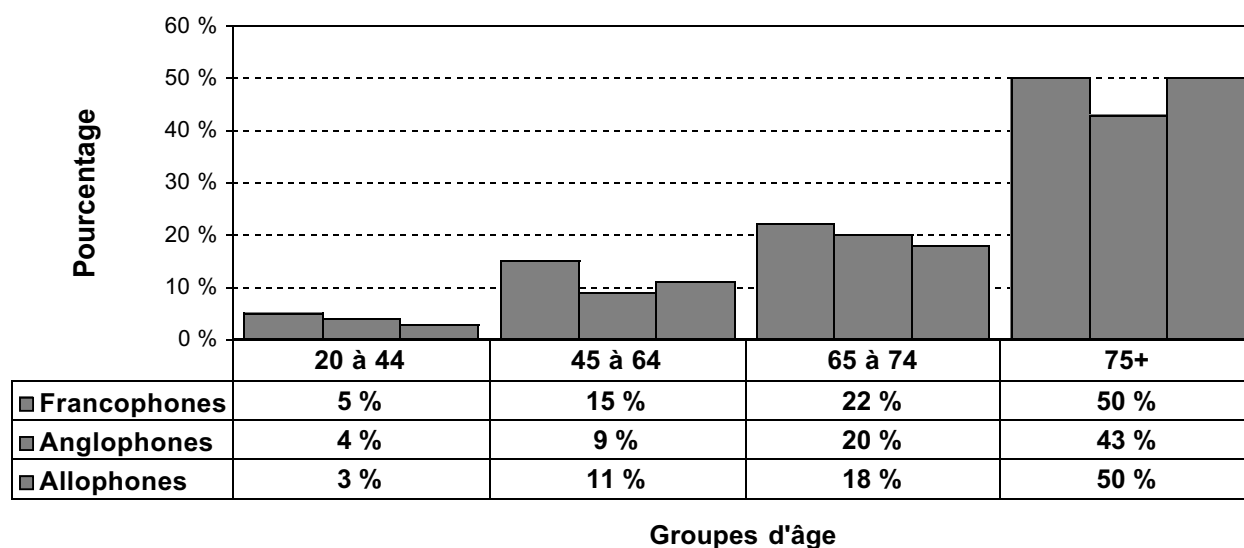
Comme pour les autres groupes linguistiques, on note une différence significative entre le pourcentage d'hommes (8 %) et de femmes francophones (13 %) qui ont besoin d'aide pour au moins une AVQ. Fait à souligner : parmi les aînés francophones de 65 ans et plus qui ont besoin d'aide, trois quarts (75 %) sont des femmes.

On dénote un écart prononcé entre la proportion de francophones à faible revenu qui ont besoin d'aide (21 %) et celle des francophones à revenu moyen et élevé (9 %). On observe le même rapport chez les non-francophones.

Comme pour l'ensemble de la province, il existe un rapport inverse entre le niveau d'éducation et la proportion de gens qui ont besoin d'aide pour au moins une AVQ. Un pourcentage supérieur de francophones n'ayant pas terminé leurs études secondaires (23 %) ont besoin d'aide, comparativement à ceux qui ont un diplôme collégial ou universitaire (7 %). Il faut cependant prendre en considération la composante « âge » dans cette équation, compte tenu du niveau de scolarité des aînés franco-ontariens.

Terminologie

Aide pour au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ) : cette expression désigne la nécessité d'obtenir de l'aide pour accomplir les activités élémentaires de la vie quotidienne, comme les soins personnels (se laver, s'habiller ou manger) ou les déplacements dans la maison.

Figure 5.3 — Besoin d'aide pour au moins une AVQ, selon le groupe linguistique et l'âge


Source: ESO 96/97

C. Comparaisons régionales

Quoique faible, la différence entre les francophones du Nord (14 %) et ceux de l'Est (10 %) se révèle significative. On remarque une prévalence plus élevée d'invalidités ou de handicaps dans le Nord de la province. Par contre, on ne dénote aucune différence significative entre le pourcentage des Franco-

Ontariens de la région Sud (11 %) et celui des deux autres régions.

La plus forte proportion d'invalidité prolongée chez les francophones du Nord peut fort probablement s'expliquer par une proportion plus élevée d'invalidités prolongées chez les hommes francophones (16 %), que chez les hommes en général (9 %).

En bref...

- Un taux plus faible de francophones que d'anglophones qualifient leur état de santé comme étant « élevé ».
- La proportion de francophones de 20 à 44 ans qui décrivent leur état de santé comme étant « élevé » est presque le double de ceux de 65 ans et plus.
- Les francophones ont plus tendance que les anglophones à avoir besoin d'aide pour au moins une AVQ.
- Les femmes francophones sont plus susceptibles que les hommes francophones à avoir besoin d'aide pour au moins une AVQ.
- Bien que le besoin d'aide croît avec l'âge, on note une croissance accélérée entre le groupe des aînés francophones de 65 à 74 ans et celui des 75 ans et plus.
- Le pourcentage de francophones ayant une certaine limitation d'activités est plus élevé que celui de population en général.

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- les francophones à plus faible revenu et moins scolarisés ont une perception plus négative de leur état de santé et sont plus susceptibles de souffrir d'une invalidité prolongée et d'avoir besoin d'aide pour une AVQ;
- la prévalence d'invalidités prolongées chez les francophones, augmente avec l'âge.

Parmi les différentes régions,

- les hommes francophones du Nord sont plus aptes à souffrir d'invalidités prolongées que les hommes de toute la province;
- les francophones du Nord signalent une prévalence plus élevée d'invalidité ou de handicaps que ceux de l'Est.

5.3 Réalités des francophones



L'auto-évaluation de l'état de santé d'une personne est étroitement liée à la définition culturelle de la santé, de la maladie et de la nature des solutions disponibles. Par conséquent, la perception de la santé des Franco-Ontariens est influencée par leurs conditions de vie, telles que leur niveau de revenu et leur scolarité, l'analphabétisme, l'accès limité à divers services, etc. Par exemple, à mesure qu'ils vieillissent, les gens qualifient leur état de santé comme étant moins bon. Et, comme l'explique Boudreau et Farmer, « ...les aînés francophones dont le revenu et le niveau d'éducation est inférieur (sic) à la moyenne ontarienne vivent, au niveau de leur santé, les conséquences d'une qualité de vie et condition socio-économique depuis longtemps défavorisées »⁸.

En ce qui a trait au pourcentage d'invalidités prolongées ou de handicaps, la présente étude a démontré que la proportion d'hommes francophones du Nord de la province est supérieure à celle de l'ensemble de la population masculine de la province. Il faudrait poursuivre des recherches à ce sujet afin d'examiner les facteurs de risque possibles chez ce groupe. Il va de soi que ceux qui ont moins de scolarité entreprennent des métiers qui les prédisposent à travailler de longues heures, à avoir des conditions de travail plus difficiles, à faire un travail plus physique et souvent plus dangereux⁹.

En dernier lieu, on note que de plus en plus de francophones ont besoin d'aide pour des activités de la vie quotidienne et sont atteints d'incapacités physiques et/ou mentales. Cela n'a rien de surprenant, compte tenu de notre population vieillissante. Les intervenants et les preneurs de décisions doivent être avertis de cette

réalité, surtout lorsqu'on considère que trois quarts des aînés francophones qui requièrent de l'aide pour au moins une AVQ sont des femmes, et que celles-ci sont très nombreuses à vivre dans la pauvreté.

Afin d'assurer l'autonomie et l'indépendance des gens, il est important aussi de prendre conscience des exigences imposées aux aidants naturels dans de telles circonstances, ainsi que des besoins au plan des services sociaux et de santé en français en Ontario.

Références

1. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *L'Enquête sur la santé en Ontario 1990: Rapport sur les faits saillants*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
2. Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa: Auteur.
3. Boudreau, F., et Farmer, D. (1997). *Projet santé et services sociaux en milieu francophone ontarien: Volet 1. Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: Les faits saillants revisités et comparés*. Toronto: Collège Universitaire de Glendon, Département de Sociologie.
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*
6. Béland, N. (1996). *Étude des besoins en santé de la population francophone des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry*. Cornwall, ON: Centre de santé communautaire de l'Estrie.
7. 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.
8. Boudreau, F., et Farmer, D. (1997). *op cit.*
9. 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*. Ottawa: La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.

Chapitre 6

Problèmes de santé chroniques et blessures

6.1 Problèmes de santé chroniques

Les problèmes de santé chroniques représentent la principale cause de mortalité en Ontario¹. Parmi ces problèmes de santé, on compte les maladies cardiaques, le cancer, les accidents cérébraux vasculaires, l'hypertension, les maladies pulmonaires, telles que l'emphysème, la bronchite et l'asthme, le diabète, les troubles locomoteurs, et bien d'autres. Les problèmes de santé chroniques constituent une épidémie moderne en termes de morts prématurées, d'invalidités et de coûts de soins de santé². Au Canada, les maladies cardiaques ont coûté, à elles seules, 7,3 milliards de dollars au système de soins de santé en 1995³.

La lutte contre les problèmes de santé chroniques se fait à trois niveaux : la prévention primaire, le dépistage précoce et le traitement. Malgré des améliorations importantes apportées aux traitements de ces problèmes de santé, les retombées en termes de réduction des coûts économiques et sociaux ont, jusqu'à présent, été limitées⁴. En Ontario, les trois quarts de la population présentent au moins un facteur de risque relatif aux maladies cardio-vasculaires. Ces mêmes facteurs prédisposent souvent les personnes à d'autres problèmes de santé chroniques. Cependant, bon nombre de ces facteurs, tels que le tabagisme, l'obésité, le stress et l'inactivité, peuvent être modifiés, sinon prévenus⁵.

La prévention des problèmes de santé chroniques exige des stratégies globales axées sur de multiples facteurs de risque ainsi que l'amélioration de l'environnement social pour favoriser une vie saine⁶.

Certaines personnes, voire certaines populations, ont une prédisposition aux problèmes de santé chroniques. Par exemple, certains groupes ethniques, socioéconomiques ou géographiques sont plus vulnérables aux maladies cardiaques, même lorsque d'autres facteurs (âge, sexe,

etc.) qui les définissent sont comparables aux autres groupes⁷. Les résultats suivants soulignent les différences entre la population francophone et les autres groupes linguistiques de l'Ontario.

6.1.1 Études provinciales antérieures

Selon les analyses de l'ESO 1990 réalisées par la Table féministe, les profils respectifs de chacun des groupes linguistiques quant aux problèmes de santé chroniques se ressemblaient, à l'exception du taux plus élevé de problèmes musculo-squelettiques chez les hommes et les femmes francophones⁸.

6.1.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Problèmes de santé de longue durée

Dans l'ESO 1996/97, on demandait aux répondants de préciser s'ils souffraient de **problèmes de santé chroniques** diagnostiqués par un professionnel de la santé. Rappelons que cette enquête sur la santé n'incluait pas les Ontariens hospitalisés ni les personnes en institutions ou en établissements de soins prolongés. Néanmoins, il s'agit d'une des seules recherches qui permet d'étudier les différences entre les groupes linguistiques en termes de problèmes de santé chroniques.

Le tableau 6.1 résume ces différences. On y remarque que les francophones sont légèrement plus susceptibles de souffrir de bronchite ou d'emphysème, d'hypertension, d'asthme et de problèmes musculo-squelettiques que l'ensemble de la population ontarienne. La même tendance se maintient par rapport aux maladies cardiaques, mais cette différence est au seuil d'être significative.

Il est difficile de réaliser une analyse détaillée chez les francophones, compte tenu de la faible prévalence de

Terminologie

Problème de santé chronique : signifie un état physique qui dure depuis 6 mois ou dont la durée est de 6 mois ou plus.

ces problèmes. Il est toutefois possible de pousser l'analyse des conditions les plus répandues dans la population francophone, soit la bronchite chronique et

l'emphysème, l'hypertension artérielle, l'asthme et les problèmes musculo-squelettiques.

Tableau 6.1 — Problèmes de santé chroniques : comparaison entre la population totale et les groupes linguistiques de l'Ontario

Problèmes de santé chroniques	Ontario	Francophones	Anglophones	Allophones
Cancer	1,6 % (1,4–1,8)	1,8 % (1,1–2,5)*	1,7 % (1,5–1,9)	1,3 % (1,0–1,6)
Maladies cardiaques	4,2 % (4,0–4,4)	5,4 % (4,2–6,6)	4,1 % (3,8–4,4)	4,1 % (3,6–4,6)
Accidents vasculaires cérébraux	1,0 % (0,9–1,1)	1,1 % (0,5–1,7)*	1,0 % (0,9–1,1)	1,0 % (0,7–1,3)
Bronchite/emphysème	2,8 % (2,6–3,0)	4,6 % (3,5–5,7)	2,0 % (2,8–3,2)	1,5 % (1,2–1,8)
Diabète	3,2 % (3,0–3,4)	3,4 % (2,5–4,3)	3,1 % (2,9–3,3)	3,8 % (3,3–4,3)
Hypertension	10,1 % (9,7–10,5)	11,2 % (10,8–11,6)	9,5 % (9,4–9,6)	12,1 % (11,9–12,3)
Problèmes musculo-squelettiques	4,3 % (4,1–4,5)	5,8 % (4,5–7,1)	4,3 % (4,0–4,6)	3,8 % (3,3–4,3)
Asthme	7,5 % (7,2–7,8)	9,7 % (8,2–11,2)	8,3 % (7,9–8,7)	3,8 % (3,3–4,3)

* Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.
Nota : () Représente les intervalles de confiance à 95 %
Source : ESO 96/97

La bronchite chronique et l'emphysème

Une proportion légèrement plus élevée de francophones souffrent de bronchite ou d'emphysème, comparativement aux anglophones et aux allophones (tableau 6.1). La prévalence de ces maladies est également plus élevée chez les francophones que chez les Ontariens en général.

L'hypertension artérielle

Des différences intéressantes apparaissent lorsqu'on compare la prévalence de l'hypertension entre les groupes linguistiques (tableau 6.1). On note une proportion légèrement plus élevée de cas d'hypertension artérielle chez les francophones que les anglophones; par contre, la prévalence de l'hypertension est nettement plus élevée chez les allophones.

Chez les francophones, les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'hypertension (12 %), comparativement aux hommes (10 %). Il est possible que cet écart soit attribuable à un pourcentage supérieur de femmes âgées dans la population.

La proportion des personnes faisant de l'hypertension artérielle augmente avec l'âge, tant chez les francophones que chez les Ontariens en général. Cette hausse est plus marquée entre les francophones de 45 à 64 ans (15 %) et les personnes de 65 ans et plus (34 %).

Comme c'est le cas pour l'ensemble de la province, le taux d'hypertension est plus élevé chez les francophones qui ne détiennent pas de diplôme d'études secondaires (21 %) que chez ceux qui ont un diplôme collégial ou universitaire (10 %). Cet écart pourrait s'expliquer, en grande partie, par la différence entre le niveau de scolarité des jeunes et celui des aînés.

Les Ontariens qui touchent un revenu moyen ou élevé sont moins susceptibles de faire de l'hypertension. Cette tendance se maintient chez les francophones, quoique la différence entre les groupes ne soit pas significative.

L'asthme

La prévalence de l'asthme est plus forte chez les francophones que chez les Ontariens en général

(tableau 6.1). Lorsqu'on examine les différences entre les groupes linguistiques, la différence entre les francophones et les anglophones n'est pas significative; par contre, une proportion nettement plus faible d'allophones souffrent d'asthme.

Comme c'est le cas pour l'ensemble de la population ontarienne, un pourcentage plus élevé de femmes francophones (12 %) souffrent d'asthme, comparativement aux hommes francophones (7 %).

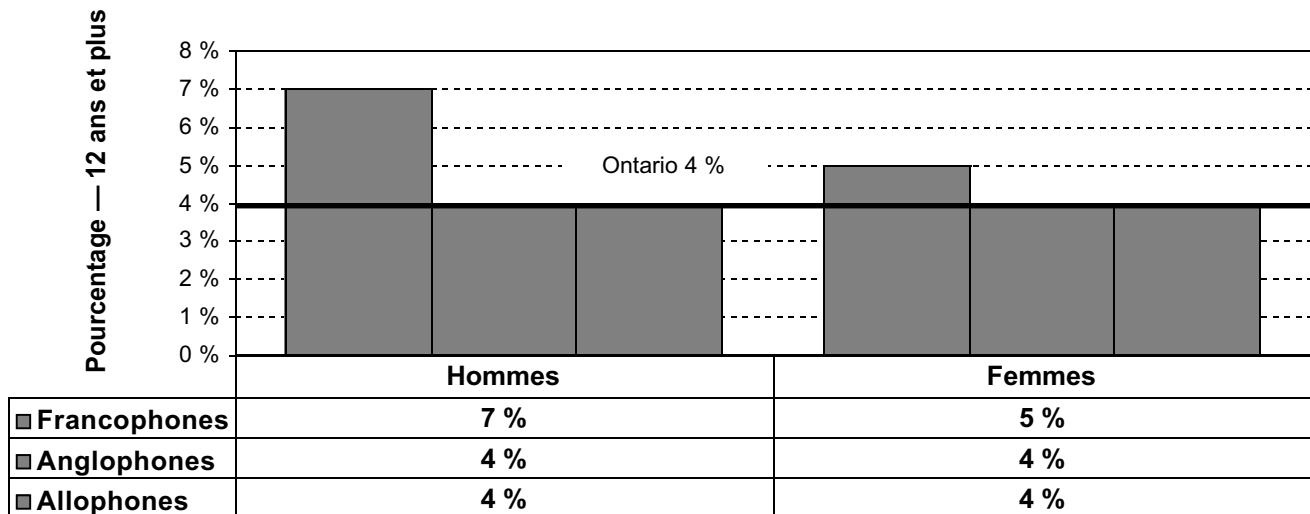
Les Ontariens qui ont un faible revenu sont plus susceptibles de souffrir d'asthme (10 %) que ceux dont le revenu est plus élevé (7 %). On note une tendance semblable chez les francophones.

Les problèmes musculo-squelettiques

Six pour cent (6 %) des francophones attribuent leur invalidité à un problème musculo-squelettique. Ce pourcentage est supérieur à celui des allophones. Par contre, la différence entre les francophones et les anglophones et entre la population ontarienne en général est au seuil d'être significative (tableau 6.1).

Le taux de problèmes musculo-squelettiques n'est pas significativement plus important chez les hommes francophones (7 %) que chez les femmes francophones (5 %). Toutefois, ce taux est plus élevé chez les hommes francophones que chez les hommes anglophones et allophones. Aucune différence n'apparaît entre les femmes des différents groupes linguistiques (figure 6.1).

Figure 6.1 — Problèmes musculo-squelettiques durant les deux dernières années, selon le groupe linguistique et le sexe



Sources: ESO 96/97

6.2 Les blessures

Les blessures représentent la principale cause de mortalité chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes^{9,10}. Selon les résultats de l'ENSP 1996-1997, les chutes accidentelles représentent la cause la plus fréquente des blessures, l'âge et le niveau d'activité physique étant des prédictors de blessures¹¹. Par ailleurs, certaines études ont relevé des variations régionales, en particulier un taux plus élevé de traumatismes mortels dans la région Nord-Est de la province¹².

Les lignes directrices en santé publique émises en 1997 par le ministère de la Santé de l'Ontario proposent de

multiples stratégies afin de « réduire l'invalidité, la morbidité et la mortalité (...) qui trouvent leur source dans les blessures causées par les véhicules motorisés, les accidents de bicyclette, les chutes chez les personnes âgées et les noyades »¹³.

6.2.1 Études provinciales antérieures

Selon l'ESO 1990, tel que rapporté par la Table féministe et Boudreau et Farmer, les hommes francophones de 65 ans et plus subissent deux fois plus d'accidents (10 %) que les hommes anglophones (5 %). De plus, le taux de

blessures causées par les accidents est plus élevé chez les hommes (15 %) que chez les femmes (10 %) francophones. Ces auteurs soulignent aussi que, parmi les francophones, les adolescents et les jeunes adultes franco-ontariens sont les groupes où se produisent le plus d'accidents^{14,15}.

6.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

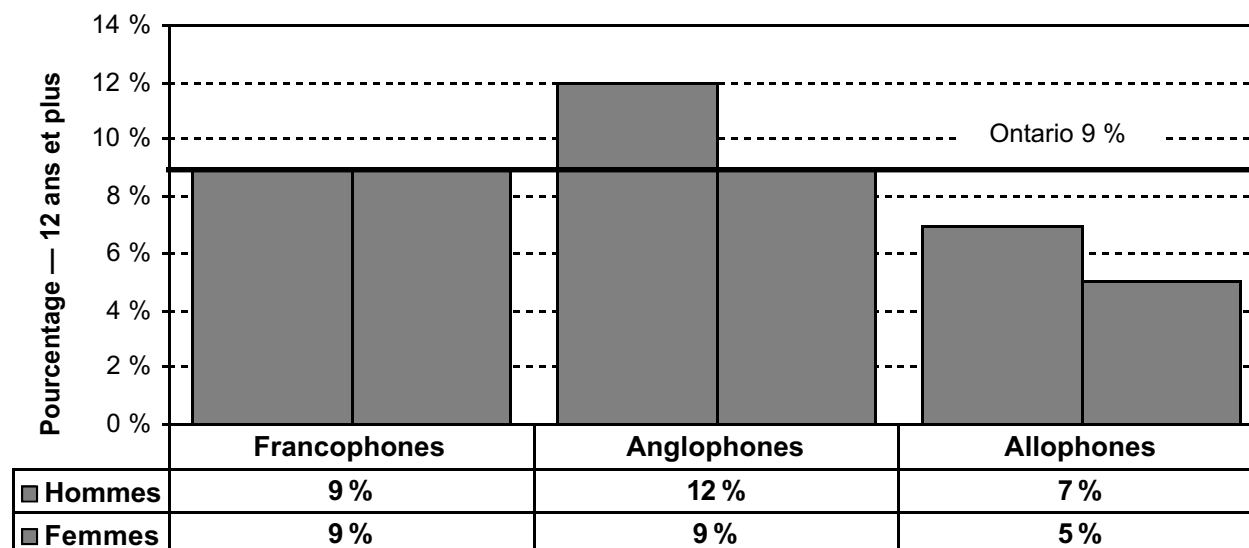
A. Les blessures graves

Neuf pour cent (9 %) des francophones mentionnent qu'ils ont subi des **blessures graves** durant l'année précédant l'Enquête. Ce taux ne diffère pas du taux provincial ni de celui des autres groupes linguistiques. De même, les proportions relatives aux types de blessures chez les francophones sont semblables à celles de la population totale et des autres groupes linguistiques. Pour les francophones, ces taux sont les suivants : entorses et foulures, 39 %; fractures, 30 %; tous les autres types de blessures, 18 %. Seuls les taux relatifs aux coupures et contusions n'ont pu être établis, en raison du trop faible échantillon.

En Ontario, un pourcentage plus élevé d'hommes (10 %) que de femmes (8 %) ont subi des blessures graves. La tendance est la même chez les anglophones et les allophones. Chez les francophones, par contre, il n'existe aucune différence entre les hommes (9 %) et les femmes (9 %). Cette différence entre les francophones et les non-francophones est plus prononcée dans le groupe des 20 à 44 ans; les hommes francophones de ce groupe ont à peu près le même pourcentage de blessures graves (8 %) que les femmes francophones du même âge (7 %). Cette situation ne se retrouve pas chez les non-francophones, où 11 % des hommes et 7 % des femmes de ce groupe d'âge ont subi des blessures graves (figure 6.2).

Comme pour l'ensemble de la population de l'Ontario, il existe des différences entre les francophones de différents groupes d'âge en ce qui a trait aux blessures; une proportion nettement plus élevée de répondants francophones de 12 à 19 ans a subi une blessure grave (20 %), comparativement aux francophones de 20 à 64 ans (7 %) et ceux de 65 ans et plus (8 %).

Figure 6.2 — Blessures graves, selon le sexe et le groupe linguistique



Sources : ESO 96/97

Terminologie

Blessure grave : blessure subie au cours des 12 derniers mois, qui réduit les activités normales de la personne (par exemple, une fracture, une vilaine entaille ou brûlure, une entorse ou un empoisonnement)

En bref...

- Chez les francophones, les taux d'asthme, de bronchite ou d'emphysème et d'hypertension sont légèrement plus élevés que ceux pour l'ensemble de la population. On observe la même tendance en ce qui concerne les problèmes musculo-squelettiques
- Les hommes francophones sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes musculo-squelettiques que les femmes francophones et les hommes anglophones et allophones.
- Le taux de blessures graves chez les francophones est semblable à celui de la population en général et à ceux des autres groupes linguistiques.

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- les femmes francophones sont plus susceptibles de souffrir d'hypertension et d'asthme que les hommes francophones;
- les francophones qui souffrent d'hypertension sont généralement plus âgés et moins scolarisés.

Inversement à ce qu'on observe à l'échelle de la province,

- il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes francophones quant aux taux de blessures graves.

6.2.3 Réalités des francophones



Les Franco-Ontariens ont un taux légèrement plus élevé de maladies respiratoires et d'hypertension que la population ontarienne en général. Ces résultats ne sont pas étonnants, compte tenu de la forte proportion de fumeurs francophones. C'est un problème sérieux, tant chez les adultes que chez les jeunes francophones. À l'échelle de la province, les adolescents ont un taux plus élevé d'asthme que les adultes (ESO 1996/97). Malheureusement, l'analyse du taux chez les jeunes francophones n'est pas possible en raison du faible échantillon. Par conséquent, des études plus poussées s'imposent si l'on veut préciser le lien entre le tabagisme et la fumée secondaire au foyer et la prévalence des maladies respiratoires et cardio-vasculaires chez les Franco-Ontariens.

On note que les Franco-Ontariens sont plus susceptibles de souffrir d'invalidités liées à des problèmes musculo-squelettiques que les autres résidents de la province. Cette différence est particulièrement prononcée chez les hommes, ce qui est comparable aux données du rapport de la Table féministe sur l'Enquête 1990¹⁶. Comme explications possibles, ces auteures suggèrent les conditions de travail et les habitudes de vie; des études cherchant à valider ces hypothèses seraient donc à conseiller.

En plus, il serait utile d'entreprendre des études afin d'expliquer pourquoi les francophones, et uniquement les francophones, affichent un taux semblable de blessures graves pour les deux sexes.

Dans le présent rapport, une analyse des données liées aux causes de mortalité aurait été fort intéressante; malheureusement, ces données ne sont pas disponibles pour les francophones. De plus, il est impossible de tirer des conclusions correspondant à un bon nombre des problèmes de santé chroniques en raison du faible échantillon. Comme dans de nombreux exemples cités dans ce rapport, l'inclusion de la variable linguistique dans d'autres banques de données sur la santé permettrait des analyses plus précises. Des données additionnelles sont indispensables si l'on veut tracer un véritable profil des problèmes de santé chroniques et des blessures chez les Franco-Ontariens.

Références

1. 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.
2. *Ibid.*
3. Northern Health Information Partnership. (1998). *Cardiovascular disease in Northern Ontario: A quantitative profile*. Sudbury, ON: Author.
4. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*

5. Kirk-Gardner, R., & Steven, D. (1992). *An analysis of the Ontario Health Survey from a cardiovascular perspective*. (Working Paper No. 7). Toronto: Ontario Ministry of Health.
6. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
7. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1993). *Promouvoir la santé cardio-vasculaire: Rapport du médecin hygieniste en chef*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
8. 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*. Ottawa: La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
9. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
10. Wong, C. H., & Moloughney, B. (1998). Leading causes of death: Ontario, 1991 to 1995. *Public Health & Epidemiology Report Ontario*, 9 (2), 28-29.
11. Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa: Auteur.
12. Rowe, B. H., Therrien, S., Johnson, C., Sahai, V. S., Bota, G. W. (1995). Regional variations of northern health: The epidemic of fatal trauma in Northeastern Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 86 (4), 249-254.
13. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
14. Boudreau, F., et Farmer, D. (1997). *Projet santé et services sociaux en milieu francophone ontarien: Volet 1. Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: Les faits saillants revisités et comparés*. Toronto: Collège Universitaire de Glendon, Département de Sociologie.
15. Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M., et Lemire, D. (1997). *op. cit.*
16. *Ibid.*

Chapitre 7

Santé mentale

La santé mentale est un concept complexe. Selon Santé Canada, c'est « ...la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimum des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentales »¹.

La santé mentale ne se limite pas à l'état de santé d'une personne. Elle est également définie par le contexte d'une société, c'est-à-dire des populations et des groupes qui la composent. Bref, elle se manifeste par la dynamique des interactions entre les personnes et leur contexte de vie².

Selon l'ESO 1990, 1 218 000 Ontariens et Ontariennes ont souffert de troubles de santé mentale durant l'année précédant l'Enquête. Plus de 75 % d'entre eux n'ont pas cherché à obtenir de l'aide³.

Les problèmes de santé mentale se manifestent par une gamme de comportements, notamment les difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne, une pauvre gestion du stress, l'isolement, la violence conjugale, les agressions sexuelles, la toxicomanie, les tentatives de suicide et le suicide. Non seulement ces problèmes n'existent pas isolément, mais ils engendrent d'autres réactions néfastes.

Même si les pensées ou les tentatives de suicide ne font pas l'objet de ce rapport, ces comportements dénotent clairement une détresse psychologique et une grande vulnérabilité. Selon le rapport de la Table féministe (1997) basé sur les données de l'ESO 1990, les pourcentages des personnes qui ont déjà eu des pensées suicidaires sont plus élevés chez les francophones (13 %), que chez les anglophones (11 %) et les allophones (5 %)⁴.

7.1 Soutien social

Le soutien social est considéré comme un important déterminant de la santé. Selon Mustard et Frank, tel que cité dans le document *Stratégies d'amélioration de la santé de la population 1994*, les relations sociales

influenceraient aussi fortement la santé que d'autres facteurs de risque, tels que le tabagisme, l'activité physique, l'obésité ou la tension artérielle⁵.

De son côté, Stewart⁶ confirme l'influence du soutien social sur l'état de santé, les comportements liés à la santé et l'utilisation des services de santé. L'intégration d'une personne dans un système de soutien peut l'aider à maintenir sa santé en plus d'améliorer ses modes d'adaptation et les conséquences de ses comportements sur sa santé. Le soutien social modifie aussi l'influence des agents stressants et réduit la mortalité. De plus, il est un facteur protecteur dans le processus de résistance, la capacité de rebondir et de retrouver rapidement ses forces et son courage, un concept très pertinent à la promotion de la santé.

Les lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (1997) reconnaissent le soutien social comme un des facteurs contribuant au développement normal de l'enfant sur les plans physique, cognitif, psychosocial et sur celui de la communication. Comme le signale Stewart⁷, puisque la source primaire du soutien est la famille, ce genre d'appui est essentiel non seulement pour l'enfant, mais aussi pour les gens qui l'entourent. Les parents qui n'ont pas de soutien social adéquat sont plus déprimés et plus punitifs dans leur façon d'élever leurs enfants que ceux qui profitent d'un meilleur soutien⁸.

7.1.1 Études provinciales antérieures

Selon les analyses de l'ESO 1990 réalisées par Boudreau et Farmer, la majorité des francophones bénéficient d'un niveau de soutien social moyen. Quant aux francophones de 45 à 64 ans, ils sont les plus nombreux à bénéficier d'un système de soutien social élevé.

Ce soutien ne se maintient pas au fil des années; en effet, il chute de façon dramatique chez les 65 ans et plus. Parmi les gens qui ont un soutien social faible, les aînés francophones de 65 ans et plus représentent le groupe ayant le pourcentage le plus élevé. Dans ce groupe, une personne sur quatre vit dans un certain isolement. Après 65 ans, le pourcentage d'hommes

francophones qui déclarent avoir un soutien social plus faible passe de 17 % à 28 %, celui des femmes, de 9 % à 26 %⁹. Cette situation a de quoi choquer; cependant, il faut préciser que les aînés francophones sont tout de même le groupe d'aînés chez qui on retrouve le pourcentage le plus élevé de soutien social. Quant aux femmes aînées allophones, 42 % révèlent que leur niveau de soutien social est faible¹⁰.

7.1.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Niveau de soutien social

L'utilisation d'un nouvel **Index de soutien social** pour l'ESO 1996/97 rend difficile la comparaison des résultats de cette Enquête avec ceux de l'ESO 1990.

Toutefois, les résultats des deux sondages donnent des perspectives importantes.

Dans l'ensemble, les francophones et les allophones de 12 ans et plus disent avoir un niveau d'appui social élevé; toutefois ce niveau est davantage élevé chez les anglophones (figure 7.1).

En Ontario, un pourcentage plus élevé de femmes (91 %) que d'hommes (87 %) affirment compter sur un niveau élevé de soutien social. La même tendance existe chez les francophones (femmes 88 %, hommes 84 %).

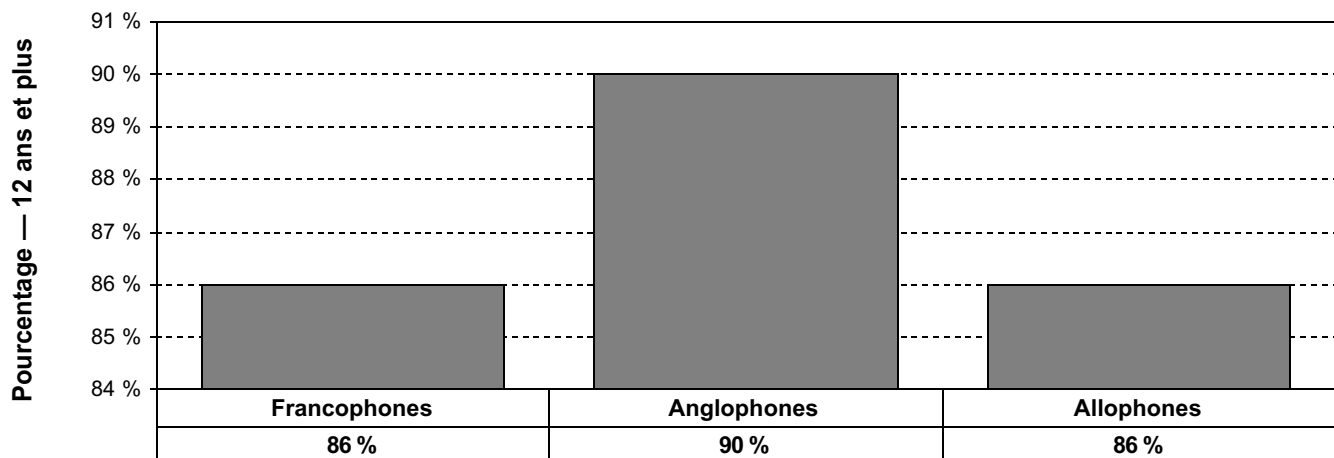
En règle générale, plus une personne est âgée, moins elle a de soutien social. Ainsi, un écart considérable sépare les francophones de 20 à 44 ans (90 %) et ceux de 45 à 64 ans (80 %). Les anglophones, comme les allophones, accusent aussi un écart, bien que moins prononcé.

Comme chez les non-francophones, il y a un lien direct entre le niveau de soutien social perçu par les francophones et le revenu. Seulement 76 % des répondants à faible revenu indiquent un niveau élevé de soutien social, comparativement à 88 % des personnes à revenu moyen et élevé.

7.2 Consultations professionnelles

Cette section s'intéresse surtout aux professionnels de la santé. Néanmoins, on sait bien que lorsqu'une personne éprouve des problèmes personnels, elle va plus souvent en discuter avec un parent ou un ami qu'avec un intervenant de la santé mentale.

Figure 7.1 — Niveau d'appui social élevé, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Terminologie

Index de soutien social : cette échelle comprend quatre éléments qui indiquent si la personne perçoit qu'elle peut faire confiance à quelqu'un de proche, c'est-à-dire quelqu'un capable de la conseiller, de l'appuyer et de lui donner le sentiment qu'elle est aimée. L'échelle de 0 à 4, où « 4 » indique un niveau élevé de soutien social, a été recodée en trois catégories : faible = 0, 1, 2; moyen = 3; et élevé = 4.

Toutefois, lorsqu'un problème de santé mentale dépasse les capacités de soutien informel, la personne éprouvée et sa famille ont alors recours à de nombreux professionnels de la santé et des services sociaux. Parmi ceux-ci, on compte les services prodigués par les médecins de famille, les infirmières, les thérapeutes, les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres.

Dans cette section, deux variables sont prises en considération : les consultations auprès d'un professionnel de la santé mentale, et la fréquence des consultations pour des questions de santé mentale.

7.2.1 Études provinciales antérieures

L'étude de la Fédération des femmes canadiennes françaises de l'Ontario (1992), menée auprès de 825 femmes franco-ontariennes de 45 à 64 ans, révèle que la majorité des répondantes (88 %) ont consulté un médecin de famille au cours de l'année précédant l'Enquête et que, parmi celles-ci, le nombre de consultations a varié entre 1 fois (24 %) et 5 fois et plus (35 %). Ces femmes ont aussi consulté des psychologues (4 %), des travailleurs sociaux (4 %) et d'autres spécialistes (1 %) ¹¹.

Bien qu'on ne connaisse pas les raisons exactes qui motivent les gens à consulter le médecin, des études démontrent que les personnes qui se sentent déprimées vont d'abord chercher de l'aide auprès de leur médecin de famille. Certaines des participantes à l'étude ont sans doute consulté leur médecin à cause de problèmes de santé mentale. De plus, comme les spécialistes en santé mentale sont rares dans les régions éloignées, il est normal que les intervenants de choix soient les médecins de famille ¹².

7.2.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Consultation auprès d'un professionnel de la santé mentale et fréquence des visites

En Ontario, 6 % 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, 3 % d'entre elles ayant fait quatre visites ou plus. Les personnes qui ont consulté 4 fois ou plus au cours de l'année sont considérées, ici, comme des « usagers fréquents ».

La proportion de francophones qui ont consulté un professionnel de la santé mentale (8 %) se révèle légèrement supérieure à celle des non-francophones (6 %). Lorsqu'on subdivise le groupe des non-francophones

en anglophones et en allophones, la différence entre les francophones et les anglophones n'est pas significative (7 %), mais elle l'est entre les francophones et les allophones (5 %).

Chez les Franco-Ontariens, le pourcentage d'« usagers fréquents » est de 4 %, comparativement à 3 % chez les non-francophones; cet écart est au seuil d'être statistiquement significatif. Si l'on subdivise le groupe des non-francophones, on ne constate aucune différence significative entre les francophones et les anglophones (3 %), et un écart faible mais significatif entre les francophones et les allophones (2 %).

En Ontario, un pourcentage nettement supérieur de femmes (11 %) que d'hommes francophones (4 %) affirment avoir consulté un professionnel de la santé mentale. On doit cependant, pour des raisons statistiques, interpréter ce pourcentage avec prudence en ce qui concerne les hommes francophones. Ce résultat demeure toutefois le même pour l'ensemble des hommes de la province (4 %), ce qui nous permet de conclure que la projection est valable.

Une proportion plus élevée de femmes (4 %) que d'hommes (2 %) en Ontario sont des usagers fréquents. En raison du petit échantillon d'hommes francophones, on ne peut calculer la proportion de ce groupe; cependant, en ce qui concerne les femmes franco-phones, le pourcentage d'usagers fréquents (6 %) est plus élevé que celui de la moyenne des femmes ontariennes.

Bien que les données concernant les francophones ne soient pas disponibles, à l'échelle provinciale, la catégorie qui a la plus forte proportion de personnes ayant consulté un professionnel de la santé mentale est celle des 20 à 44 ans (8 %). Les pourcentages diminuent considérablement chez les 65 ans et plus (3 %). De plus, la plus grande proportion d'usagers fréquents se trouve dans le groupe des 20 à 44 ans (4 %) et celui des 45 à 64 ans (3 %). Tout comme le pourcentage de consultations, la proportion d'usagers fréquents chute de manière significative chez les 65 ans et plus.

En Ontario, il existe un lien entre le revenu et le pourcentage de la population qui consulte un professionnel de la santé mentale (faible revenu, 11 %; revenu moyen et élevé, 7 %) et ceux des usagers fréquents (faible revenu, 6 %; revenu moyen et élevé, 3 %).

Il n'existe pas de rapport, à l'échelle provinciale, entre le niveau de scolarité et le pourcentage de personnes qui consultent un professionnel de la santé mentale ou qui sont des usagers fréquents.

7.3 La dépression

La dépression est caractérisée par une détérioration de l'humeur, généralement associée à une perte, qui se manifeste par la tristesse, le pessimisme, l'accablement, le désespoir et le vide. Elle peut aussi être reliée à une intériorisation des sentiments de colère et d'agression. Ce problème de santé mentale peut se manifester à différentes intensités, c'est-à-dire sous forme de dépression légère, modérée ou sévère ¹³.

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997 (ENSP 1996-1997), 4 % des Canadiens de 12 ans et plus révèlent des symptômes suggérant qu'ils ont vécu au moins un épisode dépressif majeur au cours de l'année précédant l'Enquête. La prévalence de la dépression est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (6 % et 3 % respectivement). De plus, la récurrence d'épisodes dépressifs est plus probable chez les femmes que chez les hommes ¹⁴.

7.3.1 Études provinciales antérieures

Dans l'ESO 1990, on signale qu'en Ontario, le taux le plus élevé de troubles affectifs (7 %) se retrouve chez les femmes de 15 à 24 ans. Avec l'âge, ce taux chez les femmes diminue, mais il demeure toujours plus élevé que chez les hommes. Dans l'ensemble, les taux de dépression sont analogues à ceux des troubles affectifs ¹⁵. Au moment de l'ESO 1990, aucune analyse n'avait été effectuée à ce sujet auprès des francophones.

7.3.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Épisode de dépression

En Ontario, 4 % des personnes de 12 ans et plus ont vécu un **épisode de dépression sérieuse** au cours des douze derniers mois avant l'Enquête.

À l'échelle de la province, le groupe de résidents qui vivent le plus de dépressions est celui des 20 à 44 ans (5 %). Le pourcentage de dépressions diminue chez les plus âgés.

Le pourcentage de francophones ayant vécu une dépression est de 5 %, soit une différence significative par rapport aux non-francophones (4 %). Lorsqu'on subdivise davantage le groupe des non-francophones, la différence entre les francophones et les anglophones (4 %) n'est pas significative; par contre, elle le devient lorsqu'on compare les francophones aux allophones (3 %).

Une différence faible mais significative existe entre les femmes (5 %) et les hommes (3 %) de l'Ontario qui indiquent avoir été déprimés au cours de l'année. Cette tendance se retrouve aussi chez les francophones (femmes, 7 %; hommes, 3 %).

En bref...

- Le soutien social est moins élevé chez les francophones que chez les anglophones.
- Une plus forte proportion de femmes que d'hommes francophones consultent les professionnels de la santé mentale.
- Les femmes francophones consultent les professionnels de la santé mentale plus fréquemment que les autres femmes de l'Ontario.
- Les femmes francophones semblent davantage souffrir de dépression que les hommes francophones.

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- les femmes francophones ont plus tendance que les hommes francophones à avoir du soutien social élevé;
- le soutien social diminue avec l'âge;
- il y a un lien direct entre le niveau de soutien social perçu par les francophones et le revenu.

Terminologie

Épisode de dépression sérieuse : conformément à la méthodologie de Kessler et coll., on se sert d'un sous-ensemble de questions tirées du Composite International Diagnostic Interview pour évaluer les crises de dépression majeure dans le cadre de l'ESO. Ces questions englobent un groupe de symptômes propres à la dépression, qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. On cote les réponses en fonction d'une échelle; ces cotes servent ensuite à estimer la probabilité d'un diagnostic de dépression sérieuse. Si l'estimation est égale ou supérieure à 0,9, autrement dit si on est sûr à 90 % que le diagnostic est positif, on considère que le répondant a souffert d'un épisode de dépression sérieuse pendant les douze mois précédents.

7.4 Études régionales

Les besoins des francophones en matière de santé mentale sont évidents dans toutes les régions de la province, comme le soulignent les études régionales.

Dans l'est de la province, selon une étude entreprise par Price Waterhouse pour le Conseil régional de santé d'Ottawa-Carleton en 1993, les francophones correspondent à 17,5 % de la population de la région. Ils représentent aussi 11 % des patients admis à l'hôpital et 29 % des patients en cliniques externes ¹⁶.

La Coopérative Convergence, une coopérative de travail pour femmes francophones en milieu minoritaire, déclarait lors d'une consultation en 1993, que les deux principales préoccupations en matière de santé des femmes de 50 ans et plus étaient la santé mentale et la dépression ¹⁷.

Selon le Conseil sur le vieillissement de la région d'Ottawa Carleton, 63 % des aînés francophones et 78 % des prestataires de services ont souligné le grand besoin de services additionnels en français dans le domaine de la santé mentale ¹⁸.

Dans le Sud, une étude effectuée en 1996 dans la communauté urbaine de Toronto a permis de constater que, bien que le taux d'utilisation des services de santé mentale soit sensiblement le même chez les anglophones que chez les francophones de la région, le taux des besoins auxquels on n'a pas répondu est beaucoup plus élevé chez les francophones. Par « répondu aux besoins », on entend avoir prodigué des soins, même si ces soins n'étaient pas donnés dans la langue préférée ¹⁹.

Dans la région Nord, une étude sur les services en santé mentale pour les districts de Sudbury et Manitoulin ²⁰ a révélé une carence de services et d'intervenants francophones en santé mentale. De plus, cette recherche a démontré que seulement 6 % des réseaux d'entraide francophones ont recours à des consultants professionnels, comparativement à 60 % des réseaux anglophones. L'étude conclut que les liens entre le système de santé mentale et les francophones sont limités.

7.5 Réalités des francophones



Les études régionales et le peu de données disponibles suggèrent que les Franco-Ontariens ont plus de besoins en santé mentale que l'ensemble de la province. Parmi les obstacles qui

empêchent une définition claire des besoins des francophones, on note le manque de données statistiques en raison des faibles échantillons.

Les problèmes qui découlent de ces besoins se révèlent néanmoins considérables. Par exemple, pour l'ensemble du pays, P. Hasselback et coll. (1991) ont dépisté une corrélation positive et significative entre la proportion de la population dont le français est la langue maternelle et le taux de mortalité dû au suicide. Cette étude portait sur la relation entre les indicateurs socio-démographiques et les taux de mortalité normalisés relatifs à l'âge au niveau du recensement canadien. Ces auteurs ont aussi noté que « le français langue maternelle » continue d'être une variable prédictive importante dans un modèle statistique pour la mortalité liée au suicide ²¹.

Comme le révèlent des études régionales, la carence de services demeure le problème principal dans le secteur de services de santé mentale en français ²². Le manque de professionnels francophones ainsi que certains modes de services de la santé plus adaptés à la culture anglophone représentent aussi des problèmes de taille ^{23,24,25}.

Les Franco-Ontariens ont besoin de services qui correspondent à leur spécificité linguistique et culturelle. Si l'on veut que les clients se sentent à l'aise pour discuter d'émotions et de sentiments dans la langue de leur choix, il est important que les intervenants comprennent les réalités non seulement linguistiques mais aussi culturelles de leurs clients francophones ²⁶.

Par surcroît, les Franco-Ontariens font face à une autre réalité : l'assimilation, laquelle est « un phénomène complexe qui entraîne une dévalorisation collective et individuelle » ²⁷.

L'étude *Rendre visible l'invisible* ²⁸, qui traite principalement d'agression sexuelle, présente clairement la nature des embûches linguistiques pour les francophones en Ontario, et ce quel que soit le problème pour lequel ils vont consulter. Les auteurs rapportent, en effet, qu'un bon nombre de femmes interrogées affirment avoir des difficultés à obtenir des services en français qui répondent à leurs besoins, parce que les services sont surtout offerts en anglais. Par contre, elles-mêmes avouent être réticentes à recourir aux services en français lorsqu'ils sont accessibles, parce que la qualité de leur français les gêne et qu'elles ont peur qu'on les ridiculise à cause de leurs tournures de phrases à l'anglaise.

Cette hésitation correspond aux résultats provinciaux de l'ESO 1990, lesquels démontrent que, parmi les

résidents de l'Ontario qui souffrent de troubles de santé mentale mais qui ne reçoivent pas de soins, 23 % sont moins portés à chercher l'aide d'un professionnel, même s'ils croient avoir un problème sérieux, 30 % sont mal à l'aise de chercher de l'aide et 57 % sont gênés d'aller consulter²⁹.

Les études consultées suggèrent que les besoins des Franco-Ontariens en santé mentale sont considérables. Par conséquent, il est clair que des études à plus grande échelle s'imposent tant sur la question de la valorisation de l'identité culturelle et linguistique que sur celle de la prévalence et les précurseurs aux problèmes de santé mentale ainsi que sur les modes efficaces d'intervention.

Références

1. Ministère de la Santé et du Bien-être social. (1988). *La santé mentale des Canadiens: Vers un juste équilibre*. Ottawa: Auteur.
2. Blanchet, L., Laurendeau, M.-C., Paul, D., et Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion de la santé mentale: Préparer l'avenir*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin, éditeur.
3. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *L'Enquête sur la santé en Ontario 1990: Supplément santé mentale*. Toronto: Imprimeur de la reine pour l'Ontario.
4. 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*. Ottawa: La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
5. 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.
6. Stewart, M. J. (1995). Social support, coping, and self-care: Public participation concepts. In: *Community nursing: Promoting Canadians' Health*. Toronto: W.B. Saunders Canada.
7. *Ibid.*
8. Reis, J. (1988). A factorial analysis of a compound measure of social support. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (6), 876-884.
9. Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M. et Lemire, D. (1997). *op. cit.*
10. Boudreau, F., et Farmer, D. (1997). *Projet santé et services sociaux en milieu francophone ontarien: Volet 1. Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: Les faits saillants revisités et comparés*. Toronto: Collège Universitaire Glendon, Département de Sociologie.
11. Garceau, M.-L., Dennie, D., Tremblay Matte, B., et Charron, M. (1992). *Cessons de penser que l'amour va tout vaincre: La situation des femmes francophones de 45 à 64 ans qui vivent en Ontario*. Sudbury, ON: Fédération des femmes canadiennes-françaises de l'Ontario.
12. Lemelin, J., Hotz, S., Swensen, R., & Elmslie, T. (1994). Depression in primary care: Why do we miss the diagnosis. *Canadian Family Physician*, 40, 104-108.
13. Reighley, J. W. (1992). *Guide de planification des soins infirmiers en santé mentale*. Montréal: Lidec Inc.
14. Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa: Auteur.
15. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *op. cit.*
16. Price Waterhouse. (1993). *Strategic mental health services plan for Ottawa-Carleton*. Ottawa: Ottawa-Carleton Regional District Health Council.
17. Coopérative Convergence. (1993). *Sommaire des résultats: Consultation des femmes francophones de 50 ans et plus: Rapport pour le Programme pour la santé des femmes*. Ottawa: Direction générale de la santé des adultes du Service de la santé d'Ottawa-Carleton.
18. Conseil sur le vieillissement. (1995). *Plan stratégique de l'Assemblée des affaires francophones pour la période de 1995 à 1998*. Ottawa: Auteur.
19. Comité de l'étude des besoins en santé mentale des francophones. (1996). *L'étude de besoins des francophones du Toronto métropolitain ayant des problèmes de santé mentale sévères: « Je connais seulement les mots en français »*. Toronto: Le Conseil régional de santé du Toronto métropolitain.
20. Manitoulin and Sudbury District Health Council. (1992). In *search of the mental health system for Manitoulin and Sudbury Districts: Final report*. Sudbury: Author.
21. Hasselback, P., Lee, K. I., Mao, Y., Nichol, R., & Wigle, D. T. (1991). "The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions". *Canadian Journal of Psychiatry*, 36 (9), 655-659.
22. Price Waterhouse. (1993). *Strategic mental health services plan for Ottawa-Carleton*. Ottawa: Ottawa-Carleton Regional District Health Council.
23. *Ibid.*
24. Action Éducation Femmes Ontario. (1993). *Dialogue santé 1993: Dialogue sur les facteurs déterminants en matière de santé au sein des collectivités francophones de l'Ontario*. Ottawa: Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale.
25. Comité de l'étude des besoins en santé mentale des francophones. (1996). *op. cit.*
26. Price Waterhouse. (1993). *op. cit.*
27. Groupe GMG. (1993). *Résultats des groupes-focus auprès des aînés francophones dans le but de développer une stratégie de mobilisation communautaire pour aider les aînés francophones à habiter chez soi, heureux et en santé*. Ottawa: Auteur.
28. Coopérative Convergence. (1992). *Rendre visible l'invisible: Étude des besoins visant la création de services en français à l'intention des survivantes d'agression à caractère sexuel résidant dans la région de la capitale nationale*. Ottawa: Sexual Assault Support Centre.
29. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *Aperçu de l'Enquête sur la santé en Ontario 1990: Supplément santé mentale*. Toronto: Imprimeur de la reine pour l'Ontario.

Chapitre 8

Comportements et santé

Au sein des programmes de santé publique mandatés en Ontario, le programme Santé de la famille « ... vise à protéger et à promouvoir la santé des familles, à prévenir la maladie et à aider à la réalisation d'un état de santé optimal »¹. Ces objectifs ne peuvent être atteints que par l'adoption de comportements sains tant par les individus que par les familles.

C'est aussi dans le but ultime de réduire la mortalité prématurée et la morbidité reliées aux maladies chroniques que les interventions en santé publique favorisent une vie sans fumée, une réduction de l'abus de l'alcool, une saine alimentation, un poids idéal et une activité physique régulière. S'ajoutent à cette liste des stratégies qui favorisent l'allaitement et la sexualité saine².

Dans l'optique des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* et compte tenu des limites des données disponibles, les variables suivantes ont été choisies pour ce chapitre : le tabagisme, l'alcool, le poids-santé et l'activité physique, l'allaitement maternel et la santé sexuelle.

8.1 Tabagisme

La documentation relative à ce sujet établit clairement le lien entre le tabagisme et l'exacerbation de nombreuses maladies. En 1991, on estimait à près de 41 000 (21 %) les décès au Canada reliés au tabagisme; en Ontario, ce nombre s'élevait à 14 000³. On a cerné cinq causes principales de mortalité reliées à l'usage du tabac : le cancer du poumon, les maladies de coeur, les maladies pulmonaires chroniques, d'autres cancers et les accidents cérébro-vasculaires. L'usage du tabac est aussi un facteur de risque de bien d'autres maladies, notamment l'ostéoporose, l'asthme, la grippe et la pneumonie⁴.

Il a été démontré que, chez les femmes enceintes, le tabagisme augmente le risque de donner naissance à des bébés de faible poids. L'incidence de mortalité, de paralysie cérébrale, de problèmes d'apprentissage et de comportement, de quotient intellectuel inférieur à la moyenne et de problèmes de motricité est plus élevée parmi les nouveau-nés de faible poids^{5,6}.

En 1991, les coûts de soins de santé reliés à l'usage du tabac s'élevaient à environ 2,5 milliards de dollars. Au total, le tabagisme coûte environ 15 milliards de dollars chaque année à la société canadienne⁷; cette somme comprend les coûts attribués à l'absentéisme, aux pertes salariales et aux soins de santé.

L'Enquête nationale sur la santé de la population⁸ rapporte que le Québec affiche le plus haut pourcentage de fumeurs actuels de 15 ans et plus, soit 34 %. Le pourcentage national, lui, se situe à 29 %, et celui de l'Ontario, à 26 %. Selon Santé Canada (1996)⁹, « ... si le nombre de fumeurs a considérablement diminué au Canada, au cours des dernières années, il demeure élevé dans certains groupes qui se répartissent selon l'âge, l'origine ethnique ou l'identité culturelle, le revenu, ainsi que le degré de dépendance à l'égard du tabac ».

Le tabagisme a des effets néfastes non seulement sur l'état de santé des fumeurs, mais aussi sur celui des personnes qui les côtoient. Seul le tiers de la fumée d'une cigarette est inhalé dans les poumons du fumeur; les deux autres tiers sont relâchés dans l'environnement immédiat du fumeur, et les autres personnes présentes l'aspirent. Chaque année, le cancer du poumon¹⁰, dont l'une des causes est la fumée secondaire, réclame la vie de plus de 300 Canadiens.

Des faits récents démontrent que les enfants sont sérieusement affectés par la fumée secondaire. Ainsi, le tabagisme des parents est devenu un problème de santé primordial. Les recherches signalent de nombreux effets néfastes de la fumée secondaire sur les enfants : dysfonctions pulmonaires; irritations des yeux, du nez et de la gorge; augmentation de problèmes respiratoires, d'infections chroniques aux oreilles, de troubles d'asthme, d'allergies et d'autres conditions médicales. Comme les enfants respirent plus rapidement que les adultes, le taux de polluants inhalés en fonction de leur poids corporel est, par conséquent, plus élevé¹¹. De plus, les faits démontrent que les enfants de parents qui fument sont plus susceptibles de devenir, à leur tour, des fumeurs¹².

8.1.1 Études provinciales antérieures

Plusieurs études provinciales antérieures indiquent que l'usage du tabac est plus prononcé chez les francophones, tant au plan national que provincial^{13,14,15,16}. Selon les analyses de l'Enquête sur la santé 1990,¹⁷ effectuées par DeWit et Bénéteau et celles présentées dans le rapport de la Table féministe¹⁸, on note un taux de tabagisme plus élevé chez les Franco-Ontariens et les Franco-Ontariennes que chez les hommes et femmes non-francophones. Dans leur rapport, DeWit et Bénéteau font ressortir les points suivants :

- seulement 35 % des francophones n'ont jamais fumé, comparativement à 44 % des anglophones;
- les francophones sont plus susceptibles de commencer à fumer avant l'âge de 16 ans;
- les francophones sont plus susceptibles de fumer durant plus de 20 ans;
- les hommes francophones risquent deux fois plus de fumer un paquet de cigarettes ou plus par jour que les femmes francophones;
- dans la catégorie des 35 à 44 ans, 46 % des francophones fument quotidiennement, comparativement à 30 % des anglophones. Chez les aînés de 65 ans et plus, 18 % des francophones indiquent qu'ils fument quotidiennement, comparativement à 13 % des anglophones.

S'inspirant des données de l'Enquête de 1990, comme l'ont fait DeWit et Bénéteau, la Table féministe francophone a examiné sur la question des différences entre les sexes. Ces chercheuses ont également noté des taux

plus élevés chez les francophones en ce qui a trait à l'usage du tabac. Le pourcentage d'hommes et de femmes qui fument régulièrement était supérieur chez les francophones (hommes, 36 %; femmes, 32 %) que chez les anglophones (hommes, 29 %; femmes, 26 %) et les allophones (hommes, 21 %; femmes, 8 %) ¹⁹.

8.1.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

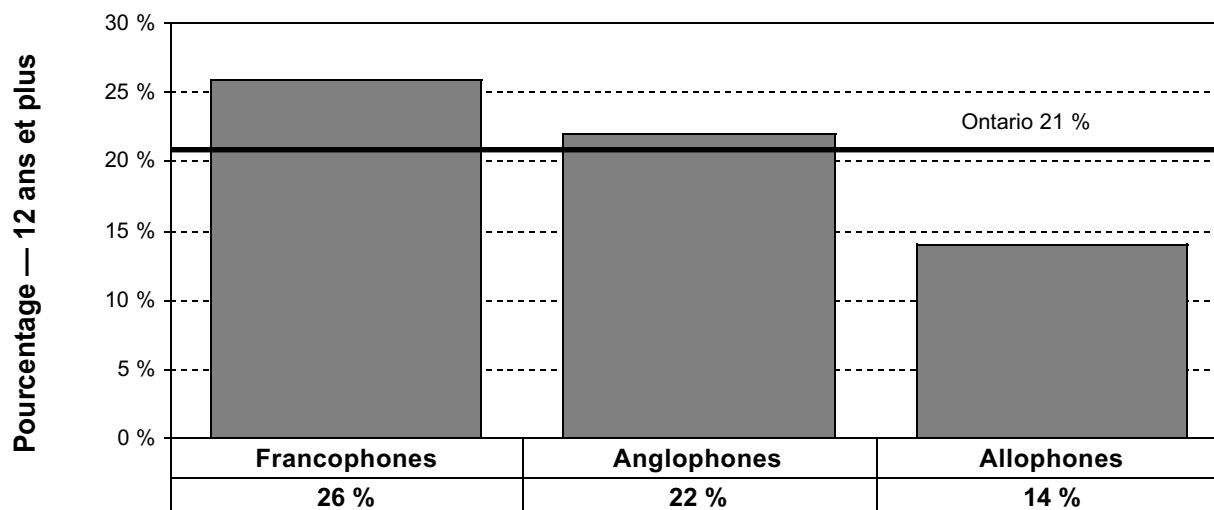
Compte tenu du fait que certaines des variables examinées dans les études antérieures susmentionnées diffèrent de celles utilisées pour le présent rapport, il est impossible de faire des comparaisons statistiques au niveau du tabagisme. Néanmoins, les résultats de l'ESO 1996/97 suggèrent qu'un bon nombre des mêmes réalités persistent.

A. Prévalence du tabagisme et de l'usage quotidien du tabac

En Ontario, le pourcentage de fumeurs actuels (**fumeurs quotidiens** et fumeurs occasionnels) est plus élevé chez les francophones (30 %) que chez les anglophones (27 %) et les allophones (19 %). Pour fins de comparaison, ce rapport limite les analyses au taux de fumeurs quotidiens, car l'interprétation de la définition de fumeurs occasionnels peut varier d'un répondant à l'autre. Il est toutefois important de souligner que le taux de fumeurs occasionnels ne représente en général que 4 % de la population.

À l'heure actuelle, 21 % des Ontariens de 12 ans et plus affirment fumer quotidiennement. Chez les francophones,

Figure 8.1 — Fumeurs quotidiens, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

ce pourcentage (26 %) est plus élevé que celui des anglophones et des allophones (figure 8.1). Les différences entre ces trois groupes sont significatives, les francophones représentant toujours la plus forte proportion de fumeurs quotidiens.

Bien qu'une tendance entre les groupes linguistiques ait été observée dans toutes les catégories d'âge (où un pourcentage plus élevé de francophones que de non-francophones fument à tous les jours), on note des différences significatives dans seulement deux des quatre groupes d'âge : les plus jeunes et les 20 à 44 ans. C'est dans le groupe des 20 à 44 ans que se retrouve le pourcentage le plus élevé de francophones qui fument quotidiennement (figure 8.2).

Dans l'ensemble de la province, plus d'hommes que de femmes fument quotidiennement. La tendance est la même entre les hommes et les femmes francophones (29 % et 24 % respectivement).

Chez les francophones, comme dans l'ensemble de la province, il existe une relation négative entre le niveau du revenu et la prévalence du tabagisme quotidien. En effet, 37 % des francophones à revenu faible fument, comparativement à 24 % de ceux qui ont un revenu

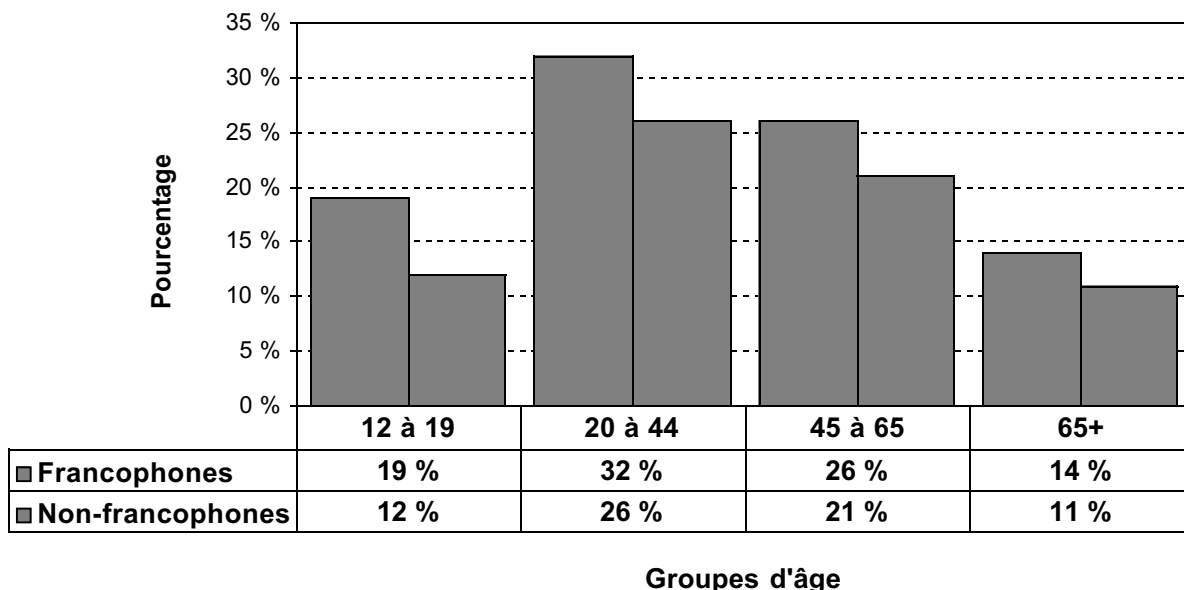
moyen ou élevé. La même constatation s'applique aux niveaux de scolarité; 31 % des francophones qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires fument, comparativement à 20 % de ceux qui détiennent un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

B. Début du tabagisme

Cet indicateur dénote l'âge du début du tabagisme chez les répondants qui déclarent avoir déjà fumé quotidiennement.

D'après les données pour l'ensemble de l'Ontario, la plus grande proportion de fumeurs quotidiens indiquent avoir commencé à fumer entre 16 et 18 ans (38 %). Ce n'est pas le cas chez les francophones. La plus grande proportion de francophones (39 %) affirment avoir commencé à fumer quotidiennement dès l'âge de 15 ans ou moins, et 35 %, entre 16 à 18 ans. Même si un pourcentage légèrement supérieur de francophones ont pris cette habitude dès l'âge de 15 ans ou moins, cette proportion n'est pas significative ni par rapport au groupe anglophone, ni par rapport à l'ensemble de la population.

Figure 8.2 — Fumeurs quotidiens, selon l'âge — francophones et non-francophones



Source : ESO 96/97

Terminologie

Fumeurs quotidiens : personnes âgées de 12 ans et plus qui fument tous les jours, d'après la réponse à la question « Fumez-vous présentement la cigarette tous les jours, à l'occasion ou jamais? »

On a aussi noté un lien entre le revenu actuel des répondants et l'âge où ils ont commencé à fumer quotidiennement. Parmi les Ontariens, il existe une relation inversement proportionnelle entre les personnes qui disent avoir commencé à fumer quotidiennement dès l'âge de 15 ans ou moins et le revenu (revenu faible, 41%; revenu moyen et élevé 35 %). Cette même situation existe chez les francophones et chez les non-francophones. Pour ces deux groupes, ceux qui ont commencé à fumer quotidiennement à l'âge de 15 ans ou moins touchent un revenu plus faible.

Le niveau de scolarité des répondants est aussi lié à l'âge auquel ils ont commencé à fumer quotidiennement. Il existe en effet une forte relation inversement proportionnelle entre le pourcentage de francophones qui disent avoir commencé à fumer quotidiennement à l'âge de 15 ans ou moins et le niveau de scolarité : sans diplôme d'études secondaires, 40 %; avec diplôme d'études collégiales ou universitaires, 28 %.

C. Non-fumeurs et anciens fumeurs

Presque la moitié (47 %), des Ontariens de 12 ans et plus affirment n'avoir jamais fumé. On note un taux nettement plus faible de francophones (39 %) qui n'ont jamais fumé, comparativement aux anglophones (45 %) et aux allophones (58 %).

En Ontario, une proportion plus grande de femmes (53 %) que d'hommes (42 %) n'ont jamais fumé. Cette différence se maintient chez les femmes et les hommes

francophones ainsi que chez les femmes et les hommes anglophones. L'écart est encore plus prononcé chez les hommes et les femmes allophones (figure 8.3).

Il existe une relation directe entre le revenu actuel et le taux de fumeurs quotidiens qui ont cessé de fumer, et ce tant chez les francophones (revenu faible, 18 %; revenu moyen ou élevé, 27 %) que chez les non-francophones (15 % et 21 % respectivement).

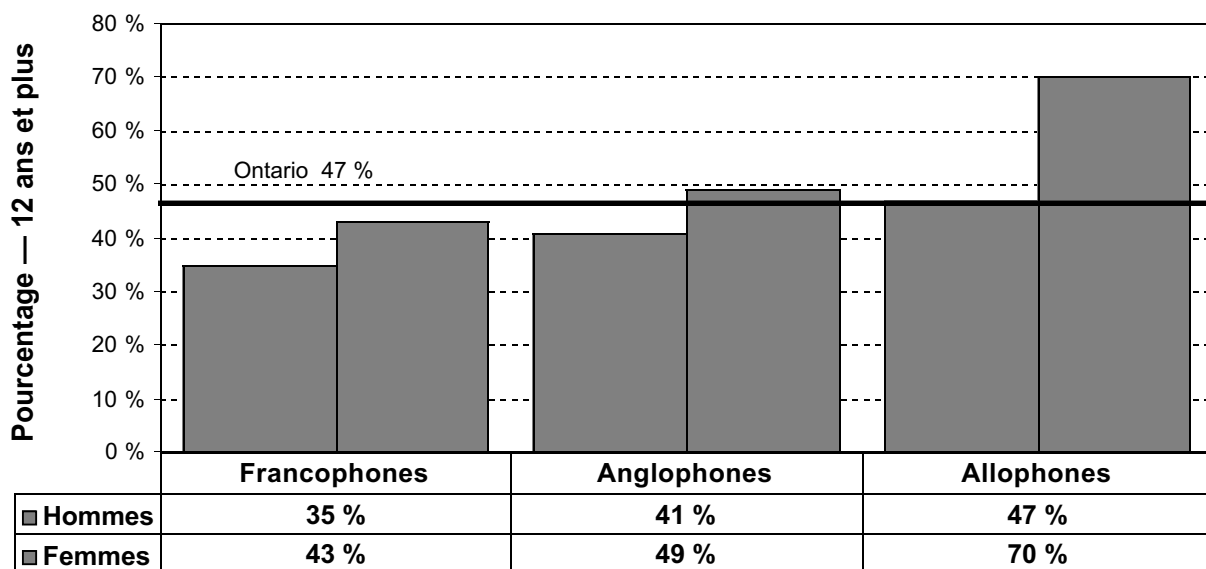
D. Foyers sans fumée

Cet indicateur comprend la proportion de personnes de 12 ans et plus qui demeurent dans un foyer où personne ne fume habituellement dans la maison.

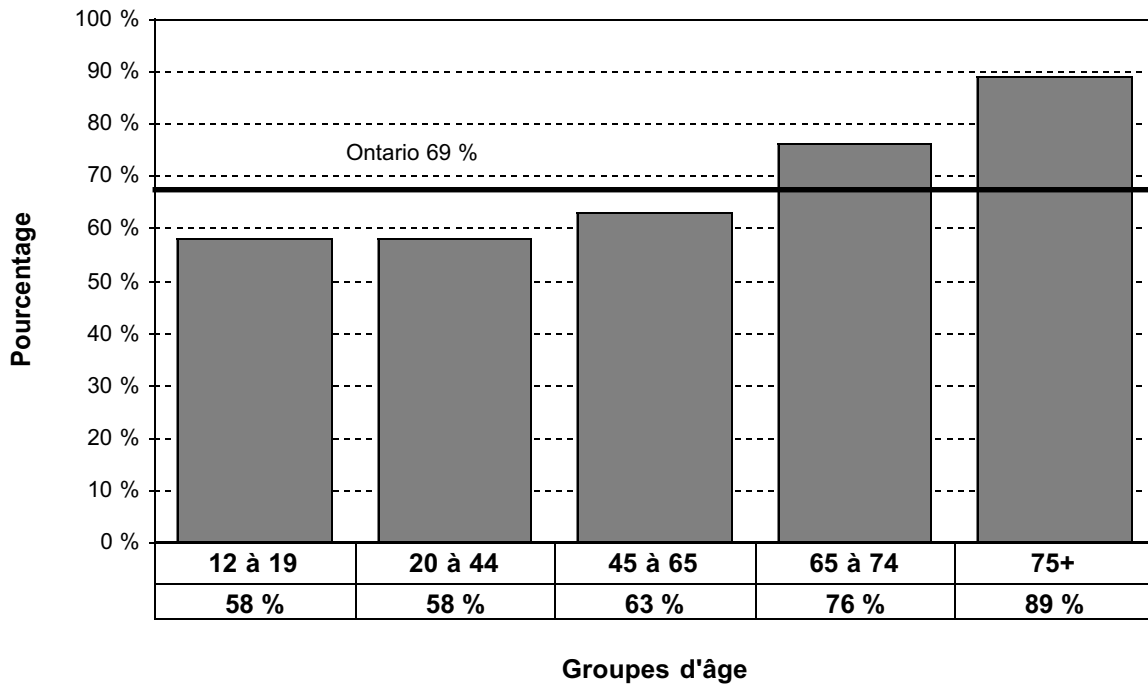
Soixante-neuf pour cent (69 %) de l'ensemble de la population ontarienne de 12 ans et plus vit dans un foyer sans fumée. Les francophones affichent un pourcentage nettement inférieur (62 %) à celui des anglophones (67 %) et des allophones (77 %).

Il existe un rapport direct entre l'âge et le pourcentage des personnes vivant dans une maison sans fumée, aussi bien chez les francophones que chez les non-francophones. Parmi les personnes qui vivent dans des maisons sans fumée, ce sont les personnes âgées qui représentent le plus haut pourcentage. Par contre, les jeunes de 12 à 19 ans sont parmi les groupes les plus susceptibles d'être exposés à la fumée secondaire dans leur foyer. Cela s'explique par le fait que plusieurs adultes de 20 à 44 ans fument et que

Figure 8.3 — Pourcentage de la population n'ayant jamais fumé, selon le sexe et le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Figure 8.4 — Pourcentage de francophones vivant dans un foyer sans fumée, selon l'âge

Source : ESO 96/97

c'est généralement durant cette période de la vie que les adultes élèvent leur famille (figure 8.4).

On note, pour l'ensemble de la province, un rapport direct et évident entre le revenu et le pourcentage de personnes qui affirment vivre dans une maison sans fumée. Les personnes à revenu faible (61 %) risquent plus d'être exposées à la fumée secondaire au foyer que celles ayant un revenu moyen ou élevé (74 %). On observe une tendance semblable chez les francophones, (revenu faible, 56 %; revenu moyen ou élevé, 63 %).

Il existe aussi un rapport direct entre le pourcentage de francophones qui vivent dans une maison sans fumée et le niveau de scolarité. Les personnes détenant un diplôme d'études collégiales et/ou universitaires sont plus susceptibles de vivre dans une maison sans fumée que celles n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (71 % et 58 % respectivement). Cette différence existe aussi à l'échelle de la province.

E. Comparaisons régionales

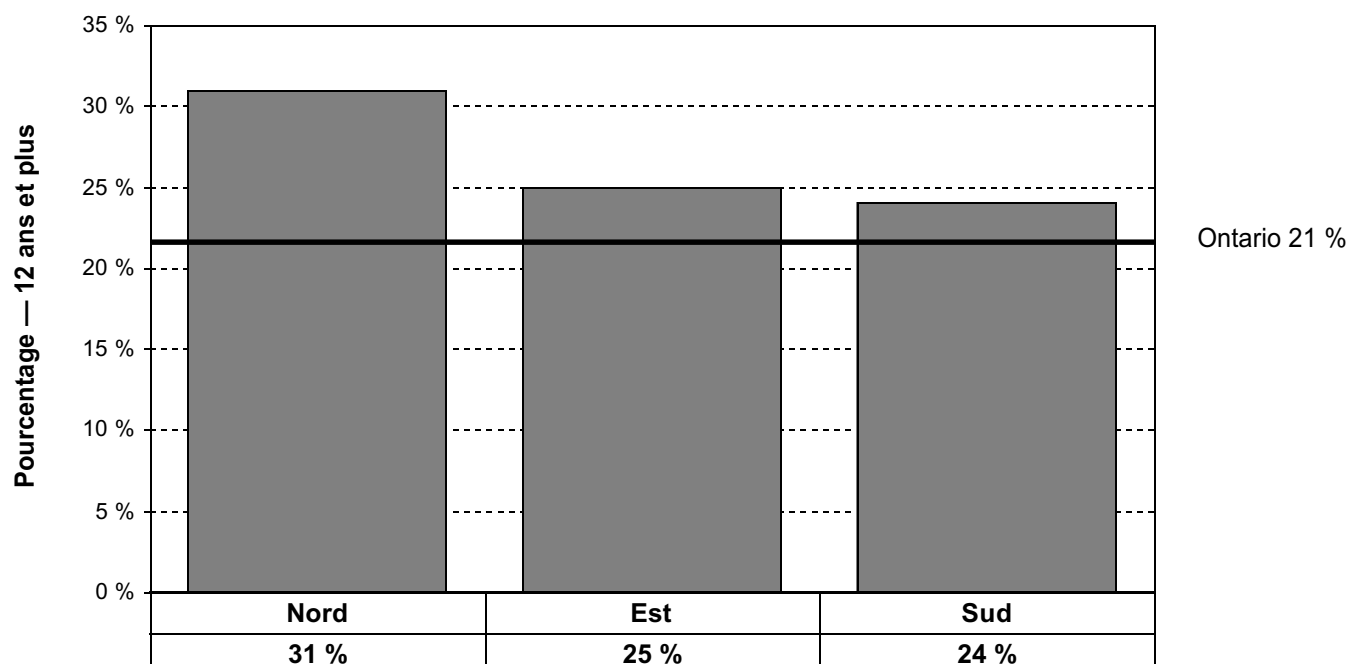
À l'intérieur de trois régions de l'Ontario (Nord, Sud et Est), on retrouve un pourcentage plus élevé de francophones qui fument tous les jours, comparativement à la population en général. En examinant les différences entre ces trois régions, on observe, dans le Nord, un taux plus élevé (31 %) de personnes fument quoti-

diennement, que dans l'Est et le Sud (figure 8.5). De même, par rapport à l'âge d'initiation au tabagisme, c'est dans le Nord qu'on retrouve une plus grande proportion de francophones qu'ont commencé à fumer quotidiennement à 15 ans ou moins.

Comparativement à la population générale de ces trois régions, un pourcentage distinctement plus faible de francophones affirment n'avoir jamais fumé. Il existe aussi une différence significative entre les régions; une proportion moins élevée de francophones du Nord (35 %) indiquent n'avoir jamais fumé, comparativement à ceux du Sud (43 %) et de l'Est (39 %).

Quant à l'exposition à la fumée secondaire au foyer, le Sud affiche la plus forte proportion de francophones vivant dans une maison sans fumée (68 %), suivi de l'Est (62 %) et du Nord (55 %). De plus, un pourcentage significativement plus faible de francophones du Nord vivent dans une maison sans fumée (55 %), comparativement à la population francophone de toute la province (62 %).

Notons aussi que les comparaisons régionales des francophones aux non-francophones démontrent des tendances intéressantes. À l'intérieur de chaque région, les francophones ont plus tendance à fumer quotidiennement que les non-francophones.

Figure 8.5 — Fumeurs quotidiens francophones, selon la région

Source : ESO 96/97

En bref...

- Une plus grande proportion de francophones que d'anglophones et d'allophones fument quotidiennement; cette différence s'applique à tous les groupes d'âge.
- C'est parmi les fumeurs de 20 à 44 ans qu'on retrouve le taux le plus élevé de fumeurs quotidiens.
- Un pourcentage moindre de francophones affirment n'avoir jamais fumé.
- Parmi ceux qui ont cessé de fumer, le pourcentage de francophones à revenu faible est relativement moins élevé que celui des personnes à revenu plus élevé.
- Un plus faible pourcentage de francophones vivent dans des foyers sans fumée.

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- les francophones plus âgés, plus scolarisés et plus riches sont plus susceptibles de vivre dans un foyer sans fumée.
- les francophones à revenu faible sont moins portés à avoir cessé de fumer que ceux à revenu plus élevé.
- les francophones moins scolarisés risquent plus de fumer que ceux qui détiennent un diplôme d'études collégiales ou universitaires;
- une plus grande proportion de francophones à faible revenu fument, comparativement à ceux qui ont un revenu plus élevé; de plus, ils sont plus susceptibles d'avoir commencé plus jeunes à fumer quotidiennement.

Parmi les différentes régions,

- l'usage du tabac est généralement plus élevé chez les francophones du Nord. Une plus forte proportion d'entre eux risquent d'avoir commencé à fumer tôt et fument quotidiennement; un pourcentage plus faible n'ont jamais fumé ou vivent dans un foyer sans fumée.

8.1.3 Études régionales

Les résultats d'une étude effectuée dans la région Nord-Est auprès d'adolescentes de 14 à 19 ans enceintes ne démontrent aucune différence entre francophones et anglophones en matière de tabagisme. Toutefois, le taux de tabagisme s'est révélé très élevé autant chez les jeunes francophones que chez les anglophones. Plus de 90 % des adolescentes fumaient avant d'apprendre qu'elles étaient enceintes, et moins de 30 % ont réussi à cesser de fumer pendant leur grossesse.

Il est reconnu qu'en matière de poids insuffisant à la naissance, le tabagisme est le facteur de risque principal, suivi du niveau de stress vécu par la mère et le manque d'exercice physique²⁰. Des analyses additionnelles effectuées à la suite d'une étude menée dans la région d'Ottawa-Carleton auprès de mères francophones ont révélé que 9 % de francophones ont donné naissance à des bébés de faible poids (poids de moins de 2 500 grammes), comparativement à 4 % de non-francophones²¹. Cette même recherche cerne aussi une tendance en ce qui a trait au taux de naissances prématurées chez les francophones (11 %) comparativement aux non-francophones (5 %)²².

8.1.4 Réalités des francophones



Très peu de données récentes permettent d'expliquer le taux plus élevé de tabagisme chez les francophones. Quelques études offrent tout de même certaines hypothèses. En 1996, Santé Canada menait une recherche qualitative pour mieux cerner le comportement et les habitudes tabagiques des francophones dans quatre provinces canadiennes, soit le Québec, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et le Manitoba. Aucune différence n'a été relevée quant aux motifs qui incitent à fumer. D'après les résultats, les francophones fument « par habitude, en raison de la dépendance, pour se détendre, par plaisir, parce que l'entourage fume, à cause du stress, par ennui, pour éviter de prendre du poids, etc. Les jeunes commencent à fumer pour faire comme les autres, pour être "cool", par curiosité, pour s'affirmer et par défi »²³.

Le Colloque national sur le tabagisme à l'intention des intervenants francophones (1991) a suggéré certaines explications quant aux motifs d'initiation au tabagisme : les francophones considèrent le choix de fumer comme un droit personnel; les messages publicitaires négatifs risquent de renforcer l'usage du tabac; selon certains, les francophones sont moins conscients des

risques associés au tabagisme. Il faut souligner cependant que peu d'études viennent étayer ces affirmations.

Santé Canada, dans son rapport national *Le tabagisme chez les francophones*²⁴, fait une synthèse des connaissances sur les habitudes des fumeurs francophones et précise ceux qui sont à risque : les jeunes, les femmes, et les personnes défavorisées en termes de scolarité moins élevée, de faible revenu et de manque d'emploi. Ce document décrit aussi les programmes et les ressources francophones accessibles au Canada.

Par ailleurs, les auteurs d'une étude entreprise à Toronto ont examiné la dimension ethnique comme facteur de prédiction du tabagisme chez les adolescents. Même si l'échantillon n'incluait pas la population francophone, les résultats indiquent qu'il existe des différences dans le comportement tabagique entre les adolescents des différents groupes ethniques. Ceci s'expliquerait par les attitudes, perceptions et croyances différentes liées à leur appartenance ethnique²⁵.

Une étude canadienne effectuée en 1993, fait le lien entre le comportement du tabagisme et la réalité d'une communauté minoritaire et défavorisée. Cette étude suggère que les ressources et les services en français pour la communauté hors Québec sont peu accessibles ou peu utilisées²⁶.

Une étude menée au Québec a cherché à explorer pourquoi les francophones fument plus que les anglophones. Ayant posé cette question à différents groupes types (focus groups), les auteurs ont formulé ensuite plusieurs raisons pouvant expliquer le taux plus élevé de tabagisme chez les Québécois francophones. Voici, par ordre d'importance, les raisons mentionnées : les francophones accordent plus d'importance aux fonctions sociales (repas, loisirs, etc.); ils travaillent plus fort physiquement; ils sont plus portés aux plaisirs de la vie et moins préoccupés par leur santé; ils sont plus permissifs, exubérants, sensuels, excessifs et communicatifs. Certains croient qu'on peut expliquer ces différences par le fait que les francophones sont plus défavorisés; d'autres suggèrent même « un esprit de contradiction » chez les francophones²⁷. Tout cela permet néanmoins de tracer de nombreux parallèles avec les Franco-Ontariens.

8.2 Alcool

Les conséquences liées à la consommation d'alcool sont bien connues. Au point de vue psychosocial, la consommation d'alcool est un facteur lié à la violence

criminelle, à la violence familiale, au suicide et à la mortalité sur les routes ²⁸. Au plan physique, l'usage abusif d'alcool est lié aux maladies du foie, au cancer du système digestif, au cancer du sein, aux problèmes cardiaques et au syndrome d'alcoolisme fœtal ²⁹.

8.2.1 Études provinciales antérieures

L'influence de la consommation d'alcool sur la santé s'avère un facteur important à considérer chez les francophones de l'Ontario. Selon les analyses de la Table féministe ³⁰, près de 50 % des adolescents francophones de la province avaient consommé entre une et quatorze boissons alcoolisées durant la semaine précédant l'Enquête de 1990. De plus, 27 % des hommes et 11 % des femmes francophones ont avoué que, durant les 12 mois précédant l'Enquête, ils avaient conduit un véhicule au moins une fois après avoir bu de l'alcool. Cependant, aucune différence significative n'a été relevée entre les francophones et les anglophones par rapport à leur taux de consommation d'alcool.

Dans leur analyse exhaustive des données de l'ESO 1990 sur la consommation d'alcool, DeWit et coll. ³¹ 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 les différences suivantes quant aux facteurs de prédiction de consommation d'alcool et aux différents problèmes liés à ce comportement. Premièrement, les buveurs francophones sont plus susceptibles de commencer à boire à un plus jeune âge que les buveurs anglophones, mais ils sont moins portés à boire tous les jours et à consommer 15 boissons alcoolisées ou plus par semaine. Deuxièmement, pour les francophones, l'âge est une variable explicative puissante. Ainsi, certains groupes d'âge sont à risque plus élevé; en prenant le groupe des 45 à 64 ans comme groupe de référence, on note que ceux de moins de 25 ans sont 2,5 fois plus susceptibles que ceux du groupe d'âge de référence de conduire en état d'ébriété et de connaître des problèmes liés à l'alcool; les personnes de 55 à 65 ans risquent 2 à 5 fois plus de boire excessivement, de conduire en état d'ébriété et d'éprouver des difficultés liées à la consommation d'alcool; enfin, les plus âgés, soit ceux de 65 ans et plus, risquent 4 fois

plus d'éprouver des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool. Il est intéressant de noter que ces différences n'apparaissent pas chez les anglophones.

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. Le même lien existe à l'échelle nationale ³². La prévalence du tabagisme est plus forte chez les consommateurs d'alcool (35 %) que chez les personnes qui n'ont jamais bu (10 %).

8.2.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

Il va sans dire que le risque de problèmes associés à l'alcool est directement lié à la quantité d'alcool absorbée. Aux fins de ce rapport, les analyses se limitent aux catégories suivantes : l'abstinence, les consommateurs d'alcool à faible risque, les personnes qui prennent 15 consommations ou plus par semaine, les personnes qui font un usage abusif périodique de l'alcool et les personnes qui ne boivent pas d'alcool avant de prendre le volant.

A. Abstinence

Parmi les résidents de l'Ontario, les francophones affichent le pourcentage le plus faible d'**abstinents** (22%), suivis des anglophones (24 %) et des allophones (37%). On note des différences significatives entre les allophones et les deux autres groupes linguistiques.

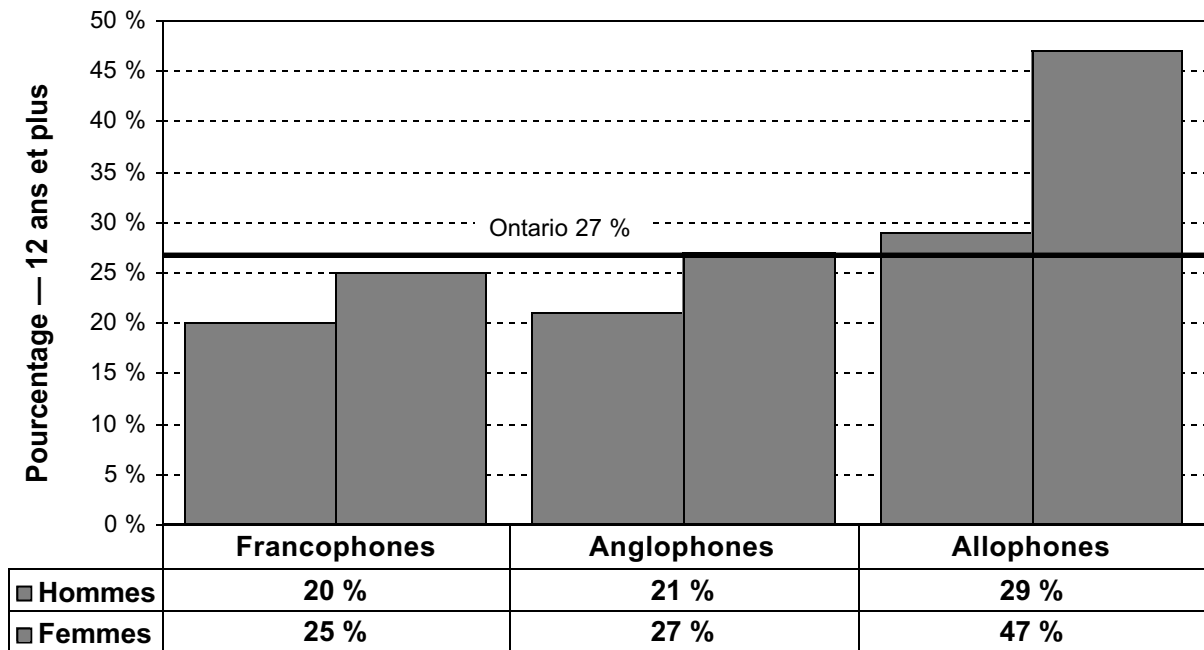
Le pourcentage d'abstinents augmente considérablement selon les catégories d'âge à partir du groupe des 20 à 44 ans, et ce tant chez les francophones que chez les anglophones; chez les allophones, la proportion d'abstinents est très stable d'une catégorie d'âge à l'autre.

Des différences encore plus frappantes apparaissent entre les femmes et les hommes appartenant aux trois groupes linguistiques. Les hommes francophones affichent le taux d'abstinence le plus faible; les femmes allophones, le taux le plus fort. En général, les femmes pratiquent plus l'abstinence que les hommes (figure 8.6).

Terminologie

Abstinents : proportion de la population de 12 ans et plus qui n'a pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédant l'ESO 1996/97

Figure 8.6 — Population qui s’est abstenue de consommer de l’alcool, selon le sexe et le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

B. Consommation d’alcool à faible risque

Tout comme l’ensemble de la population ontarienne, la plupart des francophones qui consomment de l’alcool le font de façon modérée (95 %). Quoiqu’il n’existe aucune différence significative entre les francophones (95 %) et les anglophones (93 %) à faible risque, on note cependant une plus forte proportion d’allophones (96 %) que d’anglophones parmi les **consommateurs d’alcool à faible risque**.

En général, alors qu’une plus grande proportion d’Ontariennes que d’Ontariens sont des consommateurs d’alcool à faible risque, cet écart n’est pas évident entre les hommes et les femmes francophones. Cependant, une proportion plus élevée des femmes francophones, anglophones et allophones que d’hommes anglophones se révèlent des consommatrices d’alcool à faible risque (figure 8.7).

Il existe une faible tendance à la hausse, selon l’âge, quant à la proportion de buveurs d’alcool à faible risque, et cela chez les francophones et les anglophones, mais non chez les allophones. Parmi toutes les catégories d’âge de tous les groupes linguistiques, les personnes de 20 à 44 ans représentent la proportion la plus faible de consommateurs d’alcool à faible risque (figure 8.8).

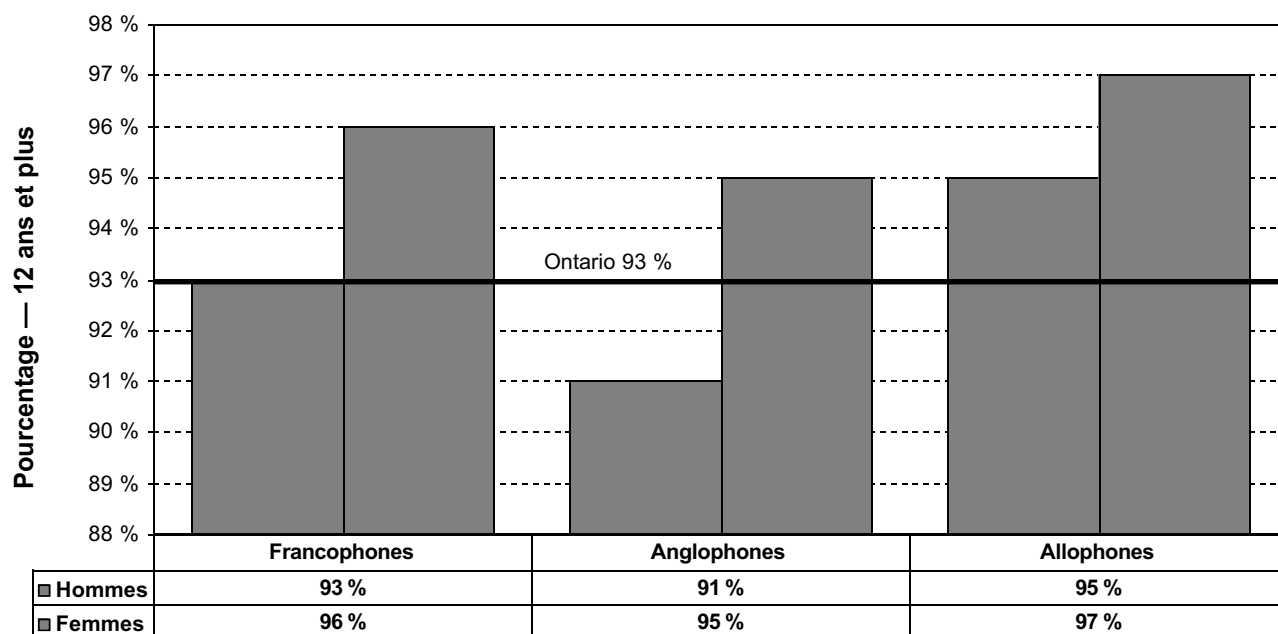
On remarque qu’en règle générale, un lien inverse existe entre le revenu actuel en Ontario et le taux de consommation d’alcool à faible risque; autrement dit, plus le revenu est élevé, plus la proportion de consommateurs d’alcool à faible risque est faible. On note des différences importantes entre les groupes à revenu élevé (92 %) et à faible revenu (95 %). Cependant, dans les trois groupes linguistiques, aucune différence significative n’a été notée ni entre les niveaux de revenu et la

Terminologie

Consommateurs d’alcool à faible risque : les hommes dont la consommation d’alcool se limite à 14 **consommations** ou moins par semaine et les femmes dont la consommation se limite à 9 ou moins par semaine. Sont exclues de cette variable les femmes enceintes et les personnes qui pratiquent l’abstinence. 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 on ne prend en considération que la limite hebdomadaire selon le sexe, il est impossible d’établir une comparaison avec la question de l’ESO 1990.

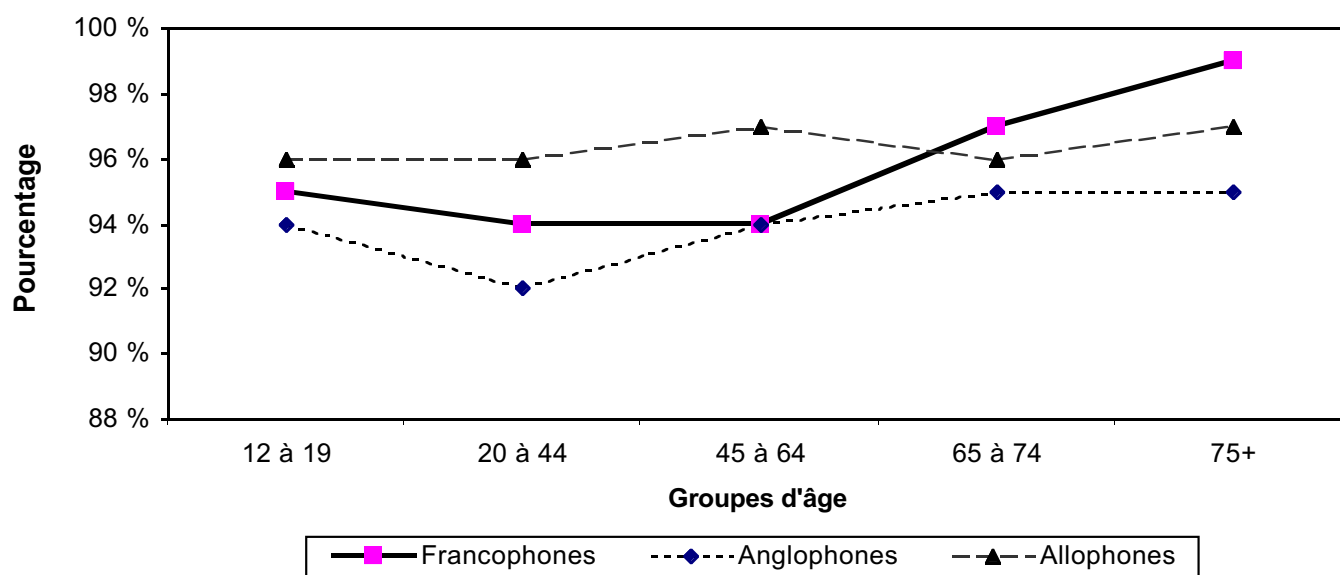
Consommation : soit une bouteille ou une cannette de bière, un verre de draft, un verre de vin, un verre ou cocktail contenant 1,5 onces d’alcool pur

Figure 8.7 — Proportion de consommateurs d'alcool à faible risque, selon le sexe et le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Figure 8.8 — Proportion de consommateurs d'alcool à faible risque, selon le groupe linguistique et l'âge



Source : ESO 96/97

consommation à faible risque, ni entre la scolarité et la consommation à faible risque.

C. Consommation excessive d'alcool

La variable « quinze consommations ou plus » a été retenue parmi les indicateurs, parce qu'elle pouvait se comparer à une des variables utilisées dans l'ESO 1990. Selon l'ESO 1996/97, peu de buveurs francophones actuels déclarent **boire à l'excès**.

D'après DeWit et Bénéteau, une différence significative entre les francophones et les anglophones a été relevée lors de la dernière enquête, alors qu'on notait que moins de francophones que d'anglophones consomment à l'excès. Dans la présente enquête, la même tendance a été notée, mais la différence entre les deux groupes linguistiques n'est pas significative (francophones (6 %); anglophones (8 %)). Cependant, la proportion des allophones (5 %) se révèle nettement inférieure à celle des anglophones.

D. Consommation excessive périodique d'alcool

On remarque qu'un pourcentage plus faible de buveurs francophones que de buveurs anglophones consomment

de façon excessive au moins une fois par mois. Ici encore, les allophones ont un taux nettement plus faible que les francophones et les anglophones (figure 8.9).

On peut aussi constater une proportion nettement plus élevée d'hommes francophones (14 %) que de femmes francophones (4 %) qui font périodiquement une consommation excessive de boissons alcoolisées.

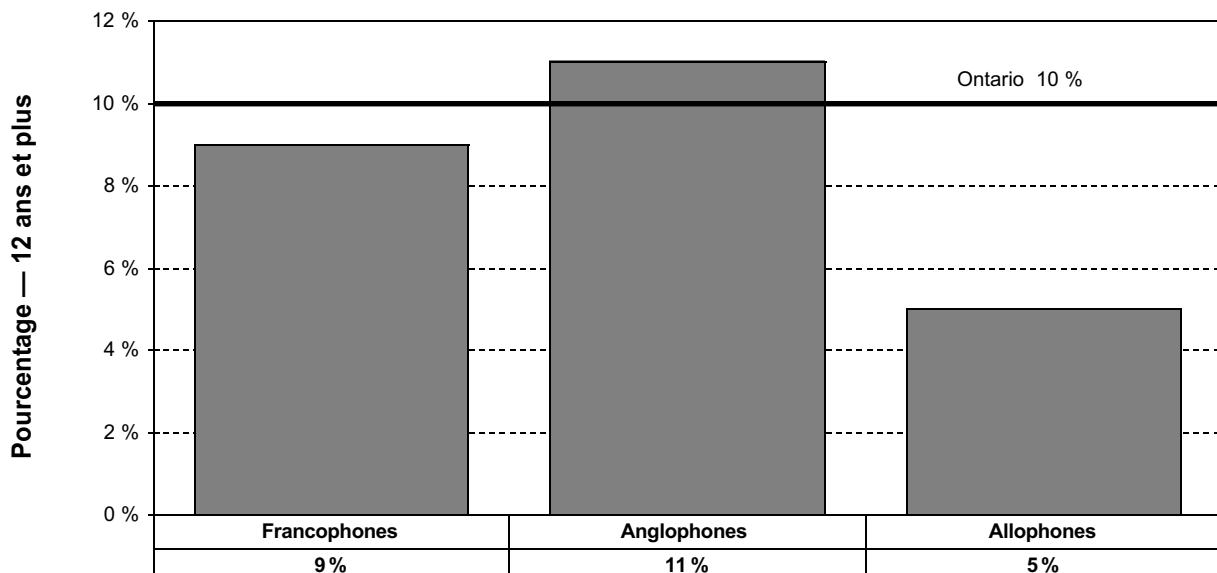
E. Abstinence avant de prendre le volant

Parmi les francophones de 16 ans et plus, 94 % affirment n'avoir jamais conduit de voiture après avoir pris de l'alcool. On retrouve un résultat semblable chez les anglophones (93 %), alors que celui des allophones est relativement plus élevé (97 %).

Une proportion nettement plus élevée de femmes (97 %) que d'hommes (90 %) francophones ne boivent pas d'alcool avant de prendre le volant. La situation est la même chez les anglophones. Par contre, l'écart se révèle très faible entre les hommes et les femmes allophones (femmes, 99 %; hommes, 96 %) (annexe C).

On ne note aucune différence significative entre les catégories d'âge chez les francophones. Il est toutefois important de remarquer que chez les francophones,

Figure 8.9 — Proportion de buveurs actuels ayant abusé périodiquement l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Terminologie

Consommation excessive périodique d'alcool : consommation périodique de quantités excessives d'alcool, soit cinq consommations ou plus à une même occasion. Elle se limite aux buveurs actuels de 12 ans ou plus.

Boire à l'excès : personnes qui prenaient quinze consommations ou plus durant la semaine précédant l'Enquête 1996/97.

comme pour la population générale de l'Ontario, le pourcentage des 20 à 44 ans qui ne consomment pas d'alcool avant de conduire est plus bas que celui de toutes les autres catégories d'âge (92 %) (figure 8.10).

À l'échelle provinciale, le groupe à faible revenu indique une proportion plus élevée de personnes qui ne boivent pas d'alcool avant de prendre le volant (96 %) que les groupes à revenu moyen ou élevé (93 %). Par contre, chez les francophones, aucune différence significative entre les catégories de revenu ou de scolarité par rapport à cette variable n'a été décelée.

F. Comparaisons régionales

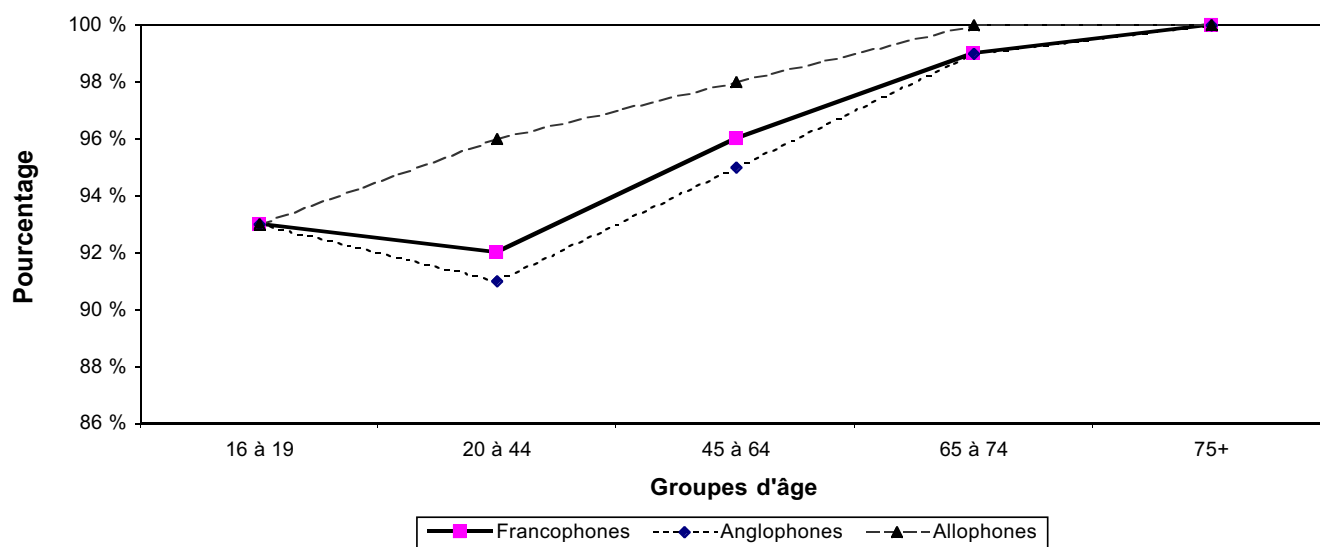
La proportion de francophones de la région Nord qui consomment cinq (5) boissons alcoolisées ou plus à

une même occasion (13 %) se révèle nettement plus élevée que celle des francophones de l'Est (8 %) et du Sud (7%). C'est aussi dans le Nord qu'on retrouve une proportion plus élevée de personnes non francophones (12 %) qui font un abus périodique d'alcool, comparativement à l'Est (10 %) et au Sud (10 %).

Pour ce qui est des consommateurs d'alcool à faible risque qui ont un revenu faible, les régions affichent des résultats similaires, et aucune différence significative n'a été détectée entre les francophones des trois régions (Sud 93 %, Est 96 %, Nord 93 %).

Le pourcentage de francophones abstinents de l'Est (20 %) est plus bas que celui des francophones abstinents du Nord-Est (26 %).

Figure 8.10 — Proportion de conducteurs n'ayant pas bu de boissons alcoolisées avant de prendre de volant, selon le groupe linguistique et l'âge



Source : ESO 96/97

En bref...

- Peu de différences existent 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 sont des buveurs excessifs. Les allophones ont le taux le moins élevé en ce qui a trait à la consommation excessive.
- Les francophones ont des habitudes de consommation d'alcool différentes des autres groupes linguistiques. Comparativement aux anglophones, ils ont moins tendance à boire à l'excès, mais ils sont moins portés à s'abstenir de boire.
- Le taux d'abstinence le plus faible se retrouve chez les hommes francophones.
- Même si, à l'échelle de la province, plus de femmes que d'hommes se révèlent consommateurs d'alcool à faible risque, on ne note pas de différences significatives entre les hommes et les femmes francophones.

En bref (suite)

- Chez les francophones, il n'existe aucune différence significative entre les catégories de revenu ou de scolarité par rapport au pourcentage de personnes qui ne consomment pas d'alcool avant de prendre le volant.

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- les conducteurs de 20 à 44 ans sont le groupe le moins susceptible de toute la province de conduire un véhicule sans avoir pris d'alcool;
- le pourcentage d'abstinents augmente considérablement selon les catégories d'âge à partir du groupe des 20 à 44 ans;
- une plus grande proportion de femmes que d'hommes pratiquent l'abstinence;
- une proportion moins élevée de femmes que d'hommes font un abus périodique d'alcool.

Parmi les différentes régions,

- C'est dans le Nord que l'on retrouve une proportion plus élevée de francophones qui consomment périodiquement une quantité excessive de boissons alcoolisées;
- Le pourcentage d'abstinents est nettement plus bas chez les francophones de l'Est que chez ceux du Nord-Est.

8.2.3 Études régionales

Une étude menée auprès d'adolescentes enceintes du Nord-Est³³ n'a relevé aucune différence notable entre les adolescentes francophones et anglophones en matière de consommation d'alcool. Avant de constater qu'elles étaient enceintes, les adolescentes des deux groupes affichaient un taux de consommation d'alcool très élevé, soit plus de 90 %. Toutes ont modifié sensiblement leurs habitudes dès qu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes; en effet, moins de 10 % d'entre elles ont continué à consommer de l'alcool.

8.2.4 Réalités des francophones

Notons d'abord qu'en Ontario, l'âge légal pour la consommation d'alcool est 19 ans. Cependant, un pourcentage important de jeunes ontariens de 12 à 19 ans affirment consommer de l'alcool. En Ontario, 7 % des adolescents de 16 à 19 ans et plus admettent conduire après avoir pris de l'alcool. Cette statistique inquiétante mérite une attention spéciale. Malheureusement, des données au sujet des jeunes francophones ne sont pas disponibles.

Bien qu'il existe peu de différences entre les francophones et les anglophones quant à leur taux de consommation d'alcool, certaines études provinciales antérieures suggèrent que les facteurs de prédiction sont différents; par conséquent les groupes à risque diffèrent également. Des sous-groupes d'âge et de sexe, à l'intérieur de la population francophone, devraient être ciblés pour des programmes de prévention et de traitement³⁴.

DeWit, Bénéteau, Vuksanovic et Newton-Taylor³⁵ ont effectué une étude qualitative sur la promotion de la santé et la prévention de la toxicomanie auprès des résidents francophones (12 ans et plus) de deux communautés ontariennes — une dans l'Est et l'autre dans le Nord-Est. Ils ont examiné les perceptions des francophones sur la gravité et les caractéristiques de l'usage de l'alcool et d'autres drogues ainsi que les obstacles qui entravent, selon eux, l'accès aux services. Les répondants ont affirmé que l'accès aux services est difficile, voire impossible, en invoquant les obstacles suivants : le manque de renseignements, la honte et la gêne, la distance, le transport et la carence de services en français.

L'analyse de la consommation d'alcool chez les francophones donne un profil intéressant. On s'attend à un taux plus élevé chez les francophones puisqu'au plan national, le taux le plus élevé de consommation se retrouve au Québec³⁶. De plus, on sait qu'il existe un lien entre l'usage du tabac et de l'alcool; or, les francophones fument plus que les autres groupes. Tout cela semble se confirmer, car les résultats démontrant que le taux d'abstinence le plus faible se retrouve chez les francophones. Toutefois, les francophones ont moins tendance que leurs homologues anglophones à boire à l'excès. De plus, les deux groupes linguistiques n'affichent aucune différence quant à la proportion de buveurs à faible risque (la majorité des buveurs). Ces données, et les facteurs de risque propres à chaque culture identifiés par DeWit, suggèrent fortement un besoin de développer des stratégies adaptées à la culture francophone.

8.3 Poids-santé et activité physique

Santé Canada recommande non seulement l'adoption d'habitudes alimentaires saines, mais aussi l'activité physique régulière pour le maintien du poids-santé³⁷. Les analyses qui suivent s'appuient sur les catégories de l'**Indice de la masse corporelle (IMC)** établies par un groupe d'experts à qui Santé Canada a confié l'étude des normes du poids-santé³⁸.

Les auteurs du présent rapport ne font aucune distinction entre les termes « embonpoint » et « obésité »; l'obésité est définie d'abord selon l'IMC, puis par ses conséquences potentielles.

Une série de sondages nationaux réalisés en 1986 et en 1992 a permis de constater que la prévalence de l'obésité chez la population canadienne adulte a peu changé au cours des deux dernières décennies³⁹. Ces études ont révélé que 35 % des hommes et 27 % des femmes étaient considérés obèses ou comme faisant de l'embonpoint. Ces chiffres suggèrent que la population canadienne court des risques importants de maladies chroniques.

Les spécialistes cherchent encore à préciser le lien entre l'obésité et l'état de santé⁴⁰. À ce jour, la plupart des études n'ont pas considéré les effets potentiels des régimes amaigrissants ni les différences de la répartition du gras dans le corps (gras viscéral).

Bien que les risques posés par l'obésité varient substantiellement d'une personne à l'autre, on recommande généralement aux gens de perdre du poids dans le but de prévenir certains problèmes médicaux ou d'améliorer leur état de santé général⁴¹. Comme le font remarquer Douketis et coll., « l'obésité est liée à l'apparition de plusieurs maladies, notamment l'hypertension, le diabète, l'hyperlipidémie, les maladies coronariennes, l'apnée obstructive et les cancers du sein, de l'utérus, de la prostate et du colon. L'obésité est aussi associée à des problèmes d'ordre psychologique, comme la dépression, l'anorexie et la boulimie. De plus, l'obésité à elle seule constitue un facteur important dans la hausse du taux de mortalité »⁴².

Des habitudes alimentaires malsaines et l'embonpoint imposent donc des coûts substantiels au régime de santé provincial. En 1997, le coût total de l'obésité au Canada était estimé à plus de 1,8 milliards de dollars⁴³.

L'obésité et la perte de poids s'entrecroisent fréquemment. Le problème est paradoxal, particulièrement pour les femmes et les filles. D'une part, une proportion croissante de personnes sont obèses; d'autre part, un bon nombre de femmes et de jeunes filles qui n'ont pas besoin de perdre du poids pour des raisons de santé en perdent quand même, sous l'influence, notamment, du stéréotype socioculturel de la minceur. Ces pressions sociales sont si fortes qu'un grand nombre d'entre elles pensent que « minceur » est synonyme de « bonne santé ». Une récente étude a démontré que bien des femmes (32 %), particulièrement les femmes jeunes ou d'âge moyen, ont tendance à considérer leur poids supérieur au poids souhaitable et à tenter de perdre du poids même si le leur se situe dans les limites acceptables⁴⁴.

Si le rapport entre le poids et l'IMC est déjà un bon indicateur de l'état de santé, il reste que la bonne santé est généralement reconnue comme un état qui englobe aussi les aspects mental, social, émotif et spirituel de l'être humain. L'obésité est le résultat d'une combinaison complexe et particulière des facteurs génétiques, des comportements et des styles de vie⁴⁵.

Un des comportements étroitement liés à la nutrition et à la bonne santé est l'activité physique. Comme le fait remarquer le Guide d'activité physique canadien, le style de vie moderne mené par la grande majorité des gens nuit à leur santé⁴⁶. En plus d'avoir une alimentation inadéquate, les gens sont plus sédentaires. Les bienfaits de l'activité physique régulière sont bien documentés^{47,48}. Parmi ces bienfaits, on note : une meilleure santé, un bon conditionnement physique et un meilleur contrôle de son poids, une meilleure posture et un équilibre du corps, des muscles et des os plus forts, plus d'énergie, plus de relaxation, moins de stress ainsi qu'une période d'autonomie qui se prolonge durant les dernières années de la vie⁴⁹. Les recherches indiquent que les Canadiens ignorent encore que l'inactivité physique représente un

Terminologie

Indice de la masse corporelle (IMC) : la mesure utilisée pour évaluer le poids des Canadiens en bonne santé, de 20 à 64 ans (à l'exclusion des femmes enceintes). On obtient l'IMC en divisant le poids en kg par la taille en m² (kg/m²). L'IMC est interprété comme suit : < 20 = poids insuffisant; 20 à 25 = poids acceptable; 25,1 à 27 = poids un peu excédentaire; > 27 = embonpoint.

facteur important de risques de mort prématurée, de maladies chroniques et d'invalidité, bref, un ensemble de risques aussi sérieux que ceux du tabac. Les deux tiers des Canadiens sont inactifs, ce qui représente une menace sérieuse pour leur propre santé et un fardeau additionnel imposé au système public de soins de santé ⁵⁰.

8.3.1 Études provinciales antérieures

Alors, où se situe la population franco-ontarienne en termes de poids-santé et d'activité physique? Les résultats de l'ESO 1990 nous ont procuré des renseignements détaillés relatifs à cette question. Le fait que la plus récente enquête provinciale sur la santé (1996-1997) comportait un nombre limité de questions sur l'alimentation accentue davantage l'importance des points saillants de l'ESO 1990.

S'appuyant sur les données de l'ESO 1990, la Table féministe a tracé le profil suivant de la population francophone en termes d'habitudes alimentaires et d'activité physique ^{51,52} :

Poids-santé

- On note que 31 % de la population franco-ontarienne fait de l'embonpoint, tandis que 14 % affiche un poids insuffisant. Cela signifie donc que 45 % des francophones n'atteignent pas leur poids-santé. Cette situation ressemble à celle des anglophones.
- Les problèmes d'obésité sont plus fréquents chez les hommes francophones de 55 à 64 ans que chez ceux des autres groupes d'âge.
- Dix pour cent (10 %) des femmes francophones de 20 à 34 ans ont un poids insuffisant.

Alimentation

- Seulement 9 % de la population francophone consomme moins de 30 % de matières grasses, comparativement à 12 % des anglophones.
- Les femmes consomment moins de matières grasses que les hommes. En effet, l'alimentation de 46 % des femmes et de 67 % des hommes francophones est composée de plus de 38 % de matières grasses.
- Les femmes francophones de 45 à 64 ans consomment moins de matières grasses (39 %) que les hommes francophones (73 %) et les femmes anglophones (46%).
- Ce sont les hommes francophones de 45 à 64 ans qui consomment le plus de gras. Près de 3 hommes sur 4 (73 %) absorbent plus de 38 % de matières

grasses, comparativement à 61 % des hommes anglophones du même groupe d'âge.

- Chez les aînés, 54 % des francophones et 43 % des anglophones consomment plus de 38 % de matières grasses.
- Seulement 16 % de toute la population francophone consomme des glucides (fruits, légumes et aliments à grains entiers), conformément aux recommandations de Santé Canada. Les anglophones ont plus tendance que les francophones à suivre ces recommandations (19 % et 16 % respectivement). Les femmes francophones en consomment plus (20 %) que les hommes francophones (11 %).

Activité physique

- Peu de différences en termes d'activité physique ont été relevées entre les francophones et les anglophones.
- L'activité physique diminue avec l'âge. Les aînés francophones font moins d'exercices que les anglophones (38 % et 45 % respectivement).
- Les hommes francophones font de l'exercice plus régulièrement que les femmes francophones.

8.3.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Indice de masse corporelle (IMC)

Tel que le présente le tableau 8.1, le poids de moins de la moitié des francophones se situe dans la catégorie « acceptable ». La différence entre les francophones, les anglophones et les allophones n'est pas significative.

Il est important de souligner que près d'un tiers des Franco-Ontariens de 20 à 64 ans font de l'embonpoint; presque un sur cinq déclare un léger excédent de poids. La différence entre la proportion de francophones et d'anglophones faisant de l'embonpoint n'est pas significative, contrairement à la différence entre les francophones et les allophones.

Le pourcentage d'hommes francophones faisant de l'embonpoint est nettement plus élevé que celui des femmes francophones (figure 8.11). De plus, la proportion d'hommes et de femmes obèses augmente avec l'âge. Le pourcentage de francophones de 45 à 64 ans faisant de l'embonpoint (40 %) dépasse celui des francophones de 20 à 44 ans (25 %). Les mêmes constatations s'appliquent aux deux autres groupes linguistiques.

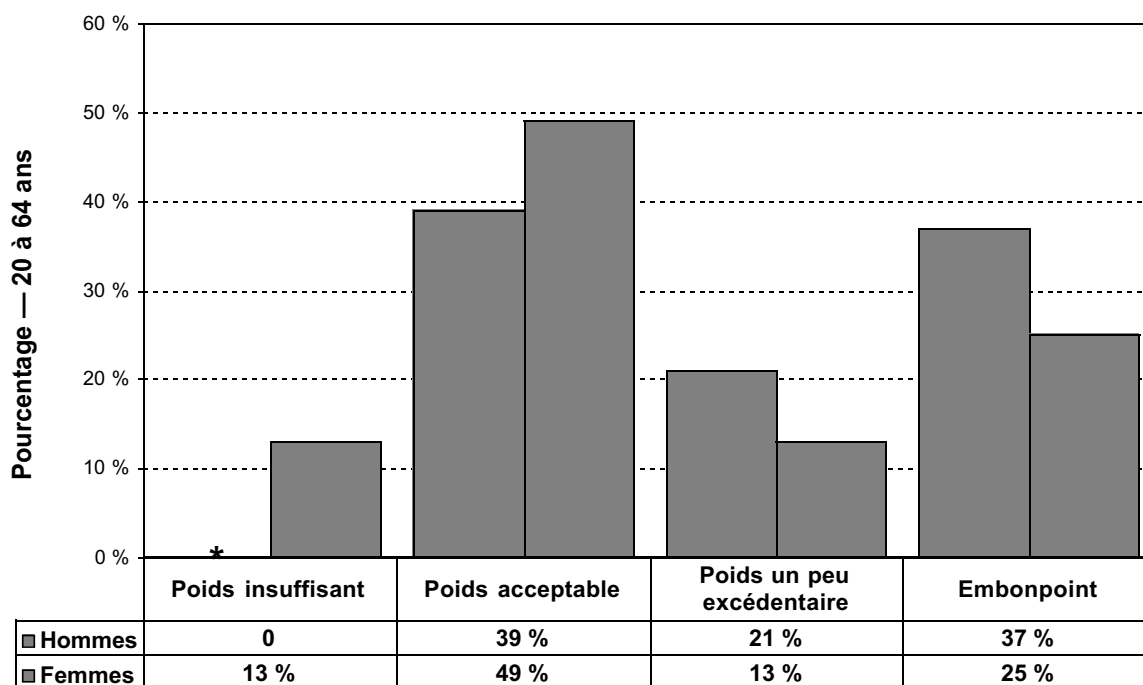
Tableau 8.1 — Indice de masse corporelle chez les francophones, les anglophones et les allophones de 20 à 64 ans en Ontario*

Indice de masse corporelle	Francophones	Anglophones	Allophones
< 20 Poids insuffisant	8 % (6,2 - 9,6)	8 % (7,8 - 8,8)	10 % (9,3 - 11,3)
20 à 25 Poids acceptable	44 % (41,2 - 47,6)	46 % (44,8 - 46,6)	47 % (45,6 - 49,2)
25,1 à 27 Poids un peu excédentaire	17 % (14,5 - 9,3)	17 % (16,7 - 17,9)	16 % (15,0 - 17,4)
> 27 Embonpoint	31 % (28,0 - 33,6)	28 % (27,5 - 29,3)	26 % (24,5 - 27,5)
Source : ESO 1996/97			
* à l'exclusion des femmes enceintes			
Nota : () Représente les intervalles de confiance à 95 %			

Contrairement à l'opinion générale actuelle, le niveau du revenu n'a aucune incidence significative sur la proportion de francophones faisant de l'obésité (revenu faible, 29 %; revenu moyen ou élevé, 31 %). On note la même situation chez les non-francophones.

En ce qui a trait à l'éducation, il existe un lien entre l'obésité et le niveau de scolarité à l'échelle de la

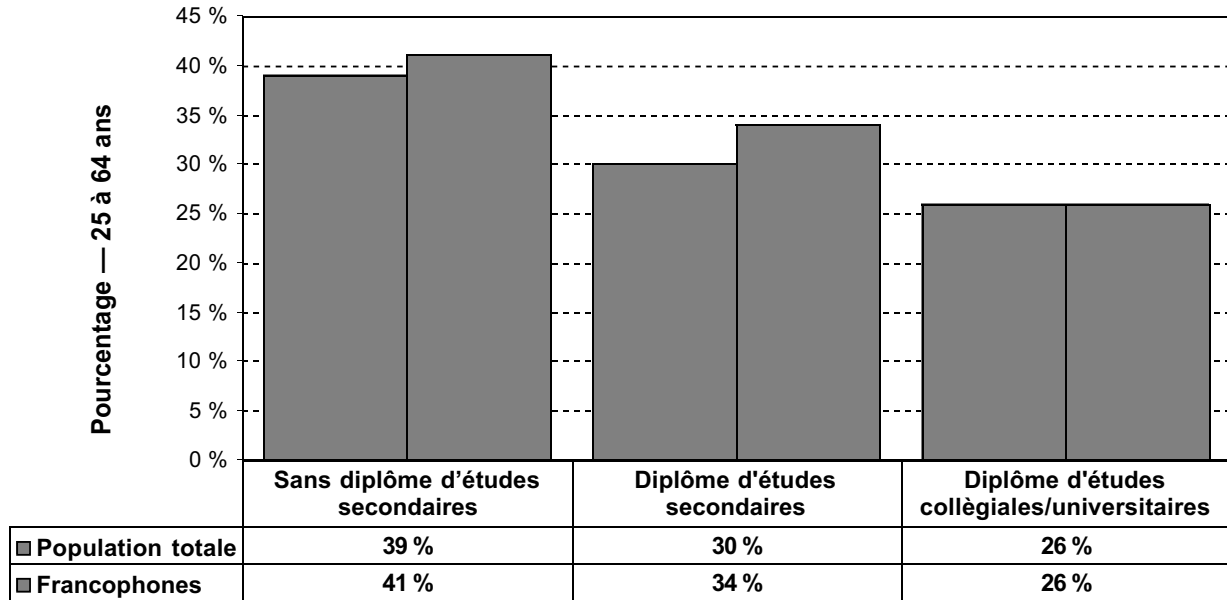
province. Les Ontariens n'ayant pas terminé leurs études secondaires accusent un plus haut taux d'obésité que ceux qui détiennent un diplôme d'études secondaires. Ce taux est encore plus bas chez les personnes qui ont une formation universitaire ou collégiale. Cette même situation est encore plus marquée chez les francophones (figure 8.12).

Figure 8.11 — Comparaison des catégories de poids chez les francophones, selon le sexe


* nombre insuffisant à rapporter

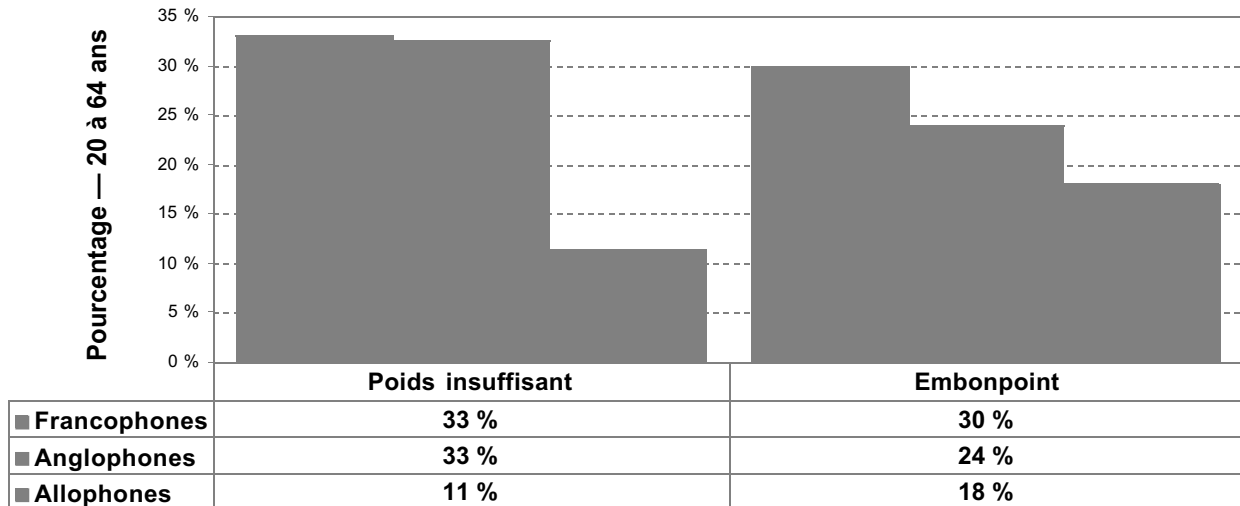
Source : ESO 96/97

Figure 8.12 — Embonpoint, selon le niveau de scolarité — francophones et population totale de l'Ontario



Source : ESO 96/97

Figure 8.13 — Proportion de fumeurs quotidiens, selon le groupe linguistique et la catégorie de poids



Source : ESO 96/97

Il n'existe aucune différence significative entre les francophones (7,9 %) et les anglophones (8,3 %) en matière de poids insuffisant; par contre, les statistiques provinciales révèlent un écart important entre les personnes à faible revenu (15 %) et les personnes à revenu moyen ou élevé (8 %). En raison du petit nombre de répondants dans cette catégorie, il est impossible d'examiner ce phénomène chez les francophones.

B. IMC et tabagisme

Quoique faible, le rapport entre l'usage du tabac et l'IMC est tout de même significatif. En Ontario, 27 % des personnes ayant un poids inférieur à la normale font un usage quotidien du tabac; parmi celles faisant de l'embonpoint, 23 % fument quotidiennement. Cette situation est particulièrement prononcée chez les anglophones, où l'écart est de 9 % entre les deux groupes (figure 8.13). On note le même rapport chez les francophones.

C. Activité physique

Aux fins de ce rapport, les auteures ont étudié deux variables de l'ESO 1996/97 pour mesurer l'activité physique. La première, « activité physique régulière », se limite à la fréquence de l'activité, tandis que la deuxième, « Index d'activité physique », mesure la fréquence et l'intensité de l'activité.

Chez les francophones, 64 % affirment qu'ils font de **l'activité physique régulière**. Ce pourcentage ne diffère pas de celui de la province (61 %) ni de celui des anglophones (63 %). Toutefois, 54 % des allophones font moins d'activité régulière que les deux autres groupes linguistiques.

On ne constate aucune différence entre les hommes et les femmes, tant à l'échelle provinciale qu'entre les groupes linguistiques.

Comme c'est le cas pour les deux autres groupes, la proportion de francophones qui font régulièrement de l'activité physique diminue avec l'âge (annexe D). Les francophones de 12 à 19 ans se révèlent plus « actifs » que les autres groupes d'âge. Dans les groupes d'âge plus avancé, bien que la différence ne soit pas significative, on constate une réduction importante entre le groupe des 20 à 44 ans et celui des 45 à 64 ans.

Dans l'ensemble de l'Ontario, moins de personnes à faible revenu (57 %) que celles à revenu moyen et élevé (63 %) affirment faire régulièrement de l'activité physique. Chez les francophones, on observe la même tendance : (60 %) de ceux ayant un faible revenu et (65 %) de ceux ayant un revenu moyen et élevé révèlent faire régulièrement de l'activité physique.

Comme c'est le cas pour l'ensemble de la population de l'Ontario, il existe un rapport significatif et direct

entre le niveau de scolarité et la proportion de francophones qui affirment faire de l'activité physique régulièrement (annexe E). Cette observation peut être attribuable au facteur d'âge par rapport aux niveaux de scolarité.

Selon l'**Index d'activité physique**, seulement 21 % des résidents de l'Ontario sont « actifs ». Un pourcentage plus élevé de francophones (24 %) que de non-francophones (20 %) entrent dans cette catégorie. Toutefois, lorsqu'on subdivise le groupe de non-francophones en anglophones et allophones, l'écart entre les francophones et les anglophones n'est plus significatif, quoique les francophones demeurent plus actifs que les allophones (figure 8.14).

Une plus grande proportion d'hommes francophones sont « actifs » (28 %), comparativement aux femmes francophones (21 %). On note la même différence chez les anglophones et les allophones.

Tel qu'on l'a mentionné plus haut, le pourcentage de gens « actifs » diminue avec l'âge, et ce autant chez les francophones que chez les autres groupes linguistiques (figure 8.15). Ce sont les jeunes francophones de 12 à 19 ans qui sont les plus « actifs », tandis que ceux de 65 ans et plus sont les moins actifs.

Comme c'est généralement le cas en Ontario, aucun lien n'a été relevé entre le revenu des francophones et le niveau d'activité physique. Il existe toutefois un rapport significatif et direct entre le niveau de scolarité et l'activité autant chez les Ontariens que chez les francophones : 24 % des diplômés collégiaux et universitaires franco-ontariens sont « actifs », comparativement à 16 % de ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.

Terminologie

Activité physique régulière : activité qui dure plus de 15 minutes et qu'une personne pratique 12 fois ou plus chaque mois. Cette variable se limite à la fréquence des activités.

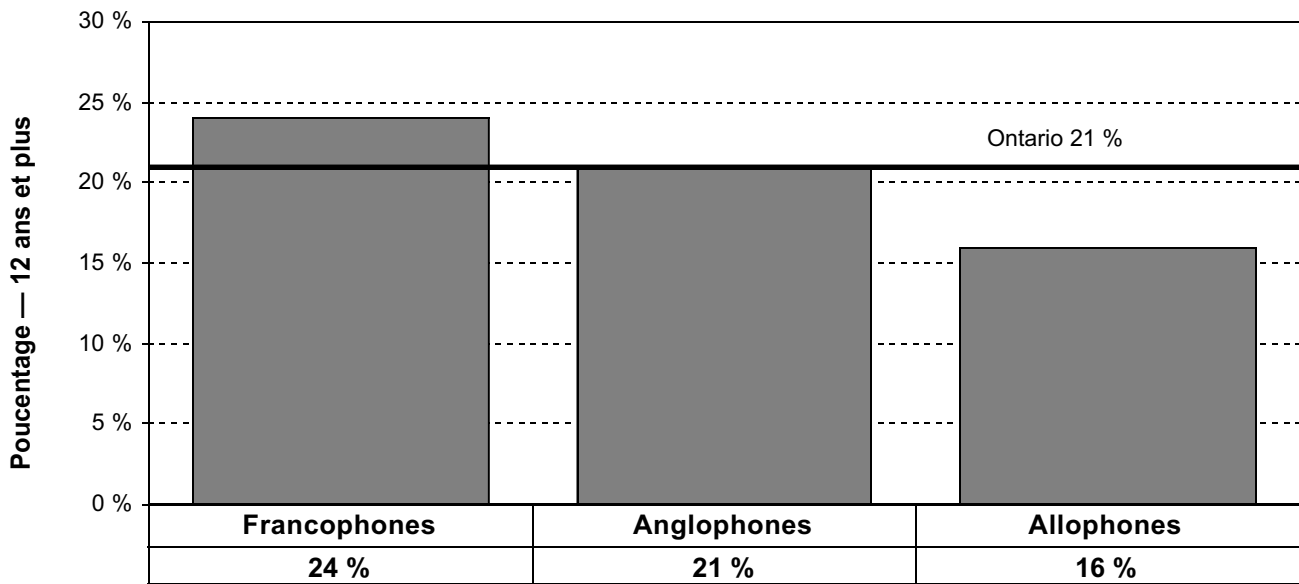
Index d'activité physique : l'Index de l'activité physique (IAP) est un index relativement complexe qui estime la dépense d'énergie des participants durant leurs activités de loisirs. L'IAP est calculé à partir de la fréquence et de la durée de chaque séance d'activité physique et tient aussi compte du facteur DEM (dépense d'énergie métabolique). L'Index mesure l'intensité et la fréquence de l'activité physique. Les facteurs suivants ont été utilisés pour catégoriser les participants; ils sont les mêmes que ceux de l'ESO et du sondage Campbell Survey Well-Being :

Actifs : Les gens qui dépensent en moyenne 3,0+ kcal/kg/jour. Ce niveau correspond en gros à la quantité d'exercice nécessaire pour influencer sur la santé cardiovasculaire.

Modérément actifs : Les gens qui dépensent en moyenne 1,5-2,9 kcal/kg/jour. Ces personnes peuvent tirer certains bienfaits au niveau de la santé, mais leur santé cardiovasculaire est peu influencée.

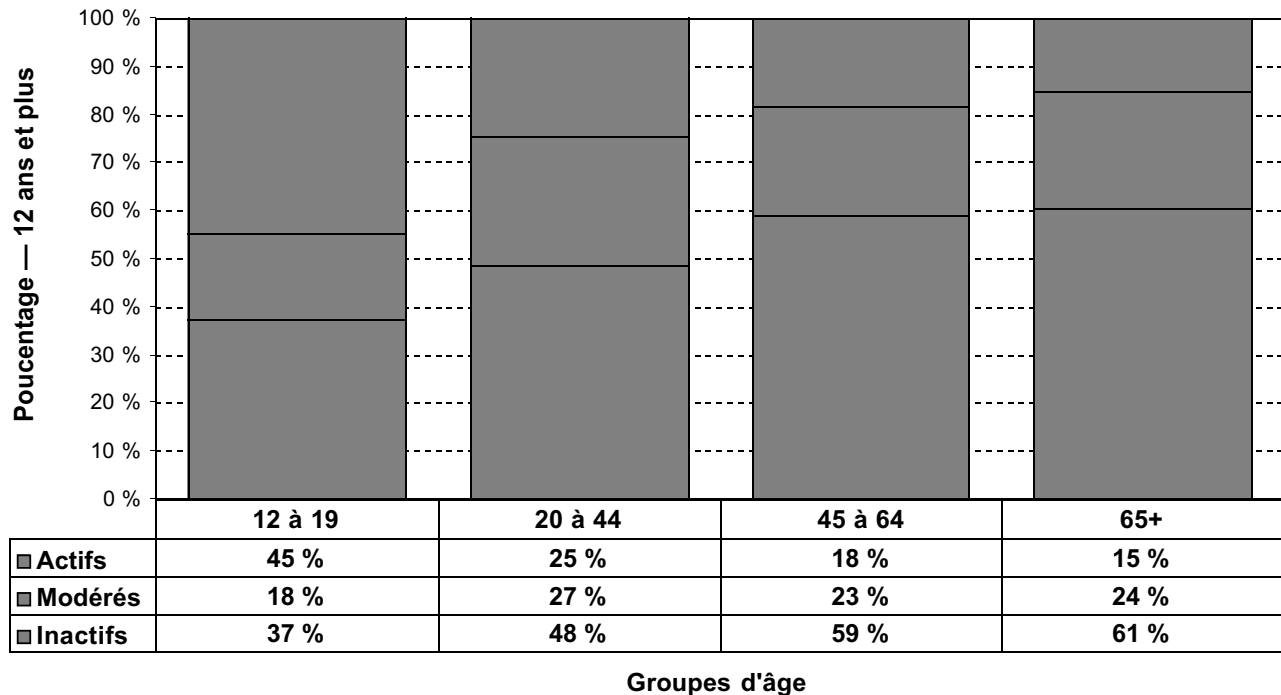
Inactifs : Les gens qui dépensent moins de 1,5 kcal/kg/jour.

Figure 8.14 — Catégorie « actifs », Index d'activité physique, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Figure 8.15 — Index d'activité physique, selon l'âge — francophones



Source : ESO 96/97

D. Indice de masse corporelle et Index d'activité physique

On reproche souvent aux personnes faisant de l'embonpoint d'être inactives. Contrairement à ce que l'on semble croire, l'écart entre les personnes inactives qui font de l'embonpoint et celles qui ont un poids acceptable n'est pas significatif, et ce tant à l'échelle de la province que chez les francophones. En effet, 57 % des francophones qui font de l'embonpoint sont inactifs, comme le sont 49 % de ceux qui ont un poids acceptable. Donc, près de la moitié des francophones qui ont un poids acceptable sont inactifs. Cette situation s'explique, en partie, par le fait que le poids-santé est fonction de l'interaction entre l'alimentation et l'activité physique et d'une gamme d'autres facteurs, tels que la prédisposition génétique et le stade du développement de la personne.

Seulement 20 % de la population ontarienne dit avoir à la fois un poids « acceptable » et mener une vie

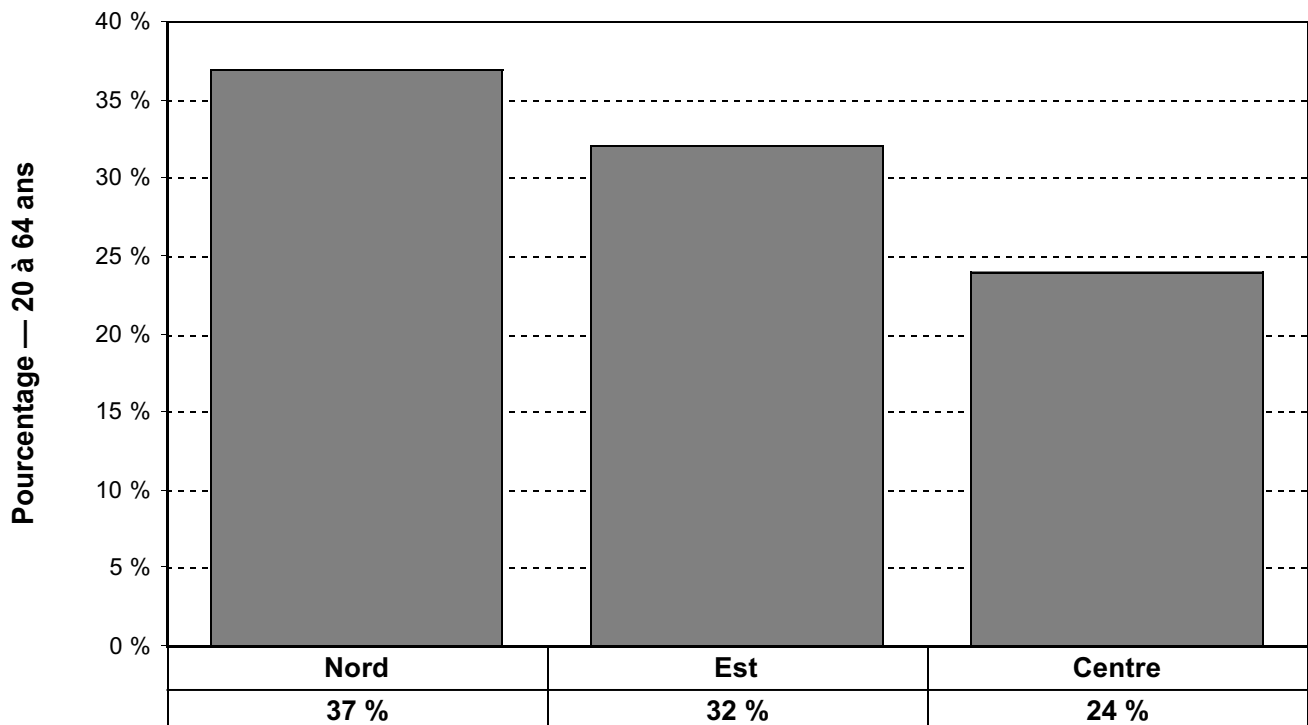
« active ». Le pourcentage des francophones (25 %) ne se distingue pas de celui de la province ou des anglophones (21 %). Par contre, celui des allophones (16 %) diffère nettement.

E. Comparaisons régionales

Un plus fort pourcentage de francophones du Sud (52 %) ont un poids « acceptable » que ceux du Nord (38 %). Inversement, on note une plus grande proportion de francophones qui font de l'embonpoint dans le Nord que dans le Sud (figure 8.16).

Les non-francophones de ces deux régions démontrent les mêmes différences. En ce qui concerne les personnes dont le poids est inférieur à la normale, on n'a noté aucune différence entre les francophones des différentes régions. Chez les non-francophones, il existe toutefois une différence entre ceux du Nord (5 %) et ceux de l'Est (8 %).

Figure 8.16 — Population francophone faisant de l'embonpoint, selon la région



Source : ESO 96/97

En bref...

- Moins de la moitié des francophones ont un poids « acceptable »; ce taux ne diffère pas de celui des autres groupes linguistiques.
- Près du tiers des Franco-Ontariens de 20 à 64 ans font de l'embonpoint.
- Les francophones sont plus portés à faire de l'embonpoint que les allophones.
- Chez les Franco-Ontariens, presque deux tiers affirment faire de l'activité physique de façon régulière.
- Seulement 24 % des Franco-Ontariens sont « actifs », d'après l'Index d'activité physique. Ce niveau d'activité est plus élevé chez les francophones que chez les non-francophones.

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- parmi les gens qui font de l'embonpoint (plus d'hommes que de femmes), on retrouve une plus grande proportion du groupe des 45 à 64 ans que des 20 à 44 ans;
- un plus fort pourcentage d'hommes que de femmes francophones sont « actifs »;
- l'activité physique diminue avec l'âge;
- les personnes plus scolarisées sont aussi plus actives.

Parmi les différentes régions,

- les francophones du Sud sont plus susceptibles d'avoir un poids « acceptable » que ceux du Nord; inversement, les francophones du Nord sont plus portés à faire de l'embonpoint que ceux du Sud.

8.3.3 Études régionales

Selon un sondage auprès de 307 francophones des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry sur les moyens que prennent les gens pour rester en santé⁵³, une plus forte proportion de francophones de 35 à 44 ans (26%) admettent ne « rien faire » pour améliorer leur santé, tandis que ceux du groupe d'âge de 55 à 64 ans sont plus susceptibles de « faire quelque chose ». Un pourcentage élevé de francophones (47 %) ont déclaré avoir fait de l'activité physique au cours de l'année précédant le sondage, et 22 % ont affirmé avoir amélioré leurs habitudes alimentaires.

En effet, toujours selon ce sondage, 16 % des répondants avouent suivre un régime alimentaire, dont 17 % des femmes et 14 % des hommes. De plus, un nombre important de répondants (48 %) affirment faire de l'activité physique pendant au moins 20 minutes, trois fois par semaine, en plus de leur travail et de leurs occupations quotidiennes. Si l'on ajoute l'activité physique au travail, ce pourcentage atteint 64 %.

Les auteurs du sondage cherchaient aussi à déterminer

les facteurs qu'invoquent les francophones de la région pour justifier leur difficulté à s'alimenter sainement. Ils en ont soulevé trois principaux : le manque de temps (20 %), le manque de motivation (16 %) et le manque d'argent (6 %).

Selon Nadeau, Beaulieu et Associé.e.s, 50 % des francophones de la région d'Ottawa-Carleton prennent le temps de s'occuper de leur santé, 57 % suivent les conseils du Guide alimentaire canadien et 58 % font de l'exercice au moins deux fois par semaine⁵⁴.

Une étude menée auprès d'adolescentes enceintes du Nord-Est n'a relevé aucune différence significative entre les francophones et les anglophones en matière d'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse. Comparativement aux adolescentes francophones, les non-francophones ont tendance à prendre moins de poids que le taux recommandé pendant la grossesse⁵⁵.

Une étude menée auprès de 213 mineurs du Nord a examiné leurs habitudes alimentaires en ce qui a trait à leur consommation de matières grasses. Aucune différence n'a été remarquée entre les francophones et les non-francophones⁵⁶.

Terminologie

Adolescents sexuellement actifs : proportion des jeunes de 15 à 19 ans qui ont déjà eu des relations sexuelles.

8.3.4 Réalités des francophones



Bien que les francophones sont plus portés à faire de l'embonpoint que les allophones, le taux des francophones est semblable à celui des anglophones. Il reste que près d'un tiers des francophones fait de l'embonpoint — un taux inquiétant. Étant donné que la population est vieillissante, ce taux risque d'augmenter. *Les lignes directrices en santé publique* visent l'objectif suivant : « ralentir la diminution de la proportion des adultes de 20 à 64 ans qui ont un poids idéal (IMC de 20 à 27) d'ici l'an 2000 »⁵⁷. Voilà tout un défi pour les intervenants en santé!

Les réalités sociodémographiques, psychosociales et culturelles surgissent toujours au cours des discussions sur l'alimentation et l'activité physique. Cette constatation renforce le besoin de tenir compte de ces réalités lorsqu'il s'agit de promouvoir et d'appuyer la notion de « maintenir un poids-santé » et « d'être en forme ».

L'alimentation n'est qu'un des aspects des traditions ethnoculturelles et, pourtant, c'est probablement un des facteurs les plus persistants. Nos plats préférés, nos modes de préparation, nos façons de les servir et de les manger, voilà autant de « choix » alimentaires qui sont fortement marqués par nos origines culturelles⁵⁸.

Il est essentiel de souligner que l'embonpoint n'est qu'un des risques reliés à l'inactivité physique. En effet, on note d'autres conséquences, telles que l'ostéoporose, l'hypertension artérielle et la dépression⁵⁹. Compte tenu des répercussions positives de l'activité physique sur la santé physique et mentale, il faut mettre l'accent sur les nombreux bienfaits qu'elle offre pour le maintien d'une bonne santé.

Le rôle des parents et de la famille dans son ensemble par rapport à l'activité physique ne doit pas être sous-estimé. Béland constate que « l'activité physique passe par les activités en famille et que le fait que les gens soient actifs ou non dépend de leurs intérêts et de leur horaire familial »⁶⁰. On sait que l'intégration de l'enfant dans la société, ou sa socialisation, se fait à partir du noyau familial et grâce au modèle et au soutien offerts par les parents. Lorsque le parent participe à des activités physiques avec son enfant, ce dernier acquiert une perception de ses compétences et une attitude positive envers l'activité physique^{61,62}.

En général, les francophones sont plus actifs que les Ontariens. Malheureusement, même chez les francophones, plus de trois quarts sont considérés inactifs.

Il est aussi important de noter les différences importantes entre les sexes et les groupes d'âges par rapport à ces comportements. La population francophone n'offre pas de profil uniforme. Pour répondre aux besoins particuliers de tous les sous-groupes, des services et des programmes sur mesure s'imposent.

8.4 Santé sexuelle

La promotion d'une sexualité saine vise à sensibiliser et à informer la population en matière de responsabilité personnelle et d'autonomie fonctionnelle⁶³. L'examen des données en matière de risques liés aux maladies transmissibles sexuellement (MTS) incite une remise en question de l'efficacité des messages et des modes d'intervention actuels⁶⁴. Par exemple, en dépit des nombreuses campagnes de promotion, l'utilisation du condom n'est pas encore largement répandue. L'ESO 1990 indique que la majorité des personnes qui ont eu entre deux et quatre partenaires sexuels (72 %), ou cinq partenaires et plus (63 %) au cours des douze mois précédents ont rarement utilisé des condoms, et parfois même jamais⁶⁵.

Les conséquences de ce comportement de santé sont importantes tant au plan physique, qu'aux niveaux émotif, social et économique. Les grossesses non voulues et les MTS entraînent toutes deux des douleurs émotives et de l'angoisse; de plus, les MTS augmentent les risques d'infertilité, de grossesses extra-utérines, de douleurs menstruelles et de douleurs pelviennes chroniques⁶⁶.

Logiquement, le risque de MTS s'accroît avec la fréquence des relations sexuelles non protégées et le nombre de partenaires. Il va sans dire que l'âge au moment des premières relations sexuelles entre aussi en ligne de compte. Selon l'ESO 1990, 45 % des jeunes hommes et 33 % des jeunes femmes du groupe des 16 à 19 ans ont affirmé avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de l'année précédant l'Enquête⁶⁷.

Il est cependant primordial de reconnaître que, dans les enquêtes, les questions de nature délicate, comme celles relatives à la sexualité, n'entraînent pas toujours des réponses précises et nécessaires pour tracer une image fiable de la réalité. Comme le signalent Newcomer et Udry, et tel que cités par Thomas, DiCenso et Griffith (1998), les réponses sont souvent exagérées ou sous-déclarées⁶⁸. Donc, certaines différences rapportées au niveau de la sexualité pourraient être attribuables au nombre de données manquantes et non à des différences

objectives. Par exemple, en ce qui trait au taux d'activité sexuelle chez les adolescents, dans l'ESO 1996/97, la proportion des données « manquantes » comprenant les choix : « ne sait pas, refuse de répondre, sans réponse », est plus élevée chez les allophones (17 %) que chez les anglophones (11 %) et chez les francophones (3 %). Il est donc important de tenir compte de ces limites en examinant les résultats présentés dans ce chapitre.

8.4.1 Études provinciales antérieures

Selon le rapport de la Table féministe, lui-même basé sur l'ESO 1990, les adolescents francophones de 16 à 19 ans sont plus actifs sexuellement que leurs congénères anglophones. En effet, 61 % des jeunes femmes francophones (comparativement à 45 % des jeunes femmes anglophones) indiquent avoir été actives sexuellement au cours des douze mois précédant l'Enquête. La situation est semblable pour les jeunes hommes, avec 59 % des francophones et 49 % des anglophones ⁶⁹ se déclarant actifs sexuellement.

8.4.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Initiation à l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans

En Ontario, près de la moitié des personnes de 15 à 44 ans qui sont sexuellement actives affirment avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 18 ans (46 %). Ce pourcentage se situe à 51 % pour les

francophones; ce qui est presque identique aux anglophones (50 %), mais nettement supérieur aux allophones (28 %).

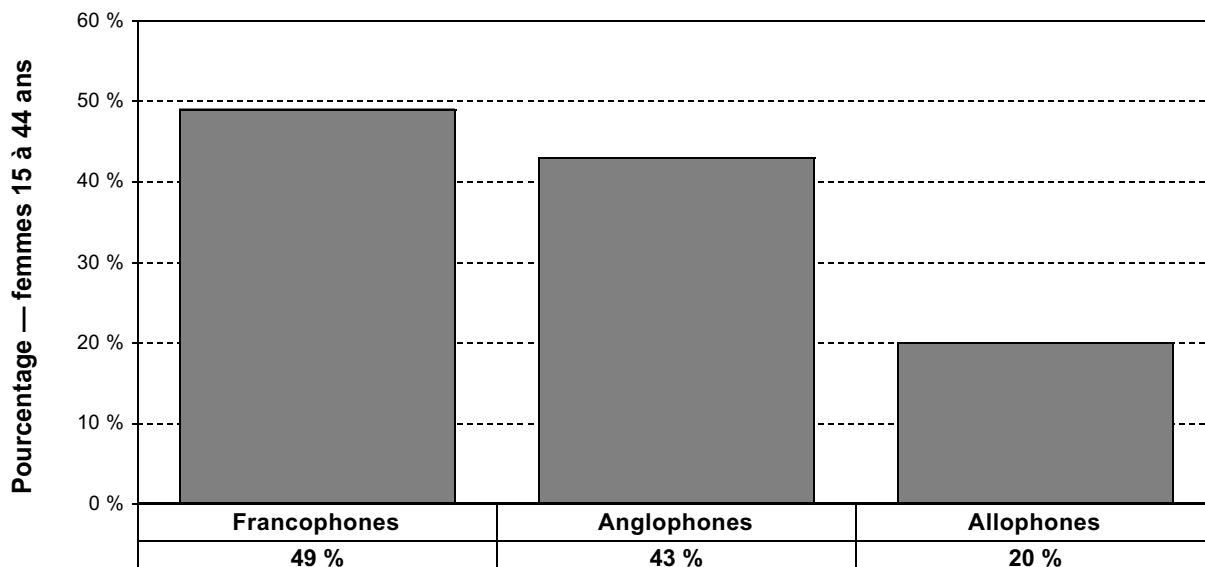
À l'échelle de la province, la proportion de femmes ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 18 ans (40 %) est plus faible que celles des hommes (52 %). Une tendance semblable se retrouve chez les francophones, (femmes, 49 %; hommes, 53 %). Cependant, il y a une différence entre les femmes francophones (49 %) et les femmes non-francophones (39 %). Si on subdivise davantage le groupe des non-francophones, on constate que l'écart n'est plus significatif entre les femmes francophones et les femmes anglophones, mais qu'il l'est par rapport aux femmes allophones (figure 8.17).

Toujours à l'échelle provinciale, la proportion des répondants qui affirment avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 18 ans est plus élevée chez les personnes à faible revenu (52 %) que chez les personnes à revenu moyen et élevé (45 %). Cette tendance se retrouve aussi chez les francophones (revenu faible, 58 %; revenu moyen et élevé, 51 %).

B. Taux d'activité sexuelle chez les adolescents

Plus du tiers (36 %) des jeunes de 15 à 19 ans en Ontario déclarent avoir eu des relations sexuelles. Chez les adolescents francophones, ce pourcentage s'élève à 52 %, et chez les non-francophones, il se situe à 35 %.

Figure 8.17 — Début de l'activité sexuelle avant l'âge de 18 ans chez les femmes, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Lorsqu'on subdivise le groupe des non-francophones, on constate que la proportion d'**adolescents** francophones **sexuellement actifs** est nettement différente de celle des anglophones et des allophones (figure 8.18).

En Ontario, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les pourcentages d'adolescentes et d'adolescents actifs sexuellement, ni à l'échelle de la province, ni chez les francophones.

De plus, aucune relation au niveau provincial n'a été relevée entre le taux d'activité sexuelle chez les jeunes et le revenu.

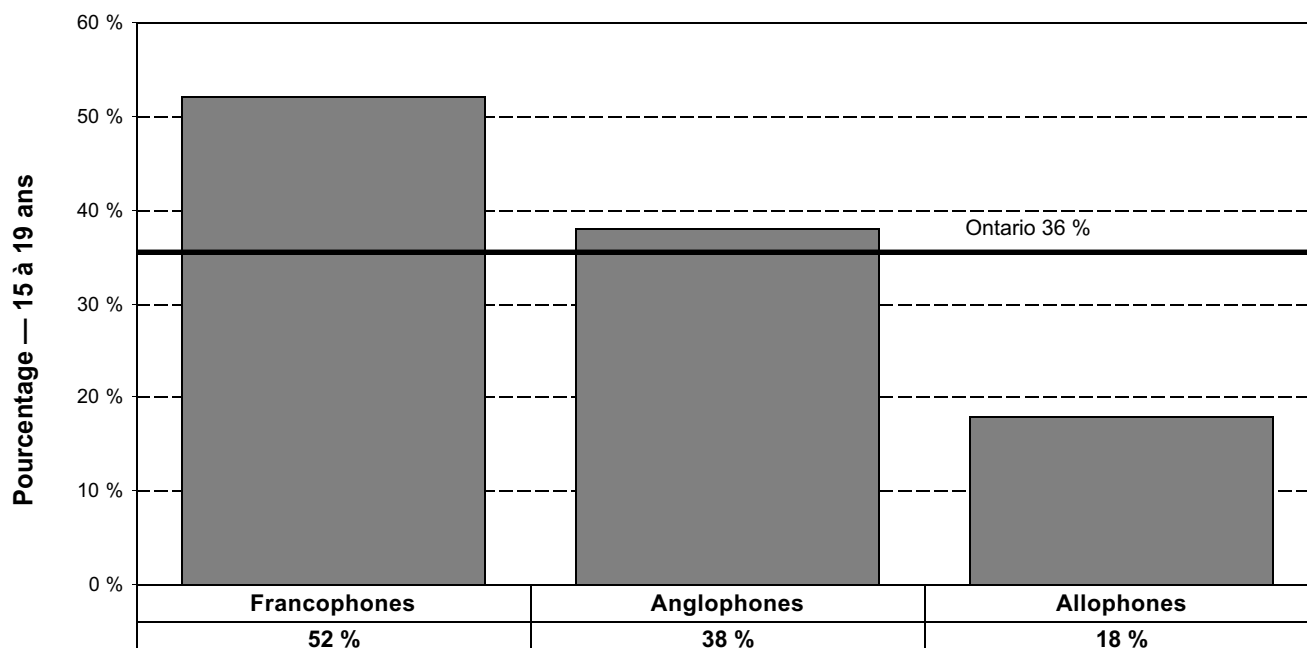
C. Utilisation des condoms

Environ 10 % de toutes les personnes de 15 à 44 ans en Ontario sont **exposées à des risques de maladies transmises sexuellement (MTS)**. Ce pourcentage est le même chez les francophones.

Soixante et un pour cent (61 %) de la population ontarienne de 15 à 44 ans sexuellement active et exposée aux MTS affirme toujours utiliser un condom lors de rapports sexuels. Chez les francophones, seulement 51% déclarent toujours utiliser un condom. Malgré un taux moins élevé chez les francophones, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les francophones, les anglophones (61 %) ou les allophones (62 %).

À l'échelle provinciale, 72 % de ces mêmes personnes affirment **avoir utilisé un condom durant leur dernière relation sexuelle**. Chez les francophones, ce pourcentage se situe à 66 %. Comme pour la variable précédente, il n'y a pas de différence significative entre les francophones, les anglophones (72 %) et les allophones (72 %).

Figure 8.18 — Taux d'activité sexuelle chez les adolescents, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Terminologie

Personnes exposées à des risques de maladies transmises sexuellement (MTS) : les personnes sexuellement actives, de 15 à 44 ans, qui déclarent avoir eu, au cours de l'année, au moins une relation amoureuse ayant duré moins de 12 mois.

Avoir utilisé un condom durant leur dernière relation sexuelle : Proportion de personnes de 15 à 44 ans «exposées à des risques de maladies transmises sexuellement (MTS)» qui affirment avoir utilisé un condom durant leur plus récente relation sexuelle.

En Ontario, une proportion plus faible de femmes (53 %) que d'hommes (61 %) affirment toujours utiliser un condom durant les relations sexuelles. De même, un pourcentage moins élevé de femmes (63 %) que d'hommes (74 %) déclarent avoir utilisé un condom durant leur dernière relation sexuelle.

D. Comparaisons régionales

Dans le Nord, un pourcentage plus élevé de non-francophones déclarent avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 18 ans (57 %), comparativement au Sud (44 %) et à l'Est (49 %). La tendance est semblable chez les francophones (Nord, 57 %; Sud, 49 %; Est, 49 %).

En bref...

- En règle générale, 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.
- Les femmes francophones ont des relations sexuelles à un âge plus jeune que les femmes non francophones.
- Le taux d'activité sexuelle des adolescents francophones est plus élevé que celui des anglophones et des allophones.
- Il n'y a pas de différence significative entre les francophones et les autres groupes linguistiques en ce qui a trait à l'utilisation du condom.

Comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- les hommes francophones ont plus tendance que les femmes francophones à avoir des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans;
- les francophones à faible revenu sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans.

Parmi les différentes régions,

- les francophones du Nord ont tendance à avoir leur première relation sexuelle à un âge plus jeune que ceux du Sud et de l'Est.

8.4.3 Études régionales

En 1998, 30 % de tous les appels transmis à la Ligne d'Information SIDA/Sexualité de la région d'Ottawa-Carleton et de l'Outaouais provenaient de francophones. Ceci représente environ 3 000 appels de personnes à la recherche de renseignements sur la prévention des MTS et du HIV et sur divers autres sujets liés à une sexualité saine ⁷⁰.

8.4.4 Réalités des francophones



Le respect de soi et d'autrui, l'autoresponsabilité et l'affirmation de soi sont les fondements d'une sexualité saine, tant au niveau des relations que des comportements. Que ce soit chez la femme ou chez l'homme, ces concepts influencent de façon inestimable tout effort visant à susciter un comportement positif à l'égard de l'utilisation du condom, de l'âge d'initiation à l'activité sexuelle, du nombre de partenaires, etc.

Une récente étude offre des perspectives intéressantes qui pourraient inspirer les prestataires de services aux francophones. S'inspirant d'une étude longitudinale effectuée dans un grand centre urbain du sud de l'Ontario (à prédominance anglaise), les auteurs H. Thomas, A. DiCenso et L. Griffith (1998) ont cerné deux facteurs de prédiction d'absence de relations sexuelles chez les garçons de 14 ans et moins : tout d'abord un bon fonctionnement familial, ensuite la présence de deux parents au foyer. Chez les adolescentes, ces facteurs de prédiction sont : le niveau d'éducation maternelle, la présence de deux parents au foyer, un niveau de contrôle interne plus élevé et une langue, autre que l'anglais, parlée à la maison ⁷¹.

Pour l'ensemble de l'Ontario, les taux reliés à l'activité sexuelle chez les jeunes demeurent élevés, et ce malgré les nombreux programmes qui font la promotion d'une initiation tardive de l'activité sexuelle et d'une sexualité saine auprès des adolescents. Afin de maximiser l'efficacité des programmes en santé sexuelle, il faut des données plus précises au sujet de l'activité sexuelle de la population cible, de son utilisation du condom et des contraceptifs ⁷².

Ce besoin est encore plus marqué chez les Franco-Ontariens. Malgré des lacunes importantes en matière de données sur la santé sexuelle, on peut établir que le taux d'activité sexuelle chez les jeunes francophones est plus élevé que celui des anglophones et des allophones de la province. Le développement de programmes de santé sexuelle axés sur les jeunes francophones de la province s'avère donc important.

8.5 Allaitement maternel

L'allaitement maternel comporte de nombreux avantages nutritionnels, immunologiques, psychologiques et économiques⁷³. En plus d'être l'aliment le mieux adapté aux besoins des bébés, le lait maternel coûte beaucoup moins cher que les préparations pour nourrissons et constitue un premier pas vers la sécurité alimentaire de la famille.

Dans leur récent énoncé conjoint sur la nutrition infantile, la Société canadienne de pédiatrie, les diététistes du Canada et Santé Canada⁷⁴ affirment que l'allaitement maternel est recommandé pour tous les nourrissons, à quelques exceptions près. Dans le document *Les lignes directrices touchant les services et les programmes obligatoires en santé publique*, le ministère de la Santé de l'Ontario dresse un plan d'activité visant à promouvoir et à favoriser l'allaitement maternel. Le Ministère s'est donc fixé l'objectif suivant : que d'ici l'an 2010, 50 % des nourrissons soient nourris au sein jusqu'à l'âge de six mois⁷⁵.

8.5.1 Étude provinciale antérieure

Boudreau et Farmer⁷⁶ indiquent que, selon les données de l'ESO 1990, les femmes francophones sont moins portées à allaiter leur dernier enfant (33 %) que les femmes anglophones (49 %) et allophones (62 %). Il faut dire que la question posée à ce sujet différait de celle de l'ESO 1996/97, puisqu'elle cherchait à savoir si les mères « avaient » allaité et non si elles « avaient tenté » d'allaiter. Il est donc intéressant d'examiner les nouvelles informations révélées par l'ESO 1996/97.

8.5.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Initiation à l'allaitement maternel

L'ESO 1996/97 donne la **proportion de mères qui commencent à nourrir au sein**, même si ce n'est que pour une courte période. Cet indicateur fournit de l'information sur l'initiation à l'allaitement; toutefois, aucun autre indicateur dans cette étude fournit de l'information ni sur le taux de succès ni sur la durée de l'allaitement. Par conséquent, il est difficile de

déterminer dans quelle mesure le ministère de la Santé a atteint son but.

Selon l'ESO 1996/97, 80 % des mères en Ontario ont allaité ou ont tenté d'allaiter leur enfant. Ce pourcentage est plus faible chez les mères à faible revenu et chez celles ayant un niveau de scolarité moins élevé.

Quatre-vingt quatre pour cent (84 %) des mères francophones affirment avoir nourri au sein, comparativement à 83 % des mères anglophones et à 88% des allophones. Cette différence n'est pas significative. En raison du faible échantillon de femmes enceintes durant les deux années précédant le sondage, il est peu probable que des différences se manifestent.

En bref...

- En Ontario, les femmes moins scolarisées et celles à faible revenu sont moins portées à initier l'allaitement maternel.
- Les femmes francophones ont moins tendance à initier l'allaitement maternel.

8.5.3 Études régionales

Trois études nous offrent des perspectives régionales sur l'allaitement. La première (une étude menée dans la région de Sudbury, en 1994, auprès de 286 participantes dont 34 % de francophones) portait sur les facteurs qui influencent la durée de l'allaitement. Quarante pour cent (40 %) des mères participantes avaient allaité pour la période recommandée de six mois; ce taux est inférieur au but provincial de 50 %. Les résultats de l'étude suggèrent que les mères francophones ont tendance à nourrir au sein moins longtemps : 81 % d'entre elles ont affirmé allaiter leur nourrisson d'un mois, comparativement à 89 % des anglophones. Toutefois, la différence est moins évidente (36 % contre 42%) chez les mères de bébés de six mois.

Dans cette même étude, les antécédents d'allaitement étaient la seule variable significativement reliée à la

Terminologie

Proportion des mères qui commencent à nourrir au sein : proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des deux années précédant l'Enquête, soit de 1994 à 1996, qui ont indiqué qu'elles avaient nourri ou tenté de nourrir au sein.

durée de l'allaitement. En effet, moins de femmes francophones (19 %) que non francophones (37 %) qui allaitaient ont affirmé avoir été elles-mêmes nourries au sein comme enfant. Ce résultat suggère une croissance du taux d'allaitement chez les femmes francophones. Des études plus approfondies s'imposent.

Les résultats d'une deuxième étude (1998) menée, cette fois, auprès d'adolescentes enceintes de la région du Nord-Est⁷⁷, suggèrent que les différences entre les groupes linguistiques sont moins prononcées chez les mères plus jeunes. Cette étude ne relève en effet aucune différence entre les adolescentes francophones (72 %) et non francophones (73 %) en ce qui a trait au taux d'initiation de l'allaitement.

Enfin, une troisième étude, entreprise dans la région d'Ottawa-Carleton en 1996, montre que les mères franco-ontariennes (23 %) sont moins portées à allaiter leur bébé à leur retour à la maison que les mères non francophones (10 %). De plus, moins de mères francophones (23 %) allaitent encore leurs bébés de six mois, comparativement aux autres mères (41 %)⁷⁸.

8.5.4 Réalités des francophones



Le taux d'allaitement a connu de nombreuses fluctuations au fil des années, en raison notamment de la « mode » du moment et des croyances populaires. Compte tenu des résultats peu concluants des sondages à ce jour, il est nécessaire de mener des études plus approfondies afin de vérifier si les femmes francophones ont un taux inférieur d'allaitement. Les résultats actuellement accessibles suggèrent une telle tendance. De plus, il serait important de déterminer si le taux d'allaitement augmente réellement chez les francophones plus jeunes ou bien si les différences notées reflètent uniquement des tendances régionales.

L'étude de Sudbury⁷⁹ sur la durée de l'allaitement a exploré les approches utilisées par les mères francophones pour obtenir des renseignements sur l'allaitement. Voici certaines différences observées : les participantes francophones sont moins portées que les non-francophones à chercher des renseignements sur l'allaitement dans des émissions télévisées (30 % et 43 % respectivement) et dans les journaux (57 % et 69 % respectivement); les livres et les vidéos se révèlent, par contre, les deux sources d'information les plus souvent utilisées par les francophones; enfin, les participantes affirment subir des pressions les incitant à cesser de nourrir au sein, surtout de la part de leurs proches. Ces données offrent clairement des pistes à suivre en vue de recherches plus

poussées menant à des stratégies pour la promotion de l'allaitement.

Références

1. 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.
2. *Ibid.*
3. Santé Canada. (1996). *Décès au Canada attribuables au tabagisme*. [En direct]. Accessible: <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/archives/96-97/deathf.htm>
4. Schabas, R., & Ontario Ministry of Health. (1996). *Opportunities for health: Tobacco, sounding the alarm*. Toronto: Queen's Printer of Ontario.
5. Sommerfelt, K. (1998). Long-term outcome for non-handicapped low birth weight infants: Is the fog clearing? *European Journal of Pediatrics*, 157 (1), 1-3.
6. Santé Canada. (1999). *La fumée ambiante: Impossible de l'éviter*. [En direct]. Accessible: <http://www.hc.sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme/feuilles/ambiante.htm>.
7. Kaiserman, M. J. (1997). The cost of smoking in Canada, 1991. *Chronic Diseases in Canada*, 18 (1), 13-19.
8. Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa: Auteur.
9. Santé Canada et Price Waterhouse. (1996). *Le tabagisme chez les francophones: Évaluation préliminaire de besoins des francophones en matière de programmes de prévention et d'abandon du tabagisme au Canada*. Ottawa: ministère des Approvisionnement et Services Canada.
10. Santé Canada. (1999). *op. cit.*
11. Makomaski-Illing, E. M., & Kaiserman, M. J. (1995). Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991. *Canadian Journal of Public Health*, 86 (4), 257-265.
12. Boyle, M. H., Szatmari, P., Offord, D. R., & Merikangus, K. (1993). *Ontario Health Survey 1990: Substance use among adolescents and young adults: Prevalence, socio-demographic correlates, associated problems and familial aggregation*. Toronto : Queen's Printer of Ontario.
13. *Ibid.*
14. Santé Canada. (1996). *Consommation de tabac chez les femmes francophones du Canada*. Ottawa: ministère des Approvisionnement et Services Canada.
15. Santé Canada. (1996). *Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes: Rapport technique*. Ottawa: ministère des Approvisionnement et Services Canada.
16. Santé Canada et Statistique Canada. (février 1995). *Enquête sur le tabagisme au Canada: Quartier 3. Série de feuillets de renseignements*. Ottawa: ministère des Approvisionnement et Services Canada.
17. DeWit, D. J., & Bénéteau, B. (in press). Predictors of the prevalence of tobacco use among Francophones and Anglophones in the province of Ontario. *Health Education Research : Theory and Practice*.
19. 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*. Ottawa: La

- Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
20. Service de la santé d'Ottawa-Carleton. (1997). *Rapport sur l'état de santé des enfants et des familles: Écoutons les enfants, atteignons les buts*. Ottawa: Auteur.
 21. Ottawa-Carleton Health Department. (1997). *Early telephone intervention evaluation*. Ottawa: Author.
 22. *Ibid.*
 23. Santé Canada et DSTJ Consultation. (1996). *Étude sur les habitudes tabagiques et les besoins des francophones au Canada*. Ottawa: ministère des Approvisionnements et Services Canada.
 24. Santé Canada et Price Waterhouse. (1996). *op. cit.*
 25. Yang, M., & Skinner, H. (1998). *Dimensions of ethnicity as predictors of adolescent cigarette smoking*. (Working Paper Series No. 41). Toronto: Ontario Tobacco Research Unit.
 26. Santé Canada et Price Waterhouse Limited. (1996). *op. cit.*
 27. Létourneau, G., et Bujold, M. (1990). *Le tabagisme dans les groupes à risque: Les francophones du Québec*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
 28. 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, ON: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
 29. *Ibid.*
 30. Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M., et Lemire, D. (1997). *op. cit.*
 31. DeWit, D. J., Bénéteau, B., Alary, D., Davidson, B., Goulet, G., McCready, L., Narbonne-Fortin, C., et Roy, J. (1995). *op. cit.*
 32. Statistique Canada. (1995). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-95*. Ottawa: Auteur.
 33. Picard, L., Jacono, J., Pitblado, R., Sahai, V., Palangio, A., Shubat, D., Jacono, B., Peczeniuk, S., Vaillancourt, C., et Woods, C. (1998). *Les effets des croyances de santé des adolescentes enceintes sur leurs comportements et sur la santé de leur nouveau-né*. Sudbury, ON: Service de santé publique de Sudbury et du district.
 34. *Ibid.*
 35. DeWit, D. J., Bénéteau, B., Vuksanovic, V. et Newton-Taylor, B. (1996). *Profil des besoins des francophones de deux collectivités ontariennes en matière de services de promotion de la santé liés à l'alcool et aux autres drogues*. Windsor, ON: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
 36. Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa: Auteur.
 37. Health and Welfare Canada. (1990). *Nutrition recommendations: The report of the Scientific Review Committee*. Ottawa: Author.
 38. Health and Welfare Canada. (1988). *Promoting healthy weights: A discussion paper*. Ottawa: Author.
 39. Macdonald, S. M., Reeder, B. A., Chen, Y., & Després, J.-P. (1997). Obesity in Canada: A descriptive analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 157 (Suppl.1), S3-S9.
 40. Health and Welfare Canada. (1991). *Report of the Task Force on the Treatment of Obesity*. Ottawa: Author.
 41. *Ibid.*
 42. Douketis, J. D., Feightner, J. W., Attia, J., Feldman, W.F., & Canadian Task Force on Preventive Health Care. (1999). Periodic health examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity. *Canadian Medical Association Journal*, 160 (4), 513-525.
 43. Birmingham, C.L., Muller, J. L., Palepu, A., Spinelli, J. J., & Anis, A. H. (1999). The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 160 (4), 483-488.
 44. Green, K. L., Cameron, R., Polivy, J., Cooper, K., Liu, L., Leiter, L., & Heatherton, T. (1997). Weight dissatisfaction and weight loss attempts among Canadian adults. *Canadian Medical Association Journal*, 157 (Suppl.1), S17-S25.
 45. Health and Welfare Canada. (1991). *op. cit.*
 46. Santé Canada. (1998). *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*. Ottawa: Auteur.
 47. Schooler, C. (1995). *Physical activity intervention: Evidence and implications*. Palo Alto, CA: Stanford Center for Research in Disease Prevention.
 48. Health Canada & Canadian Society for Exercise Physiology. (1998). *Handbook for Canada's physical activity guide to healthy active living*. Ottawa: Health Canada.
 49. *Ibid.*
 50. *Ibid.*
 51. Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M., et Lemire, D. (1997). *op. cit.*
 52. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *L'Enquête sur la santé en Ontario 1990: Rapport sur les faits saillants*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
 53. Béland, N. (1996). *Étude des besoins en santé de la population francophone des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry*. Cornwall, ON: Centre de santé communautaire de l'Estrie.
 54. Service de la santé d'Ottawa-Carleton et Nadeau, Beaulieu et Associé.e.s. (1995). *Rejoindre les francophones: Faut l'faire!* Ottawa: Auteur.
 55. Picard, L., Jacono, J., Pitblado, R., Sahai, V., Palangio, A., Shubat, D., Jacono, B., Peczeniuk, S., Vaillancourt, C., et Woods, C. (1998). *op. cit.*
 56. Reinish, L.W., Shapiro, C. M., Heslegrave, R. J., Beyers, J., Picard, L., Horbul, B. A., Hall, G. W., Chung, S. A., Kayumov, L., & Flint, A. J. (1999). *The change from 8 to 10 hour shifts at an underground mine: Identifying the effects on sleep, performance, safety and social interactions, and implementing a workplace health promotion program*. (Proposal)
 57. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
 58. Barer-Stein, T. (1979). *You eat what you are: A study of ethnic food traditions*. Toronto: McClelland & Stewart.
 59. Santé Canada. (1998). *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*. Ottawa: Auteur.
 60. Béland, N. (1996). *op. cit.*
 61. Brustad, R. J. (1996). Attraction to physical activity in urban school children: Parental socialization and gender influences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 67 (3), 316-323.
 62. Moore, L. L., Lombardi, D. A., White M. J., Campbell, J. L., Oliveria, S. A., & Ellison, R. C. (1991). Influence of parents' physical activity levels on young children. *Journal of Pediatrics*. 119 (2), 215-219.
 63. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
 64. Andrew, C., Bouchard, L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M., et Lemire, D. (1997). *op. cit.*
 65. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *op. cit.*

66. *Ibid.*
67. *Ibid.*
68. Thomas, B. H., DiCenso, A., & Griffith, L. (1998). Adolescent sexual behaviour: Results from an Ontario sample: Part 1. Adolescent sexual activity. *Canadian Journal of Public Health*, 89 (2), 90-93.
69. Boudreau, F., et Farmer, D. (1997). *Projet santé et services sociaux en milieu francophone ontarien: Volet 1. Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: Les faits saillants revisités et comparés*. Toronto: Collège Universitaire de Glendon, Département de Sociologie.
70. Service de la santé de la région d'Ottawa-Carleton. (1998). *Rapport statistique de la Ligne d'Information SIDA/ Sexualité*. Ottawa: Auteur.
71. Thomas, B. H., DiCenso, A., & Griffith, L. (1998). Adolescent sexual behaviour: Results from an Ontario sample: Part 1. Adolescent sexual activity. *Canadian Journal of Public Health*, 89 (2), 90-93.
72. *Ibid.*
73. American Dietetic Association. (1997). Position of the American Dietetic Association: Promotion of breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (6), 662-668.
74. Société canadienne de Pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. (1998). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*. Ottawa: Ministre, travaux publics et services gouvernementaux Canada.
75. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
76. Boudreau, F., et Farmer, D. (1997). *Projet santé et services sociaux en milieu francophone ontarien: Volet 1. Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: Les faits saillants revisités et comparés*. Toronto: Collège Universitaire de Glendon, Département de Sociologie.
77. Picard, L., Jacono, J., Pitblado, R., Sahai, V., Palangio, A., Shubat, D., Jacono, B., Peczeniuk, S., Vaillancourt, C., et Woods, C. (1998). *op. cit.*
78. Ottawa-Carleton Health Department. (1996). *Infant Care Survey 1996*. Ottawa: Author.
79. Bourgoin, G., Lahaie, N., Rhéaume, B., Berger, M., Dovigi, C., Picard, L., & Sahai, V. (1995). *Factors influencing the duration of breastfeeding in the Regional Municipality of Sudbury: Study report*. Sudbury, ON: Sudbury & District Health Unit.

Chapitre 9

Conséquences des problèmes de santé

Ce chapitre décrit certaines conséquences des problèmes de santé : la consommation et l'utilisation de certains médicaments; le recours aux soins dentaires, les visites chez les omnipraticiens; l'utilisation des services d'urgence et l'obtention du vaccination antigrippale; le recours aux tests de dépistage du cancer. Le choix des variables a été déterminé d'après les variables disponibles dans l'ESO 1996/97 et les objectifs des *Lignes directrices des programmes et services en santé publique*.

9.1 Consommation de médicaments

La consommation excessive ou inappropriée de médicaments prescrits ou en vente libre pose des risques importants pour la santé. Selon la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, la consommation de tout médicament comporte un élément de risque. Ce risque est faible, si le produit est consommé tel que prescrit; toute autre utilisation pose toutefois des risques¹. Selon le ministère de la Santé, le grand public « ne semble pas mesurer la gravité des conséquences d'une dépendance excessive à l'égard des médicaments en vente libre ou livrés sur ordonnance »². Ce chapitre se sert des données accessibles pour tracer le profil des Franco-Ontariens en termes de liens entre la santé et l'utilisation des médicaments.

9.1.1 Études provinciales antérieures

Selon la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, 9 % des adultes en Ontario consomment des somnifères, le Nord accusant le pourcentage le plus élevé (12 %)³. Les personnes âgées consomment deux fois plus de somnifères et de tranquillisants que l'ensemble de la population. Pour sa part, le Centre canadien de lutte

contre l'alcoolisme et les toxicomanies a signalé une hausse du taux de consommation de médicaments prescrits entre 1993 et 1994⁴. Selon ce rapport, la consommation de certaines drogues (somnifères et tranquillisants, antidépresseurs, amphétamines et stimulants, analgésiques narcotiques) tend à diminuer à mesure qu'augmentent le niveau de scolarisation et le revenu.

Des études provinciales antérieures ont comparé les différences entre les groupes linguistiques relatives à la consommation de médicaments prescrits, mais leurs résultats ne sont pas concluants^{5,6}. Toutefois, d'après les analyses de l'ESO 1990, DeWit suggère que les francophones, quel que soit leur âge, sont plus susceptibles que les anglophones d'utiliser des tranquillisants et des somnifères⁷.

Un sondage provincial, mené en 1992, a révélé que neuf femmes francophones de 45 à 64 ans sur dix avaient consommé des médicaments au cours des six mois précédents⁸. Les médicaments utilisés le plus fréquemment étaient ceux contre le rhume ou la grippe, les analgésiques, les vitamines et les antibiotiques. De plus, une répondante sur dix disait consommer des tranquillisants, des sédatifs ou des somnifères à l'occasion.

9.1.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Consommation de médicaments

Il est impossible de comparer les données de l'ESO 1996/97 avec celles de l'ESO 1990, puisque les questions sur la consommation des médicaments n'étaient pas les mêmes. La section suivante présente donc l'analyse de deux variables de l'ESO 1996/97 : la première mesure l'**utilisation ou non de médicaments**, et la deuxième explore la **consommation de plusieurs médicaments**.

Terminologie

Utilisation ou non de médicaments : proportion de la population de 12 ans et plus ayant indiqué avoir pris des médicaments au cours du mois précédent l'enquête. La variable inclut les médicaments d'ordonnance et en vente libre.

Consommation de plusieurs médicaments : proportion des personnes qui ont déclaré avoir pris trois médicaments ou plus au cours des deux derniers jours.

Selon l'ESO 1996/97, 81 % des francophones ont affirmé avoir pris un médicament durant le mois précédant le sondage. Ce pourcentage est semblable au taux de consommation provincial (79 %) ainsi qu'à celui des anglophones (80 %). Il est toutefois plus élevé que celui des allophones (72 %) qui, eux, se distinguent des deux autres groupes linguistiques.

De même, il n'y a pas de différence entre le taux provincial (12 %), et celui des francophones (13 %) et celui des anglophones (12 %) par rapport à la consommation de trois médicaments ou plus durant les deux jours précédant l'Enquête. Par contre, le pourcentage d'allophones qui consomment plusieurs médicaments est moins élevé (10 %).

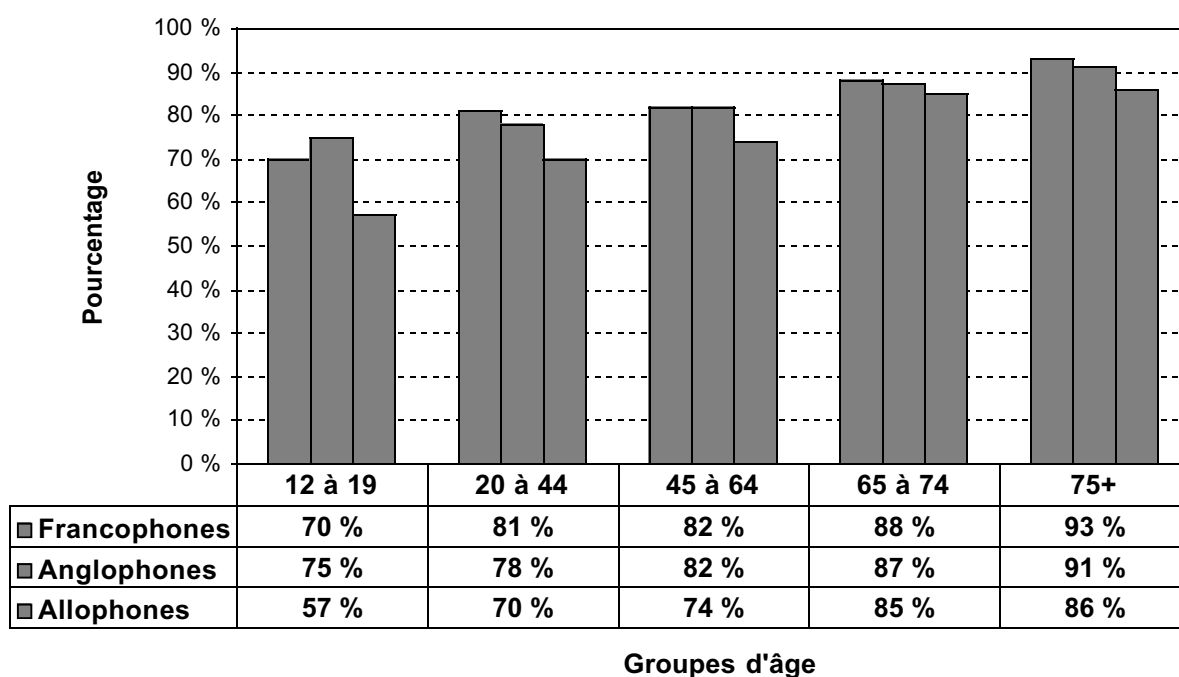
En Ontario, la consommation de médicaments augmente avec l'âge. On constate cette même tendance chez les francophones, bien que les différences entre les catégories d'âge n'atteignent pas un niveau significatif (figure 9.1.1). Le pourcentage des gens qui consomment plusieurs médicaments augmente aussi de manière considérable à partir de l'âge de 65 ans. En Ontario, 32 % des personnes de 65 ans et plus consomment plusieurs médicaments. Cette tendance se maintient chez les personnes âgées francophones (35 %).

Comme dans les autres groupes linguistiques, un plus fort pourcentage de femmes (87 %) que d'hommes francophones (73 %) prennent des médicaments. Cette différence entre les sexes est plus marquée parmi les francophones qui consomment plusieurs médicaments. Seize pour cent (16 %) des femmes francophones affirment avoir consommé trois médicaments ou plus au cours du mois précédant l'Enquête, comparativement à 10 % des hommes francophones. La différence entre les hommes et les femmes de toute la province est plus faible. Il faut toutefois souligner que, dans les comparaisons entre les hommes et les femmes, la pilule contraceptive est considérée comme un médicament.

Chez les aînés, tant chez les francophones que dans la population en général, on ne relève aucune différence entre les deux sexes quant aux deux variables reliées à la consommation de médicaments.

Chez les francophones, tout comme dans la population en général, une proportion plus élevée de personnes à revenu faible (21 %) consomment plusieurs médicaments, comparativement aux personnes à revenu moyen ou élevé (12 %).

Figure 9.1 — Usage de médicaments durant le dernier mois, selon le groupe linguistique et l'âge



Source : ESO 96/97

Il existe un rapport direct entre le niveau de scolarité et la proportion de francophones consommant plusieurs médicaments (sans diplôme d'études secondaires, 29 %; avec diplôme d'études collégiales ou universitaires, 9 %); cette même situation se reproduit à l'échelle de la province. Une consommation plus élevée de médicaments chez les aînés et le lien entre l'âge et la scolarité peuvent expliquer ce résultat.

En bref...

- Il n'existe aucune différence entre les francophones et les anglophones quant à la consommation de médicaments; on note cependant un écart significatif entre ces deux groupes et les allophones.

Chez les francophones, comme dans l'ensemble de la population en Ontario,

- les femmes sont plus portées à prendre des médicaments que les hommes;
- la consommation de médicaments augmente avec l'âge;
- les gens à revenu faible sont plus portés à consommer plusieurs médicaments;
- les personnes moins scolarisées sont plus portées à consommer plusieurs médicaments.

9.1.3 Études régionales

Une étude effectuée en 1998 auprès d'adolescentes enceintes du Nord-Est démontre que moins d'adolescentes francophones prennent des médicaments prescrits que d'adolescentes non francophones⁹.

9.2 Utilisation des soins de santé

L'accès aux soins de santé est une question qui préoccupe beaucoup la population franco-ontarienne. Dans son document « Les cordes sensibles des Franco-Ontariens » (1994), la firme Nadeau, Beaulieu et Associé.e.s résume une série de sondages réalisés auprès des Franco-Ontariens; les auteurs soulignent que 87 % des participants francophones au sondage considèrent cela « important » et même « très important » d'avoir accès à des services en français dans le domaine des soins de santé¹⁰.

9.2.1 Études provinciales antérieures

Selon l'analyse de l'ESO 1990 faite par la Table féministe¹¹, les aînés francophones bénéficient moins souvent d'assurances complémentaires, telle l'assurance-soins dentaires, que le reste de la population francophone.

Selon ces mêmes auteures, un plus grand pourcentage de francophones consultent les professionnels de la santé (neuf fois par année ou plus), comparativement à la population anglophone, et ce surtout parmi les personnes de 45 à 64 ans. Dans ce dernier groupe d'âge, cette différence se maintient pour les deux sexes. Il faut souligner que les anglophones (49 %) sont plus portés à consulter les médecins spécialistes que les francophones (41 %).

La Table féministe souligne aussi des différences par rapport aux taux d'utilisation des services d'urgence et d'admission aux hôpitaux. D'après ces auteures, les hommes (29 %) et les femmes francophones (24 %) ont davantage recours aux salles d'urgence que les anglophones (22 % et 20 % respectivement). Les personnes de moins de 19 ans et celles de 20 à 44 ans ont le plus haut taux de fréquentation des salles d'urgence. Par contre, les hommes francophones sont plus souvent admis aux hôpitaux (24 %) que les hommes anglophones (23 %). Inversement, les femmes francophones de 65 ans et plus sont admises aux hôpitaux moins souvent (15 %) que les femmes anglophones (19%).

Selon un sondage auprès de 825 Franco-Ontariennes de 45 à 64 ans¹², un pourcentage assez élevé de femmes (88 %) avaient consulté leur médecin de famille au cours de l'année précédant le sondage. Toutefois, 23 % des répondantes avouaient ne pas avoir les moyens financiers de se procurer certains services (soins dentaires, achat de lunettes ou d'appareil auditif, etc.)

9.2.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

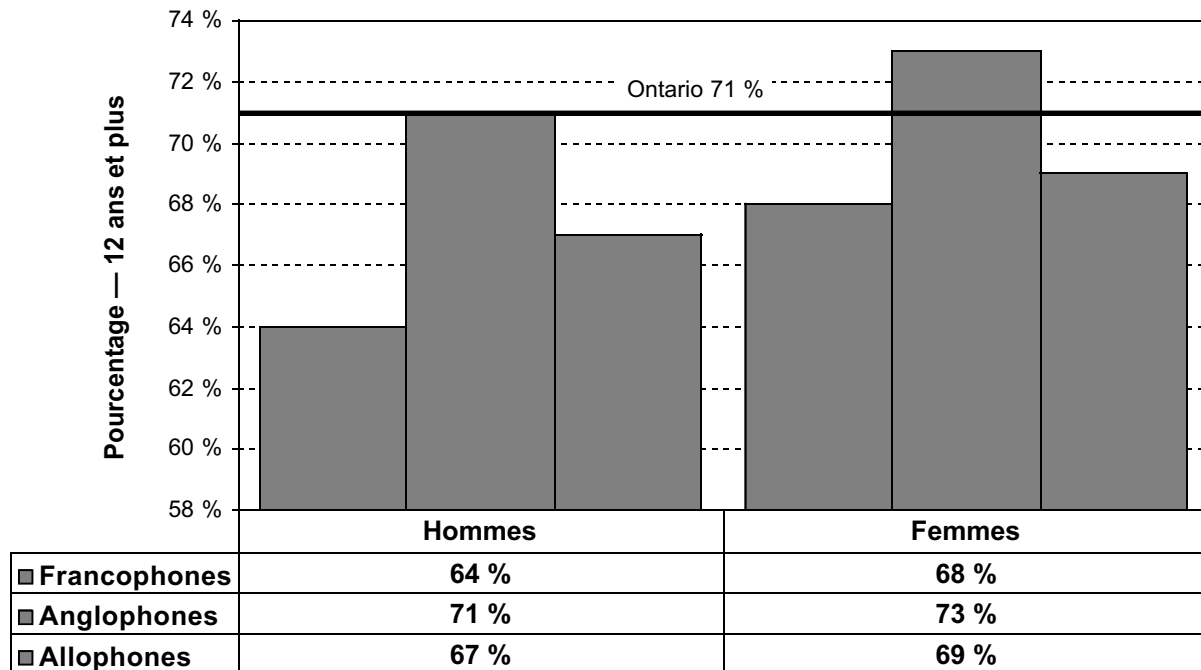
A. Soins dentaires

En Ontario, 71 % des personnes de 12 ans et plus affirment être allées chez à un dentiste au cours de l'année précédant l'Enquête. Parmi les trois groupes linguistiques, ce sont les francophones qui vont le moins chez le dentiste. En effet, un pourcentage nettement plus faible de francophones (66 %) que d'anglophones (72 %) disent s'être rendus chez le dentiste au cours de l'année précédente; il n'existe toutefois aucune différence significative entre les francophones et les allophones (68 %).

Cette même différence se maintient entre les hommes et les femmes; un pourcentage plus faible d'hommes et de femmes francophones que d'hommes et de femmes anglophones vont chez le dentiste. Une comparaison entre les hommes et les femmes francophones ne démontre aucune différence (figure 9.2).

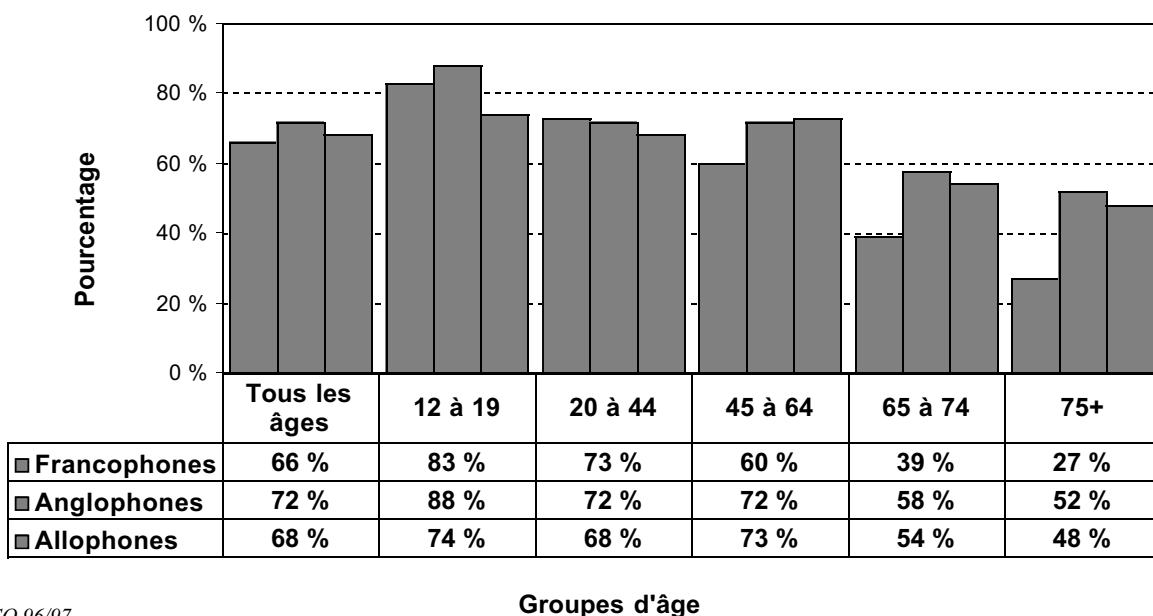
L'étude de la question des visites chez le dentiste selon les catégories d'âge révèle des différences intéressantes pour les trois groupes linguistiques. S'il n'existe aucune différence entre les moins de 45 ans des trois groupes linguistiques, on note cependant qu'une proportion plus faible de francophones de 45 à 64 ans

Figure 9.2 — Visites dentaires, selon le groupe linguistique et le sexe



Source : ESO 96/97

Figure 9.3 — Visites dentaires, selon le groupe linguistique et l'âge



Source : ESO 96/97

vont chez le dentiste. Cette différence s'accroît chez les aînés de 65 ans et plus (figure 9.3).

Il existe un rapport direct, chez les francophones et chez les non-francophones, entre la fréquence des visites chez le dentiste et le niveau de revenu; 46 % des francophones à revenu faible se rendent chez un dentiste, comparativement à 71 % de ceux à revenu moyen ou élevé. Il est intéressant de noter que, lorsqu'on ne compare que les répondants à revenu moyen et élevé, la proportion des francophones qui vont chez le dentiste (71 %) demeure toujours plus faible que celle des non-francophones (75%).

Le faible pourcentage de francophones qui se rendent chez le dentiste serait en partie attribuable aux différences significatives notées chez les personnes de 45 ans et plus qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, et ce quel que soit leur revenu.

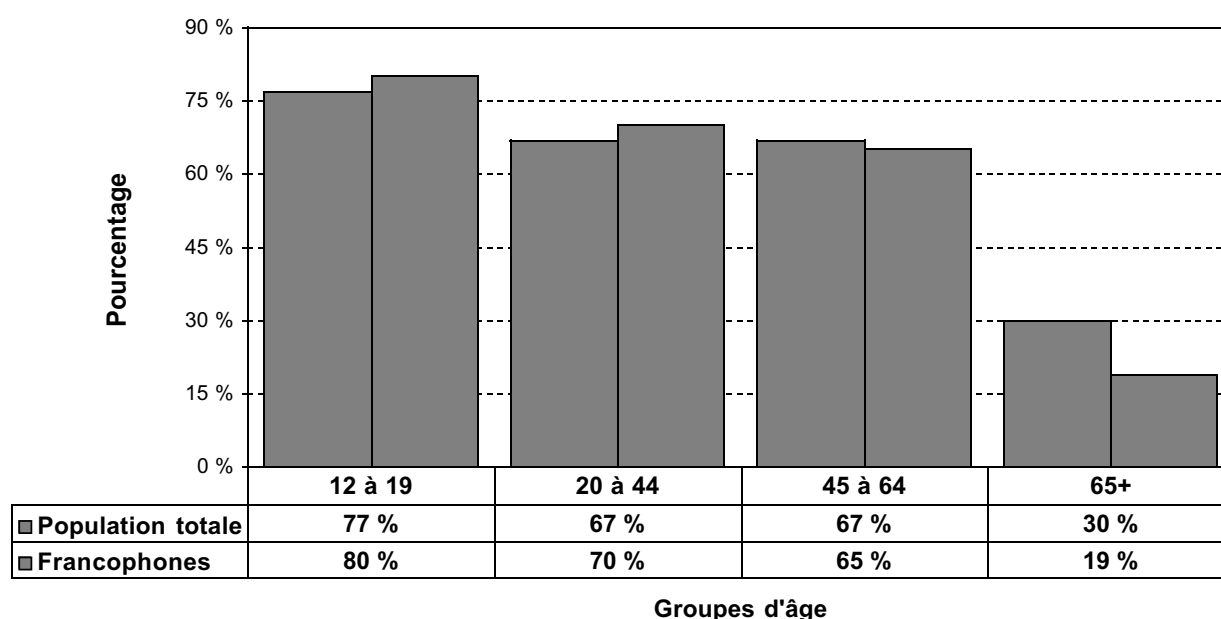
À l'échelle de la province et chez les francophones, il existe un rapport direct entre le niveau de scolarité et la fréquence des visites dentaires : sans diplôme d'études secondaires, 42 %; avec diplôme d'études secondaires, 66 %; avec diplôme collégial ou universitaire, 77 %. Si on compare les francophones sans diplôme d'études secondaires aux autres groupes linguistiques, un pourcentage plus faible de francophones que de non-francophones (52 %) se rendent chez le dentiste; cette différence ne se maintient pas entre les groupes plus scolarisés.

L'assurance-soins dentaires est indiscutablement un facteur important qui influence l'accès aux soins dentaires. En Ontario, 63 % de la population détient une assurance-soins dentaires; environ le même pourcentage de francophones (64 %) et d'anglophones (65 %) détiennent ce genre d'assurance; la situation n'est pas aussi positive chez les allophones (54 %).

Chez les non-francophones qui ont de l'assurance-soins dentaires, il existe une différence faible mais significative entre les hommes (64 %) et les femmes (62 %). Bien que la tendance soit semblable chez les francophones, la différence n'est pas significative (hommes, 66 %; femmes, 61 %).

Comme c'est le cas chez les non-francophones, le pourcentage de francophones ayant de l'assurance-soins dentaires diminue de façon remarquable dès l'âge de 65 ans. Tel que le présente la Figure 9.4, les 12 à 19 ans sont ceux qui sont le plus susceptibles de profiter d'une assurance-soins dentaires. Chez les adultes de moins de 65 ans, le pourcentage d'assurés demeure relativement constant, mais chute de manière significative à 19 % chez les francophones de 65 ans et plus. Chez les aînés francophones, ce dernier pourcentage est plus faible que chez les aînés non francophones (30 %).

Figure 9.4 — Assurance-soins dentaires, selon l'âge — francophones et population totale de l'Ontario



Source : ESO 97/97

Chez les Franco-Ontariens comme chez les non-francophones, le lien entre le revenu et l'assurance-soins dentaires est frappant. Une plus faible proportion de francophones à faible revenu ont cette assurance (37 %), comparativement aux francophones à revenu moyen ou élevé (70 %). Ce résultat s'explique probablement par les assurances privées auxquelles ont accès les gens sur le marché du travail.

De même que pour la population en général, il existe un rapport direct entre le niveau de scolarité et le pourcentage de francophones ayant de l'assurance-soins dentaires : sans diplôme d'études secondaires, 43 %; avec diplôme collégial ou universitaire, 74 %. Ce résultat pourrait s'expliquer, en partie, par l'influence du revenu et de l'âge sur les niveaux de scolarité, ainsi que les emplois mieux rémunérés des gens mieux scolarisés.

Comparaisons régionales

Le pourcentage de non-francophones ayant rendu visite à un dentiste durant l'année précédant l'Enquête est plus faible dans le Nord et dans l'Est que dans le Sud. La même tendance existe pour les francophones de ces trois régions (figure 9.5).

B. Visites chez les omnipraticiens

Plus de trois quarts (79 %) des francophones ont déclaré avoir consulté un omnipraticien au cours de

l'année précédant l'Enquête. Ce comportement n'est pas différent de celui des anglophones (81 %) ni des allophones (82 %).

De même que pour les deux autres groupes linguistiques, les femmes francophones (86 %) sont plus portées à consulter leur médecin de famille que les hommes francophones (72 %). Il est intéressant de noter que, dans chacun des groupes linguistiques, la proportion de femmes ayant consulté un omnipraticien est semblable. Entre les hommes francophones et anglophones, on ne retrouve presque aucune différence (74 %); toutefois, un pourcentage plus élevé d'hommes allophones (78 %) ont dit avoir consulté un omnipraticien.

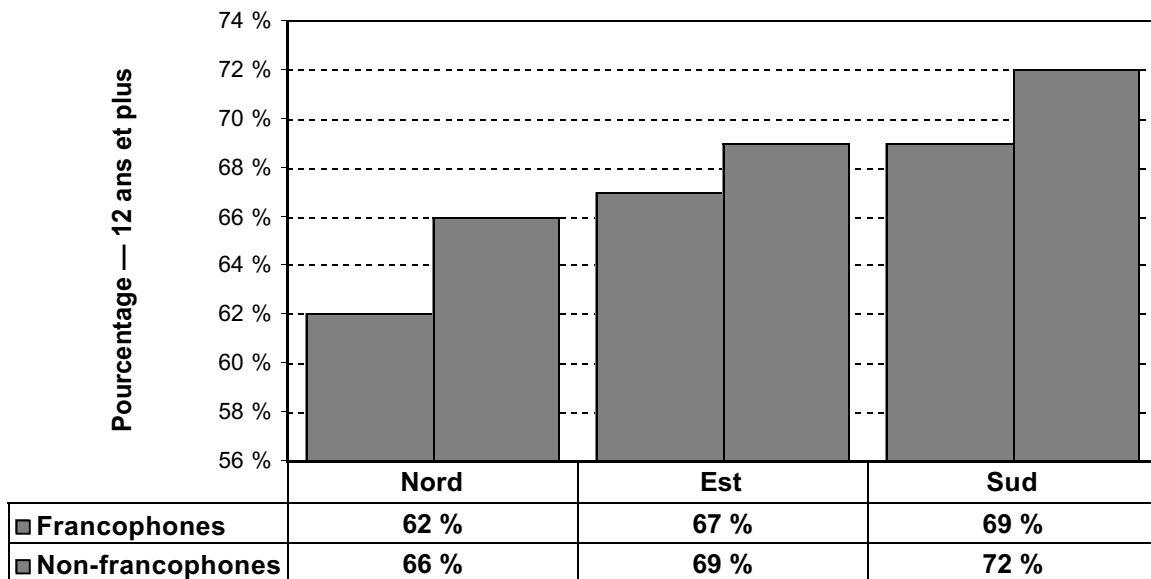
Comme l'on pouvait s'y attendre, la proportion d'Ontariens qui consultent un omnipraticien tend à augmenter avec l'âge.

Contrairement aux résultats de l'ESO 1990, on ne constate aucun rapport entre les consultations auprès d'omnipraticiens au cours de l'année précédente et le revenu ou le niveau de scolarité, et ce ni pour les francophones, ni pour l'Ontario en général¹³. Il s'agit d'un résultat intéressant, qui invite d'autres recherches.

C. Utilisation des services d'urgence

Une proportion plus élevée de francophones que d'anglophones et d'allophones indiquent avoir utilisé

Figure 9.5 — Visites dentaires, selon la région — francophones et non-francophones



Source : ESO 96/97

des services d'urgence au cours des douze derniers mois avant l'Enquête (figure 9.6). Ces résultats correspondent à ceux de l'ESO 1990.

Au niveau de la province, une proportion plus élevée de femmes (25 %) que d'hommes (20 %) indiquent avoir utilisé des services d'urgence. Cette même tendance existe chez les francophones.

Chez les francophones et dans la province en général, l'utilisation des services d'urgence diminue avec l'âge. Dix pour cent (10 %) de moins de francophones âgés (65 ans et plus) ont utilisé des services d'urgence que les personnes de 20 à 44 ans (figure 9.6). Cette situation s'explique peut-être par le fait que les personnes âgées ont plus difficilement accès à ces services et qu'elles consultent plus fréquemment des omnipraticiens.

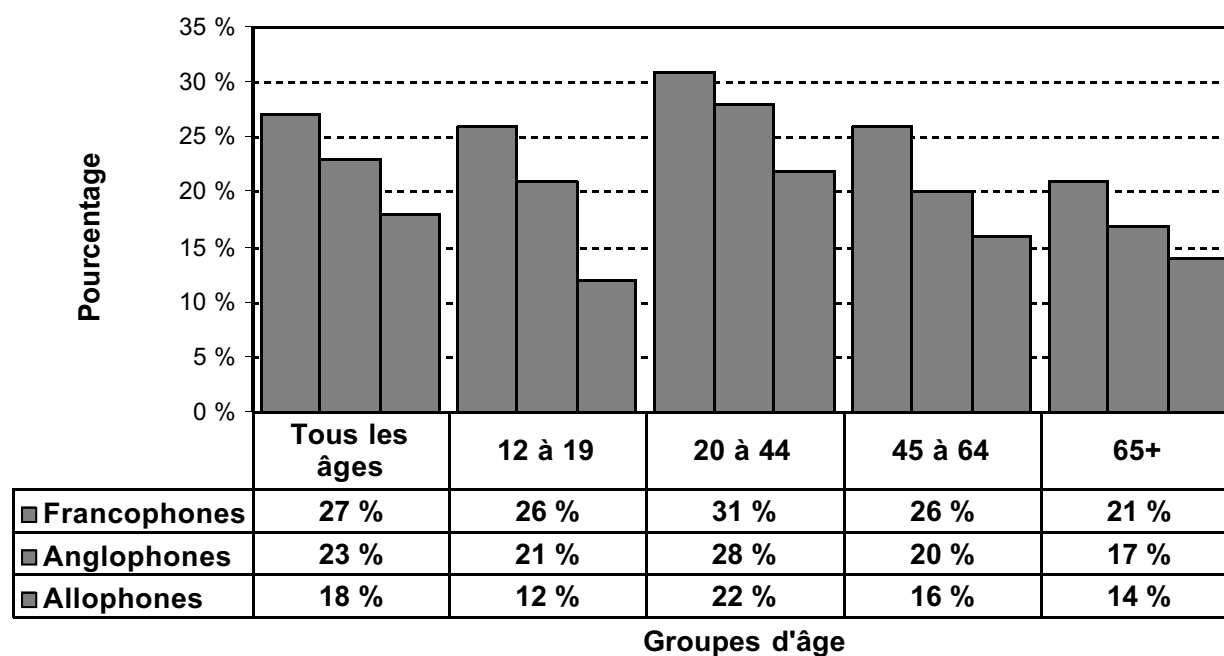
Une proportion plus élevée d'Ontariens à faible revenu (26 %) utilisent les services d'urgence, comparative-ment aux Ontariens à revenu moyen ou élevé (23 %). On remarque la même tendance chez les francophones (faible revenu, 29 %; revenu moyen ou élevé, 27 %).

Les Ontariens sans diplôme d'études secondaires sont moins portés à utiliser les services d'urgence (20 %) que ceux qui ont un diplôme d'études postsecondaires (24 %). Une tendance semblable est observée chez les francophones (25 % et 28 %). Il est possible que le lien entre l'âge et la scolarité explique cette situation.

D. Vaccination antigrippale

En Ontario, 60 % des personnes de 65 ans et plus ont déclaré avoir reçu le vaccin antigrippal au cours des 12 derniers mois avant l'Enquête. Un pourcentage plus faible mais non significatif de francophones (55 %) ont également affirmé l'avoir reçu. Il est important de souligner que ce pourcentage se révèle 15 % en deçà de l'objectif provincial de 70 % pour les personnes âgées. La différence entre les francophones et les anglophones (62 %) n'est pas statistiquement significative. Cependant, la proportion d'allophones (54 %) ayant reçu le vaccin est plus faible que celle des anglophones.

Figure 9.6 — Utilisation des services d'urgence, selon le groupe linguistique et l'âge



Source : ESO 96/97

En bref...

- Les femmes et les hommes francophones sont moins portés à aller chez le dentiste que les anglophones. Cette différence se retrouve surtout chez les francophones de 45 ans et plus.
- Parmi les Ontariens les moins scolarisés, les francophones sont ceux qui fréquentent le moins le dentiste.
- Il n'y a pas de différence entre les pourcentages de francophones et d'anglophones qui ont une assurance-soins dentaires.
- Trois quarts des francophones ont consulté leur omnipraticien durant l'année précédant l'Enquête.
- Les francophones sont plus portés à utiliser les services d'urgences que les anglophones et les allophones.
- Le pourcentage des aînés francophones qui ont reçu le vaccin antigrippal est sensiblement le même que celui de l'ensemble des Ontariens.

Chez les francophones, comme pour l'ensemble de la population en Ontario,

- les personnes ayant un revenu faible ou étant moins scolarisées sont moins portées à consulter un dentiste et à avoir une assurance-soins dentaires;
- la proportion de personnes ayant de l'assurance-soins dentaires diminue de façon remarquable dès l'âge de 65 ans;
- les femmes sont plus portées à consulter leur médecin de famille que les hommes;
- les consultations auprès des omnipraticiens augmentent avec l'âge;
- aucun rapport n'a été relevé entre les niveaux de revenu et de scolarité et les visites chez le médecin de famille;
- le recours aux services d'urgence diminue avec l'âge.

9.2.3 Études régionales

Une étude effectuée en 1996 auprès de 319 adultes francophones des milieux ruraux de la région Est révélait que 81 % avaient consulté leur médecin de famille au cours de la dernière année, un taux semblable à celui de l'ESO 1996/97¹⁴. Moins de 50 % des répondants s'étaient rendus chez le dentiste durant cette même période. Dans cette étude, on remarque aussi un rapport entre le revenu et les visites chez les professionnels de la santé : plus leur revenu augmente, plus les gens se rendent chez le dentiste, l'optométriste ou l'ophtalmologiste. Par contre, une relation inverse apparaît quant aux visites chez le médecin de famille : plus les gens ont un revenu élevé, moins ils fréquentent leur médecin.

Dans cette même étude, l'auteur explore les priorités de santé et dégage des solutions qui permettraient de réduire les obstacles à la santé. L'accès à des services de santé efficaces se révèle prioritaire, suivi de l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précis et immédiat, la langue de service et la prévention de la surmédication.

Les chercheurs collaborant à une étude auprès d'adolescentes enceintes dans le Nord-Est de la province ont

constaté qu'il n'y avait pas de différence entre les francophones et les non-francophones quant au nombre de consultations prénatales¹⁵.

Une étude effectuée dans une ville du Nord-Est auprès de 421 aînés, dont 72 étaient francophones, démontre que les francophones trouvent cela plus difficile d'obtenir des renseignements sur la santé que les non-francophones¹⁶.

9.2.4 Réalités des francophones



En règle générale, la consommation de médicaments et l'utilisation des soins de santé sont associées à l'âge et au revenu, et ce tant chez les francophones que chez les non-francophones. Un lien existe aussi avec la scolarité, quoique la scolarité plus faible des aînés explique peut-être, en partie, cette situation. De plus, à cause du lien entre la consommation de médicaments, l'utilisation des soins de santé et les facteurs socioéconomiques, on voit la nécessité d'établir des stratégies efficaces et coordonnées entre les divers secteurs communautaires; cela assurerait une répartition plus équitable des services et la promotion de la santé auprès de tous les Franco-Ontariens.

De nombreux rapports se sont penchés sur les services en français en Ontario. Par exemple, le document de la Table féministe¹⁷ démontre la perspective des femmes par rapport à leur définition de « bons services » et dresse l'inventaire des obstacles qui empêchent les francophones d'accéder aux services. La Table féministe conclut ainsi : « Les femmes rencontrées souhaitent des services centrés sur leurs besoins et ceux de leur famille, privilégiant l'aspect psychosocial de la santé »¹⁸. Les obstacles aux soins de santé seront précisés davantage dans le dernier chapitre, du présent rapport.

Les auteures reconnaissent que les analyses présentées offrent un aperçu assez limité de l'utilisation des soins de santé chez les Franco-Ontariens. Des lacunes importantes, notamment en ce qui concerne les taux d'hospitalisation, de blessures et de décès, s'expliquent par l'inaccessibilité des données. Néanmoins, des différences intéressantes ont été relevées quant à l'utilisation de certains services par les francophones.

Les soins dentaires se révèlent étroitement liés au statut économique. Le coût est reconnu comme un des obstacles principaux aux soins dentaires. Il n'est donc pas étonnant que le fait de bénéficier d'une assurance-soins dentaires ait une incidence sur l'utilisation des services dentaires. Malgré le peu de différences entre les pourcentages de gens qui ont une assurance-soins dentaires en Ontario, on note un écart important en matière d'utilisation des soins dentaires par les francophones et les autres groupes linguistiques.

Certaines études suggèrent qu'un des facteurs influençant les soins dentaires chez les personnes âgées serait le manque d'importance attribuée à la santé buccale¹⁹. Une deuxième raison également invoquée par les gens de 50 ans ou plus était le coût. Enfin, la perception et l'attitude des Franco-Ontariens envers la santé influent probablement sur leur décision d'aller ou non chez le dentiste.

Les aînés francophones sont parmi les Ontariens qui ont le moins recours aux soins dentaires. Profiter d'une assurance soins-dentaires est une réalité du statut socio-économique. Compte tenu de leurs antécédents en termes d'emploi et de scolarité, les francophones aînés sont moins avantagés. Les aînés, en général, exigent clairement une attention spéciale quant à la prestation de soins de santé. Les liens entre les facteurs socio-économiques et l'utilisation des services, surtout chez les aînés francophones, soulèvent des défis quant à la prestation de programmes et de soins de santé.

Rappelons que les francophones sont moins portés à avoir une perception positive de leur santé, ont davantage besoin d'aide avec les activités de vie quotidienne et sont plus susceptibles de souffrir de certaines maladies chroniques. Il est intéressant de noter que, malgré ces constatations, leur taux de consultations auprès des omnipraticiens n'est pas plus élevé. Des recherches futures s'imposent, afin de cerner les facteurs explicatifs.

9.3 Dépistage précoce du cancer

Le dépistage précoce permet de détecter les maladies avant l'apparition des symptômes. En effet, de nombreuses études démontrent que le dépistage précoce de la maladie aide à prévenir la morbidité et la mortalité²⁰.

Les services de santé publique en Ontario jouent un rôle important dans la promotion des tests de dépistage appropriés. Les lignes directrices guidant les intervenants dans ce domaine visent, notamment, à réduire le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus en intensifiant le dépistage précoce²¹. Pour sa part, Action Cancer Ontario a reconnu l'efficacité de certains tests de dépistage en vue de la réduction de la mortalité due au cancer : 1) le dépistage du cancer du sein par mammographie et par l'examen des seins par un professionnel de la santé, et 2) le dépistage du cancer du col de l'utérus par le test de Panicolaou (*test PAP*)²².

Selon plusieurs recherches, le dépistage du cancer du sein au moyen d'une mammographie et d'un examen par un professionnel de santé peut réduire les mortalités liées au cancer du sein, surtout chez les femmes de 50 à 69 ans²³. La Société nationale du cancer recommande à ce groupe de subir une mammographie tous les deux ans²⁴. Bien que l'efficacité de l'auto-examen des seins ne soit pas clairement établie, la Société nationale du cancer recommande à toutes les femmes de 20 ans et plus de procéder à un examen des seins chaque mois²⁵.

En Ontario, les lignes directrices provinciales de la santé publique ont pour but de hausser à 85 % le pourcentage de femmes qui subissent un *test PAP*, selon les directives du *Ontario Cervical Screening Collaborative Group*, et d'augmenter la proportion de l'ensemble de femmes ayant déjà subi ce test à 95 % d'ici l'an 2010²⁶. Selon le Forum national sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, tenu en 1995, il n'existe aucune autre forme de cancer où le dépistage

réduit l'incidence de la maladie de façon aussi spectaculaire²⁷. Toutefois, en Ontario, il y a plus de 100 mortalités par année dues au cancer du col de l'utérus²⁸. Il est alors important de souligner que le dépistage régulier par le *test PAP* peut prévenir jusqu'à 90 % de ces cancers. Ce test est recommandé pour toutes les femmes actives sexuellement ou qui ont atteint l'âge de 18 ans. Après la confirmation de deux résultats normaux du *test PAP*, on recommande aux femmes de subir ce mode de dépistage tous les trois ans, et ce jusqu'à l'âge de 69 ans²⁹.

9.3.1 Études provinciales antérieures

Il existe très peu de données antérieures en ce qui a trait au dépistage précoce du cancer chez les francophones. Selon Boudreau et Farmer³⁰, lors de l'Enquête de 1990, 65 % des femmes de 45 à 64 ans et 81 % de celles de 20 à 44 ans avaient subi un *test PAP* au cours des deux dernières années précédentes. Un pourcentage considérable de femmes n'avaient jamais eu ce test (7 %) ou ne savaient pas si elles en avaient eu un (5 %).

9.3.2 Résultats de l'Enquête sur la santé en Ontario 1996-1997

A. Mammographie

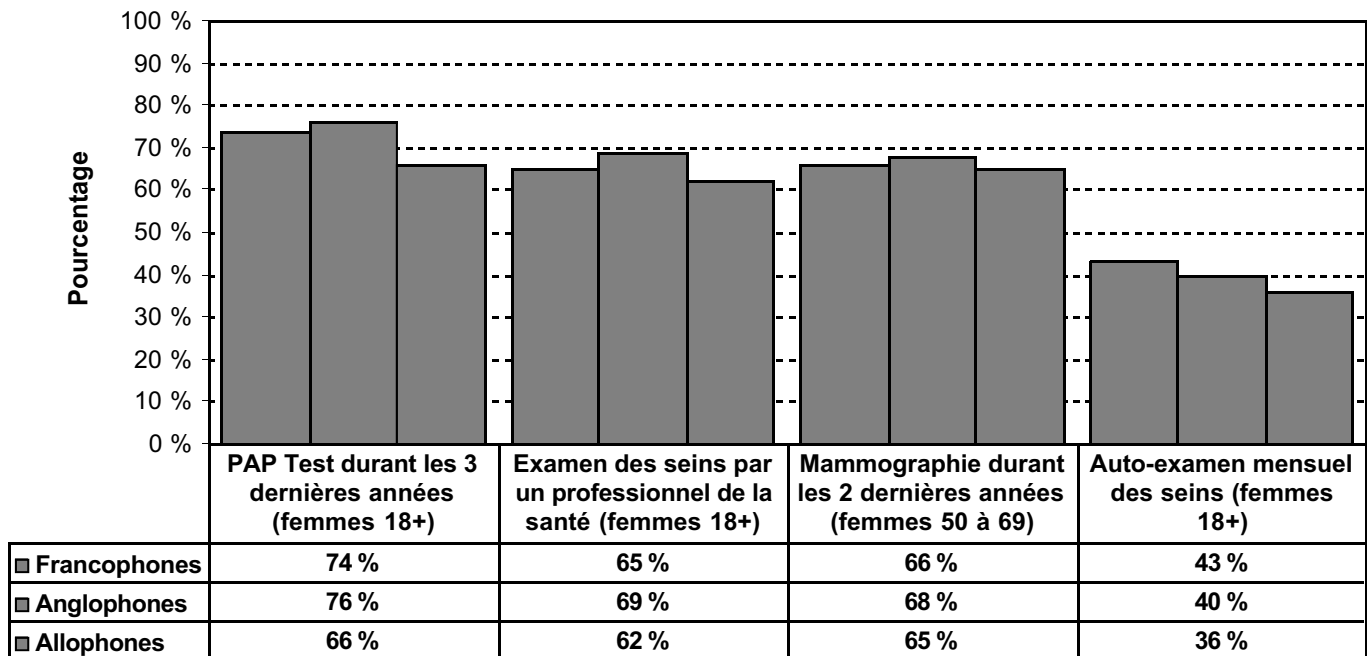
En Ontario, 82 % des femmes de 50 à 69 ans affirment avoir déjà subi au moins une mammographie au cours de leur vie. La situation est sensiblement la même chez les femmes francophones (83 %), anglophones (82 %) et allophones (80 %).

Parmi les femmes francophones de 50 à 69 ans, 66 % subissent une mammographie tous les deux ans, soit un taux semblable à celui de l'ensemble de la province et des autres groupes linguistiques (figure 9.7).

B. Examen des seins par un professionnel de la santé

Parmi les femmes francophones, 77 % affirment s'être fait examiner les seins par un professionnel de la santé. Il existe peu de différence entre le pourcentage des femmes francophones et celui des femmes

Figure 9.7 — Dépistage précoce du cancer chez les femmes, selon le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

anglophones (80 %); toutefois, on note un taux plus faible chez les femmes allophones (69 %). Par contre, le taux des francophones chute à 65 % lorsqu'on demande aux répondantes si elles ont subi un tel examen au cours des deux dernières années; la situation est semblable chez les autres groupes linguistiques (figure 9.7). Il faut signaler que le pourcentage des femmes anglophones est plus élevé que celui des allophones.

Au niveau de la province, on note des différences entre les groupes d'âge : un pourcentage plus élevé de femmes de 45 à 64 ans ont déjà eu un examen des seins chez un professionnel de la santé au cours de leur vie (86 %), comparativement aux femmes de 18 à 44 ans (73 %) ou à celles de 65 ans et plus (77 %). La même tendance se retrouve chez les femmes francophones (18 à 44 ans, 73 %; 45 à 64 ans, 84 %; 65 et plus, 76 %). On dénote les mêmes différences liées à l'âge chez les femmes qui ont eu un examen des seins chez un professionnel de la santé au cours des deux dernières années précédant l'Enquête.

En Ontario, les femmes qui ont un faible niveau de scolarité et celles qui ont un faible revenu sont moins susceptibles d'avoir subi un examen des seins chez un professionnel de la santé. Cette tendance se maintient chez les francophones. Chez les femmes francophones à faible revenu, 75 % ont déjà eu un tel examen, comparativement à celles à revenu moyen ou élevé (79 %). Le taux de femmes ayant subi cet examen augmente aussi avec le niveau de scolarité (sans diplôme d'études secondaires, 75 %; avec diplôme d'études secondaires, 80 %; avec diplôme collégial ou universitaire, 86 %).

Comparaisons régionales

Le pourcentage de femmes non francophones ayant subi un examen des seins chez un professionnel de la santé est plus faible dans le Nord (72%) que dans l'Est (84 %) et le Sud (76 %). On note la même tendance chez les femmes francophones (Nord, 73 %; Est, 78 %; Sud, 78 %).

C. Auto-examen des seins

À l'échelle provinciale, 75 % des femmes ont pratiqué l'auto-examen des seins au moins une fois au cours de leur vie. Les femmes francophones sont plus portées à

avoir fait au moins un examen de leurs seins (81 %) que les non-francophones (75 %). Cependant, une subdivision du groupe non-francophone démontre que le taux des anglophones est identique à celui des francophones, mais que celui des femmes allophones est plus faible (67 %).

En Ontario, 39 % des femmes pratiquent l'auto-examen mensuel des seins, comparativement à 43 % des francophones. Ces pourcentages ne diffèrent pas de ceux des anglophones; cependant, celui des allophones est, de nouveau, plus faible (figure 9.7).

À l'échelle de la province, on dénote un lien entre l'auto-examen des seins fait au moins une fois, la scolarité et le niveau de revenu. Ainsi, les femmes plus scolarisées sont plus nombreuses à avoir pratiqué l'auto-examen des seins au moins une fois dans leur vie; c'est aussi le cas de celles à revenu moyen ou élevé. Cette tendance se maintient chez les femmes francophones.

Il est toutefois intéressant de noter que, parmi les femmes à revenu faible, les francophones ont plus tendance (50 %) que les non-francophones (37 %) à pratiquer l'auto-examen des seins au moins une fois par mois.

D. Test de Papanicolaou (*test PAP*)

L'ESO 1996/97 a demandé aux femmes si elles avaient déjà subi le *test PAP* au cours de leur vie. La proportion des femmes francophones qui affirment avoir subi ce test est de 91 %, comparativement à 91 % des femmes anglophones et à 88 % des femmes en général. Ces pourcentages correspondent à l'objectif provincial de 90 % précisé dans les lignes directrices du ministère de la Santé³¹. Seules les femmes allophones affichent un taux plus faible (76 %) que celui recommandé.

Le pourcentage des femmes francophones ayant subi le *test PAP* au cours des trois années précédant l'Enquête est semblable au taux des femmes anglophones et à celui de la province. Cependant, les femmes allophones ont un taux nettement plus faible que les femmes des autres groupes linguistiques (figure 9.7).

Parmi les Ontariennes, on constate une différence liée à l'âge; les femmes de 45 à 64 ans sont plus susceptibles d'avoir subi le *test PAP* au moins une fois dans leur vie que les femmes de 18 à 44 ans. La même tendance est observée parmi les francophones. Les

Terminologie

Test de Papanicolaou (*PAP test*) : prélèvement d'un échantillon de cellules du col de l'utérus pour le dépistage du cancer du col.

taux s'échelonnent de 91 % chez les femmes francophones entre 18 et 44 ans à 96 % parmi celles de 45 à 64 ans. La possibilité d'avoir subi ce test au moins une fois augmente avec l'âge. Par contre, parmi les femmes ontariennes qui ont subi ce test au cours des trois dernières années, ce sont les femmes de 18 à 44 ans qui sont le plus représentées. Cette tendance, qui est aussi observée chez les francophones, suggère que les femmes de ce groupe d'âge subissent le *test PAP* plus régulièrement.

On remarque que le taux provincial des femmes ayant subi le *test PAP* au moins une fois varie selon le statut économique et le niveau de scolarité (annexes F et G). On note des tendances semblables chez les femmes francophones. Plus les femmes sont scolarisées et plus elles jouissent d'un revenu adéquat, plus elles sont portées à subir le *test PAP*. On constate les mêmes rapports entre le revenu et la scolarité chez les femmes qui ont subi le test au cours des trois dernières années.

9.3.3 Réalités des francophones



Les femmes francophones ont autant recours aux tests de dépistage du cancer que les autres femmes de la province. Cependant, ce sont les femmes allophones qui affichent le taux le plus bas de dépistage précoce. Ces données ne sont pas étonnantes; en effet, selon les observations de Snider et coll., certaines caractéristiques socio-démographiques liées au comportement en matière de dépistage se retrouvent plus souvent chez les femmes qui ne parlent ni l'anglais ni le français, chez celles qui sont nouvellement arrivées au pays et chez celles qui demeurent en région rurale³².

On note des inégalités quant à l'utilisation des tests de dépistage chez les femmes qui sont défavorisées, c'est-à-dire celles ayant un niveau de revenu ou de scolarité plus faible, et ce autant chez les francophones que chez les Ontariennes en général. Le défi lancé par Snider et coll. « d'accroître le recrutement des femmes mal desservies »³³ à l'échelle nationale s'applique aussi à la population des femmes francophones de l'Ontario.

En bref...

- Les femmes francophones profitent des tests de dépistage précoce du cancer autant que les femmes anglophones.

Comme pour l'ensemble des femmes en Ontario,

- les femmes francophones à faible revenu et celles ayant un niveau de scolarité plus faible sont moins portées à subir une mammographie, un examen des seins par un professionnel de la santé et le *test PAP* que les femmes à revenu plus élevé et celles qui sont plus scolarisées;
- les femmes francophones de 45 à 64 ans sont plus portées à subir un examen des seins par un professionnel de la santé que les femmes des autres groupes d'âge.

Références

1. Fondation de la recherche sur la toxicomanie. (1995). *L'usage des drogues en Ontario*. Toronto: Auteur.
2. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *L'Enquête sur la santé en Ontario 1990: Rapport sur les faits saillants*. Toronto: Auteur.
3. Addiction Research Foundation. (1996). *Ontario profile: Alcohol and other drugs*. Toronto: Author.
4. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario. (1997). *Profil canadien: L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Toronto: Auteur.
5. 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*. Ottawa: La Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.
6. Bénéteau, B., DeWit, D.J., Alary, D., Goulet, G., McCready, L., Narbonne-Fortin, C., Rosen, D., & Roy, J. (1995). *Feasibility study for a needs assessment of problems related to substance abuse among francophones in Ontario*. Toronto: Addiction Research Foundation.

7. DeWit, D. J., Bénéteau, B., Alary, D., Davidson, B., Goulet, G., McCreedy, 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, ON: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
8. Garceau, M-L., Dennie, D., Tremblay Matte, B., et Charron, M. (1992). *Cessons de penser que l'amour va tout vaincre: La situation des femmes francophones de 45 à 64 ans qui vivent en Ontario*. Sudbury, ON: Fédération des femmes canadiennes-françaises de l'Ontario.
9. Picard, L., Jacono, J., Pitblado, R., Sahai, V., Palangio, A., Shubat, D., Jacono, B., Peczeniuk, S., Vaillancourt, C., et Woods, C. (1998). *Les effets des croyances de santé des adolescentes enceintes sur leurs comportements et sur la santé de leur nouveau-né*. Sudbury, ON: Service de santé publique de Sudbury et du district.
10. Nadeau, Beaulieu et Associé.e.s. (1995). *Les cordes sensibles des Franco-Ontariens: Résumé d'un ensemble de sondages réalisés auprès des Franco-Ontariens en 1993 et 1994*. Ottawa: Auteur.
11. Andrew, C., Bouchard L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M., et Lemire, D. (1997). *op. cit.*
12. Garceau, M-L., Dennie, D., Tremblay Matte, B., et Charron, M. (1992). *op. cit.*
13. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1992). *op. cit.*
14. Béland, N. (1996). *Étude des besoins en santé de la population francophone des comtés de Stormont, Dundas et Glengarry*. Cornwall,: Centre de santé communautaire de l'Estrie.
15. Picard, L., Jacono, J., Pitblado, R., Sahai, V., Palangio, A., Shubat, D., Jacono, B., Peczeniuk, S., Vaillancourt, C., et Woods, C. (1998). *op. cit.*
16. Elliot Lake Retirement Living. (1995). *City of Elliot Lake seniors' needs assessment users manual*. Elliot Lake, ON: Author.
17. Andrew, C., Bouchard L., Boudreau, F., Cardinal, L., Farmer, D., Kérisit, M., et Lemire, D. (1997) *op. cit.*
18. *Ibid.*
19. Hawkins, R.J. (1998). The organization, financing and delivery of dental care for older adults in Canada: an assessment from a social sciences perspective. *Canadian Journal of Community Dentistry*, 13 (1), 10-24.
20. 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.
21. *Ibid.*
22. Cancer Care Ontario. (1998). *Ontario's interim cancer report card*. Toronto: Author.
23. Gaudette, L. A., Altmayer, C. A., Nobrega, K. M. P., et Lee, J. (1996). Tendances relatives à l'utilisation de la mammographie, 1981 à 1994. *Rapports sur la Santé*, 8 (3), 19-30.
24. Gentleman, J.F., et Lee, J. (1997). Qui ne se fait pas mammographier? *Rapports sur la Santé*, 9 (1), 19-29.
25. Lipskie, T. L. (1998). A summary of cancer screening guidelines. *Chronic Diseases in Canada*, 19 (3), 112-118.
26. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
27. Lee, J., Parsons, G. F., et Gentleman, J. F. (1998). Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou. *Rapports sur la Santé*, 10 (1), 9-21.
28. Cancer Care Ontario. (1998). *op. cit.*
29. Statistique Canada. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa: Auteur.
30. Boudreau, F., et Farmer, D. (1997). *Projet santé et services sociaux en milieu francophone ontarien: Volet 1. Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: Les faits saillants revisités et comparés*. Toronto: Collège Universitaire de Glendon, Département de Sociologie.
31. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
32. Snider, J., Beauvais, J., Levy, I., Villeneuve, P., et Pennock, J. (1996). Tendances dans l'utilisation de la mammographie et du test de Papanicolaou au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, 17 (3/4), 117-126.
33. *Ibid.*

Chapitre 10

Conclusion et recommandations

En plus de cerner la situation actuelle de la population franco-ontarienne en matière de santé, le présent rapport précise certains besoins de cette population. En identifiant ces besoins, ce rapport répond à l'un des premiers principes qui guident l'élaboration de normes minimales de santé publique en Ontario¹. Ainsi, les renseignements colligés dans ce document seront utiles aux personnes intéressées à améliorer la planification et la prestation de services de santé pour la population francophone et à circonscrire les domaines privilégiés de recherche en matière de santé.

Selon le recensement de 1996, la population francophone représente 5 % de la population provinciale, ce qui constitue une légère diminution par rapport au recensement précédent (1986). Cette diminution est attribuable non pas tellement à une baisse des effectifs, mais à un accroissement de la population ontarienne dans son ensemble. Ainsi, en matière de santé, certains besoins de la population francophone demeurent constants et il faut chercher à les combler.

Selon cette même source, la population francophone est généralement plus âgée que l'ensemble de la population ontarienne. Les francophones affichent des taux de scolarisation et d'alphabétisme plus faibles et sont proportionnellement moins nombreux sur le marché du travail. Toutefois, on constate que ces dernières différences s'amenuisent sensiblement, et même disparaissent complètement, lorsqu'on examine les sous-groupes des plus jeunes.

Les revenus individuel et familial moyens des francophones en Ontario demeurent légèrement inférieurs à ceux de la population en général. En effet, les francophones plus âgés (45 ans et plus) ont un revenu moyen nettement inférieur à celui de la province.

Dans le cadre de cette étude, on note des différences importantes en matière de santé. Les francophones ont plus tendance à percevoir leur état de santé comme moins bon que les anglophones. Ils disent aussi avoir besoin d'aide plus souvent dans au moins une de leurs activités quotidiennes et bénéficier d'un niveau de

soutien social moins élevé. Par ailleurs, les taux de certaines maladies chroniques sont légèrement plus élevés chez les francophones que dans l'ensemble de la population provinciale. Certes, en matière de santé, plusieurs autres caractéristiques distinguent les francophones des non-francophones, mais certaines de ces différences sont davantage attribuables aux traits particuliers de la population allophone (composée en grande partie de nouveaux arrivants), qu'aux caractéristiques intrinsèques de la population francophone.

Les Franco-Ontariens se distinguent aussi par certains de leurs comportements en matière de santé. Le taux des francophones n'ayant jamais fumé et vivant dans un foyer sans fumée est moins élevé que celui des non-francophones; une plus grande proportion de francophones fument quotidiennement, surtout le groupe des 20 à 44 ans.

Les hommes francophones ont le plus faible taux d'abstinence d'alcool de la province. Par contre, les francophones sont moins susceptibles de boire de façon excessive que les anglophones. Et, contrairement à la situation provinciale, il n'existe aucune différence significative entre les femmes et les hommes francophones au plan de la consommation à faible risque.

Comme pour l'ensemble de la population ontarienne, moins de la moitié des francophones ont un poids « acceptable ». Près du tiers des francophones font de l'embonpoint. En revanche, le niveau d'activité physique est plus élevé chez les francophones que chez les non-francophones, malgré le fait que seulement 21 % des francophones disent pratiquer une activité physique régulière.

Dans l'ensemble, on note un taux d'activité sexuelle plus élevé chez les adolescents francophones que chez ceux des autres groupes linguistiques. Les femmes francophones commencent à un âge plus jeune à avoir des relations sexuelles que les femmes non francophones. De plus, les femmes francophones ont moins tendance à initier l'allaitement que les autres femmes en Ontario.

En marge de ces différences provinciales entre les divers groupes linguistiques, il existe aussi des différences

régionales au sein même de la francophonie. Ainsi, les francophones du Nord ont plus tendance à percevoir leur état de santé comme « moins bon » que ceux de l'Est ou du Sud. Ils sont plus enclins à fumer, commencent à fumer à un plus jeune âge et sont moins susceptibles de vivre dans un foyer sans fumée. Une plus forte proportion de Franco-Ontariens du Nord abusent périodiquement l'alcool et ils sont plus susceptibles d'être obèses que ceux du Sud; de plus, ils souffrent davantage d'invalidités prolongées que les francophones de l'Est.

Il a été impossible d'approfondir davantage l'analyse de certains éléments distinctifs de la population francophone de l'Ontario déjà signalées dans des études antérieures; il s'agit notamment du régime alimentaire plus élevé en matières grasses ou du taux plus élevé de pensées suicidaires chez les Franco-Ontariens. Des études additionnelles de ces questions s'imposent. De même, certains résultats de l'ESO 1996/97 cernent des tendances suffisamment inquiétantes pour faire l'objet d'études approfondies, tel le taux légèrement plus élevé de maladies chroniques chez les francophones de l'Ontario.

Les francophones diffèrent donc des autres groupes linguistiques. Si certains aspects sont plus négatifs, d'autres sont nettement positifs.

Comment expliquer les différences?

Certaines différences de l'état de santé des francophones proviennent de caractéristiques socio-démographiques. Ainsi, chez les francophones, les taux plus élevés de certaines maladies chroniques et d'incapacités physiques peuvent être liés au vieillissement de cette population. Outre l'âge, les niveaux inférieurs de revenu, de scolarité et d'alphabétisme exercent également une influence. C'est donc l'interaction entre ces facteurs socio-économiques qui explique certaines différences en matière d'état de santé de la population francophone.

Par ailleurs, certaines différences résultent des habitudes de vie et des comportements liés à la santé. Par exemple, le taux plus élevé de maladies respiratoires chroniques n'a rien d'étonnant si l'on tient compte de l'usage plus répandu du tabac chez les francophones.

De plus, il y a tout lieu de croire que certains comportements en matière de santé, comme la consommation d'alcool, dénotent une forte dimension culturelle. En

effet, les francophones de l'Ontario pratiquent moins l'abstinence d'alcool, mais consomment de manière moins excessive que les anglophones. Ces résultats, à l'instar de ceux sur le tabagisme, indiquent que certains comportements des Franco-Ontariens ayant une incidence sur la santé sont similaires à ceux des Québécois. Compte tenu que près d'un quart des Franco-Ontariens sont d'origine québécoise récente (moins d'une génération)², un tel rapprochement ne surprend pas. Il vient du moins appuyer la thèse du rôle des dimensions culturelles dans l'origine des différences entre les groupes linguistiques en Ontario.

La présente étude a déjà souligné, dans son volet démographique, le caractère hétérogène de la population francophone; il suffit de mentionner, pour s'en convaincre, que les minorités visibles forment 6 % de la population francophone. Cela dit, les résultats de l'ESO 1996/97 montrent également des écarts importants entre les différents groupes d'âge et de sexe par rapport aux facteurs socio-économiques et aux indicateurs de santé. Par exemple, au niveau de la perception de l'état de santé, la proportion des francophones de 20 à 44 ans qui affirment avoir un niveau de santé élevé est quasiment le double de celle des 65 ans et plus. Le groupe des 20 à 44 ans a le plus faible taux de conduite sans alcool. Le groupe de 45 ans et plus est le moins susceptible d'aller chez le dentiste. De leur côté, les femmes francophones sont plus susceptibles que les hommes francophones à avoir besoin d'aide pour accomplir des activités de vie quotidienne.

La majorité des francophones sont concentrés dans les régions Nord-Est et Est de la province. Il faut alors se demander dans quelle mesure les différences observées révèlent une caractéristique régionale plutôt qu'une réalité propre à toute la population francophone. Si on ne peut nier l'influence des différentes régions sur certains comportements relatifs à la santé, on doit préciser, cependant, qu'il s'agit là d'un élément dans une série complexe de facteurs explicatifs. En outre, la valeur de la dimension régionale n'est pas toujours importante. Ainsi, le taux plus élevé d'utilisation des services d'urgence chez les francophones ne diffèrent pas d'une région à l'autre. Les francophones dans toutes les régions ont plus tendance à fumer que les non-francophones.

Ces multiples explications précisent davantage la réalité suivante : celle du caractère unique de la population francophone et, par conséquent, la nécessité de lui offrir des programmes et des services adaptés à ses besoins.

Services de santé

On ne saurait en rester à l'identification des besoins, sans passer ensuite à la « mise en lumière de l'importance relative de ces besoins dans le but de mieux en établir les priorités. En outre, il faut bien comprendre la conjecture des besoins de manière à profiter [...] de toutes les possibilités d'amélioration de la santé de la population ou, du moins, pour être en mesure d'aller à la racine du problème »³. Les données du présent rapport suggèrent des pistes pour établir les priorités en matière de programmes et de services de santé.

Premièrement, certaines différences entre les francophones et les autres groupes linguistiques ont trait aux habitudes de vie et aux comportements en matière de santé. Certaines de ces différences se révèlent positives et méritent d'être accentuées, comme la pratique de l'activité physique; d'autres, comme le tabagisme et les soins dentaires, sont plus négatives et requièrent une intervention énergique et des solutions adaptées à la culture francophone.

Deuxièmement, l'absence de différences statistiquement significatives entre les groupes linguistiques ne doit pas minimiser l'importance de certains résultats communs à l'ensemble de la population ontarienne, y compris la communauté francophone. Ainsi, le faible taux d'utilisation de condoms par les personnes ayant de multiples partenaires, le fait que moins de la moitié des Ontariens ait un poids « acceptable », le fait aussi que 4 % des Ontariens de 12 ans et plus aient vécu un épisode dépressif, sont des réalités incontournables aussi bien pour la communauté francophone que pour la population ontarienne dans son ensemble.

Finalement, ce rapport reconnaît l'existence de groupes plus vulnérables au chapitre des déterminants de la santé au sein de la communauté francophone. Il est essentiel d'en tenir compte. Bien qu'ils ne soient pas les seuls à être vulnérables, les aînés forment certainement un groupe cible au sein de la communauté francophone. En effet, ce groupe a tendance à être sous-scolarisé en raison de son histoire et de son inaccessibilité à des écoles francophones à leur époque. Parmi ce groupe, il faut souligner qu'une femme francophone sur trois, de 75 ans et plus, se situe sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada. Si l'on ajoute à cela le manque d'assurance-soins dentaires, le besoin d'aide dans l'accomplissement d'activités quotidiennes, l'isolement résultant d'une diminution du soutien social, on découvre la racine du problème. Seule une

intervention visant à remédier aux multiples facettes de cette situation peut offrir la possibilité d'améliorer l'état de santé de ce groupe cible.

Malgré les lacunes de l'ESO 1996/97 en ce qui concerne l'utilisation des services de santé par les francophones, certaines différences méritent d'être soulignées. Ainsi, les francophones recourent davantage aux services d'urgence et utilisent moins les services dentaires que les anglophones. Par ailleurs, les femmes francophones consultent davantage les professionnels de la santé mentale que les autres Ontariennes.

Les services de santé en français en Ontario préoccupent grandement les francophones de la province. Les difficultés des francophones à voir des services de santé en français sont bien documentées^{4,5}. Santé Canada et Price Waterhouse Limited ont reconnu qu'un stress supplémentaire vient aggraver des situations déjà anxiogènes, telle la maladie, lorsque la personne ne peut pas se servir de sa langue maternelle pour exprimer ses sentiments, ses symptômes ou ses besoins et, qu'en plus, elle n'a aucune certitude d'être bien comprise par les prestataires de soins et de services⁶. Dans le même ordre d'idées, la Fondation ontarienne de la recherche sur la toxicomanie a affirmé qu'en raison « de la sous-représentation des intervenants francophones dans le secteur des services sociaux et de la santé, les institutions ontariennes de soins de santé n'ont pas toujours reconnu les différences caractérisant la communauté francophone et n'ont pas répondu à ses besoins »⁷.

Dans ce rapport, les auteures ont mis l'accent sur les différences entre les francophones et les autres groupes linguistiques. Ce n'est pourtant pas un état de santé meilleur ou pire qui accordera ou non aux francophones le droit aux services de santé dans leur langue. Il s'agit d'un de leurs droits fondamentaux. De plus, certaines questions de santé transgressent les frontières linguistiques et sont, par nature, importantes pour tous les Ontariens. En insistant sur les besoins précis des francophones et en cherchant à maintenir leurs acquis, ce rapport cherche à faciliter la livraison de services de qualité adaptés aux réalités culturelles et linguistiques de la communauté franco-ontarienne. Pour ce faire, certaines conditions s'imposent : un engagement sérieux envers les services de santé en français; des structures favorisant la formation de professionnels francophones en Ontario; la consolidation d'un réseau convivial pour les consommateurs et les prestataires de soins ainsi qu'un accès assuré aux services déjà existants.

Orientations de la recherche

La rédaction de ce rapport a permis de constater l'absence de données dans certains domaines et des limites méthodologiques. Les auteures tiennent à les souligner afin qu'on tente de remédier à cette situation dans le cadre de futures initiatives.

- Rappelons que le présent rapport ne contient aucune information sur la santé des enfants de moins de 12 ans, ce groupe étant exclu de l'ESO 1996/97. Néanmoins, il aurait été intéressant de connaître la prévalence de l'asthme dans ce groupe, compte tenu du pourcentage moins élevé de francophones qui vivent dans des foyers sans fumée.
- Malgré le recours à une définition élargie de la santé, l'absence d'analyses portant sur le logement, la violence, la santé au travail, les taux d'assistance sociale ou plusieurs autres indicateurs sociaux, limite la portée de ce rapport.
- En raison de la faible taille de l'échantillon, certaines analyses selon l'âge, le sexe, le niveau de scolarité ou le revenu n'ont pu être assez approfondies.
- Plusieurs banques de données provinciales, comme celles des taux relatifs à la santé reproductive, à la mortalité ou à l'hospitalisation, ne contiennent aucune information de nature linguistique. De tels renseignements seraient précieux et permettraient un éclairage sur certaines « tendances » que les auteures ont souligné sans pouvoir les étayer.
- Les études provinciales et régionales ne s'appuient pas sur une définition commune et uniformisée du terme « francophone ».

En raison de ces limites, ce rapport se veut un point de départ plutôt qu'un point d'arrivée. Il demeure essentiel de poursuivre les recherches et d'en compléter les résultats. Ainsi, au fil des ans, il sera possible de vérifier la progression des Franco-Ontariens vers une meilleure santé et un plus grand bien-être.

Recommandations

À la suite des recherches et des conclusions de cette étude, les auteures formulent les recommandations suivantes :

1. Que les responsables d'études, particulièrement ceux qui sont subventionnés par les gouvernements fédéral et provincial, utilisent la même définition de « francophone », préférablement celle de « langue maternelle ».
2. 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 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 de l'Ontario;
 - iii) que le ministère de la Santé 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.
3. Que, dans les enquêtes à venir, on assure l'obtention d'un échantillon francophone de taille suffisamment grand pour permettre des analyses fiables et des comparaisons entre plusieurs variables et plusieurs régions.
4. 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 recours aux services d'urgence? Pourquoi ont-ils moins recours aux services dentaires?
5. 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 aînés, etc. Pour intervenir efficacement auprès de ces sous-groupes, on aurait intérêt, dans un premier temps, à consulter les rapports existants.
6. Que l'influence des déterminants de la santé 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 chez les Franco-Ontariens comme un des principaux défis à relever lors de la mise en œuvre de programmes.

7. 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.
8. 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 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.
9. Pour faire suite à ce premier 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.

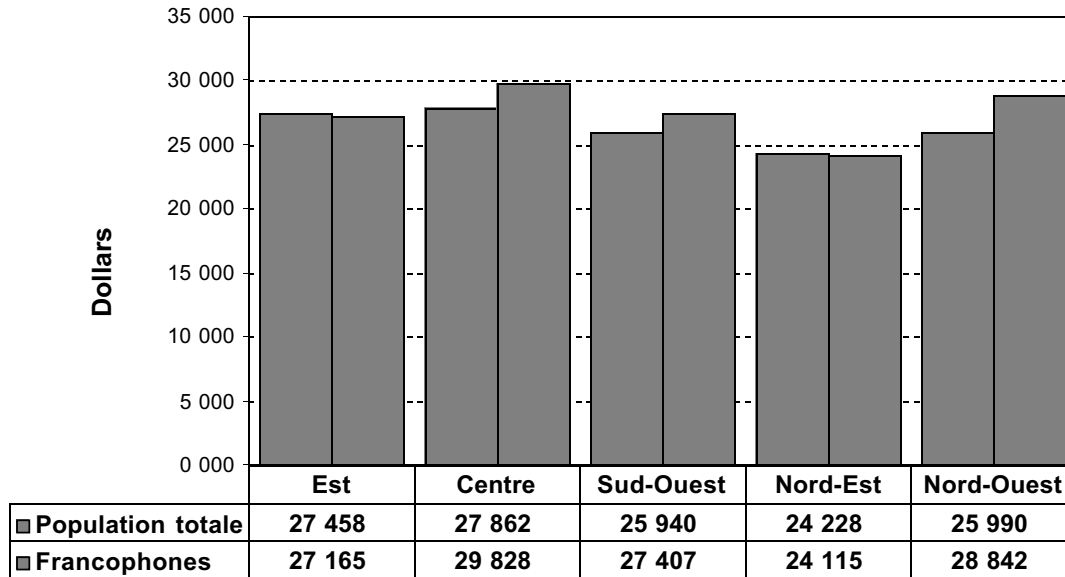
Références

1. 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.
2. Service de la santé d'Ottawa-Carleton et Nadeau, Beaulieu et Associé.e.s. (1995). *Rejoindre les francophones: Faut l'faire!* Ottawa: Auteur.
3. Ministère de la Santé de l'Ontario. (1997). *op. cit.*
4. Santé Canada et Price Waterhouse Limited. (1996). *Le tabagisme chez les francophones: Évaluation préliminaire des besoins des francophones en matière de programmes de prévention et d'abandon du tabagisme au Canada*. Ottawa: ministère des Approvisionnements et Services Canada.
5. Fondation de la recherche sur la toxicomanie. (1995). *L'usage des drogues en Ontario*. Toronto: Auteur.
6. Comité de l'étude des besoins en santé mentale des francophones. (1996). *L'Étude des besoins des francophones du Toronto Métropolitain ayant des problèmes de santé mentale sévères: « Je connais seulement les mots en français »*. Toronto: Le Conseil régional de santé du Toronto métropolitain.
7. Fondation de la recherche en toxicomanie. (1995). *op. cit.*

Annexes

Annexe A

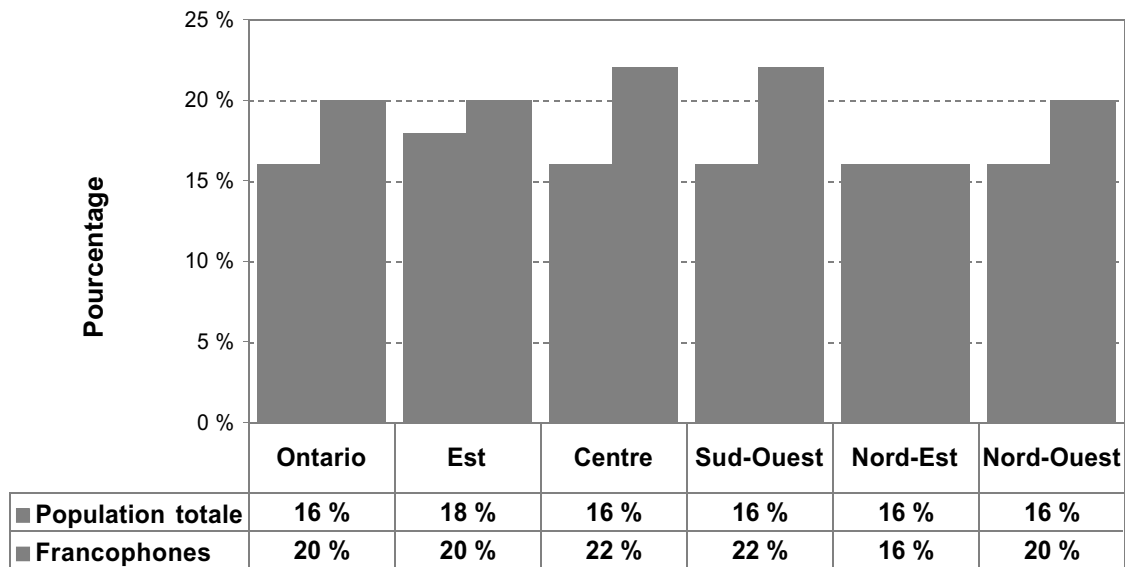
Revenu total moyen par personne, selon la région — francophones et population totale de l'Ontario



Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

Annexe B

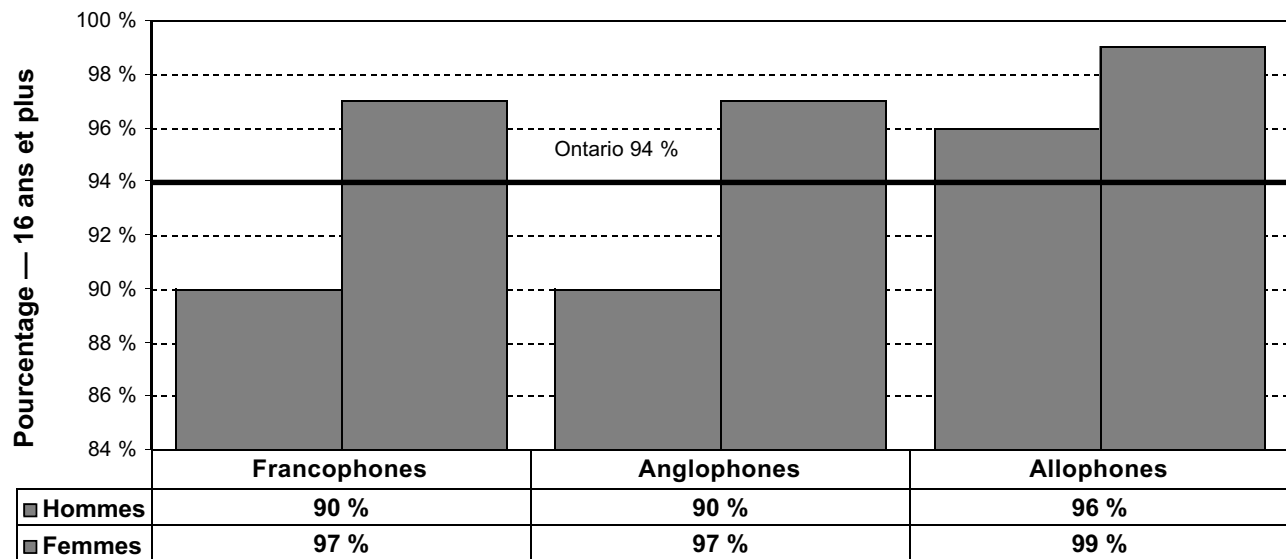
Personnes dans les ménages non familiaux, selon la région — francophones et population totale de l'Ontario



Source : Statistique Canada, Recensement 1996, 2B, OAF

Annexe C

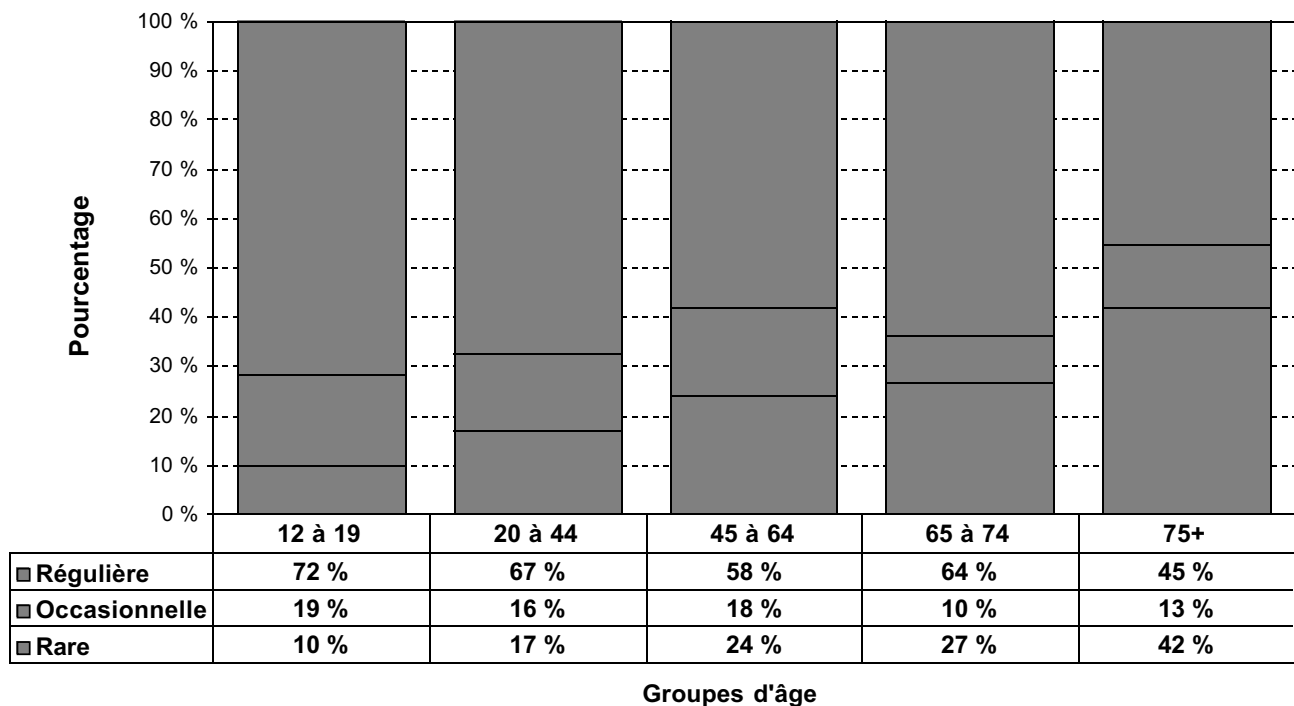
Proportion de conducteurs n'ayant pas bu de boissons alcoolisées avant de prendre le volant, selon le sexe et le groupe linguistique



Source : ESO 96/97

Annexe D

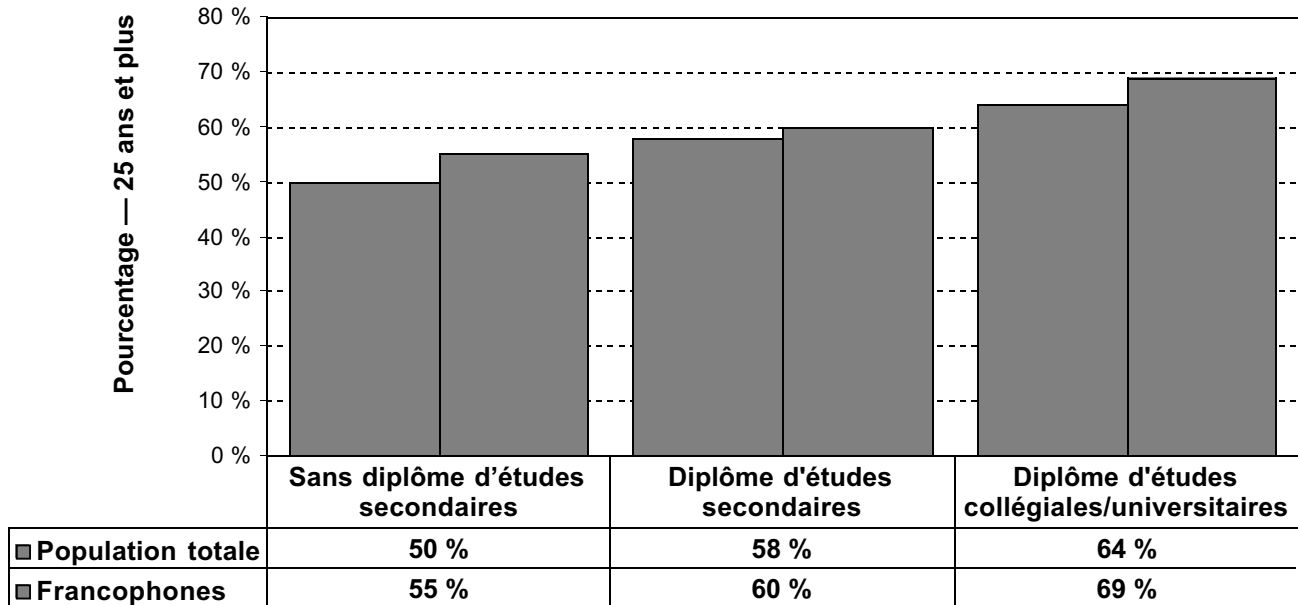
Fréquence d'activité physique, selon l'âge — population francophone



Source : ESO 96/97

Annexe E

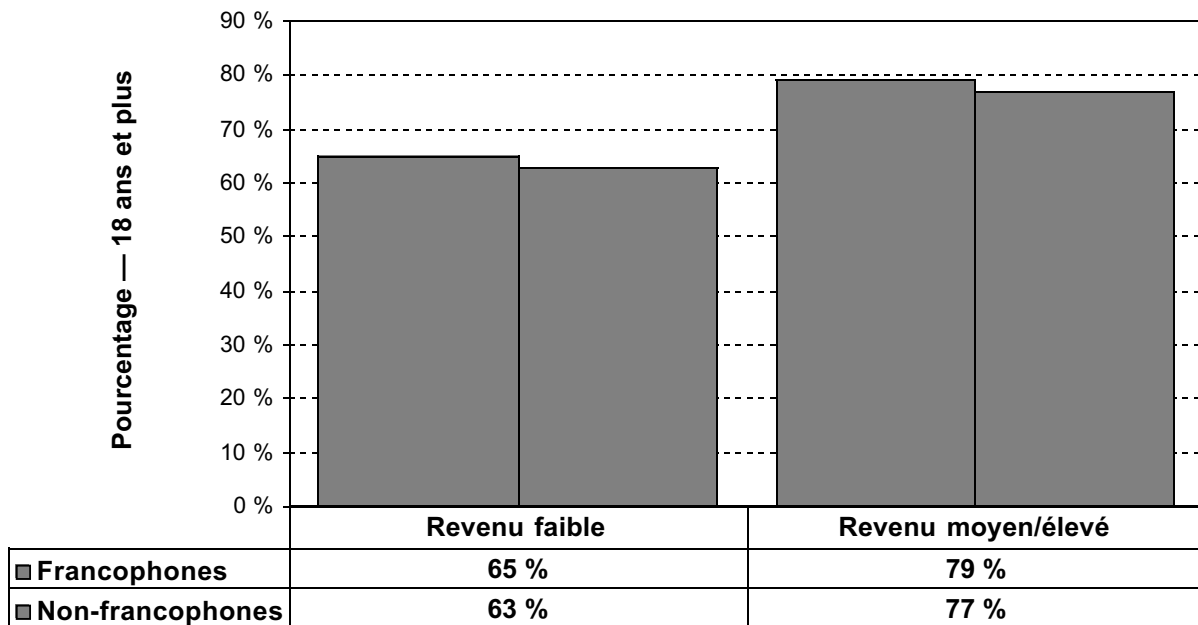
Activité régulière, selon le niveau de scolarité — francophones et population totale de l'Ontario



Source : ESO 96/97

Annexe F

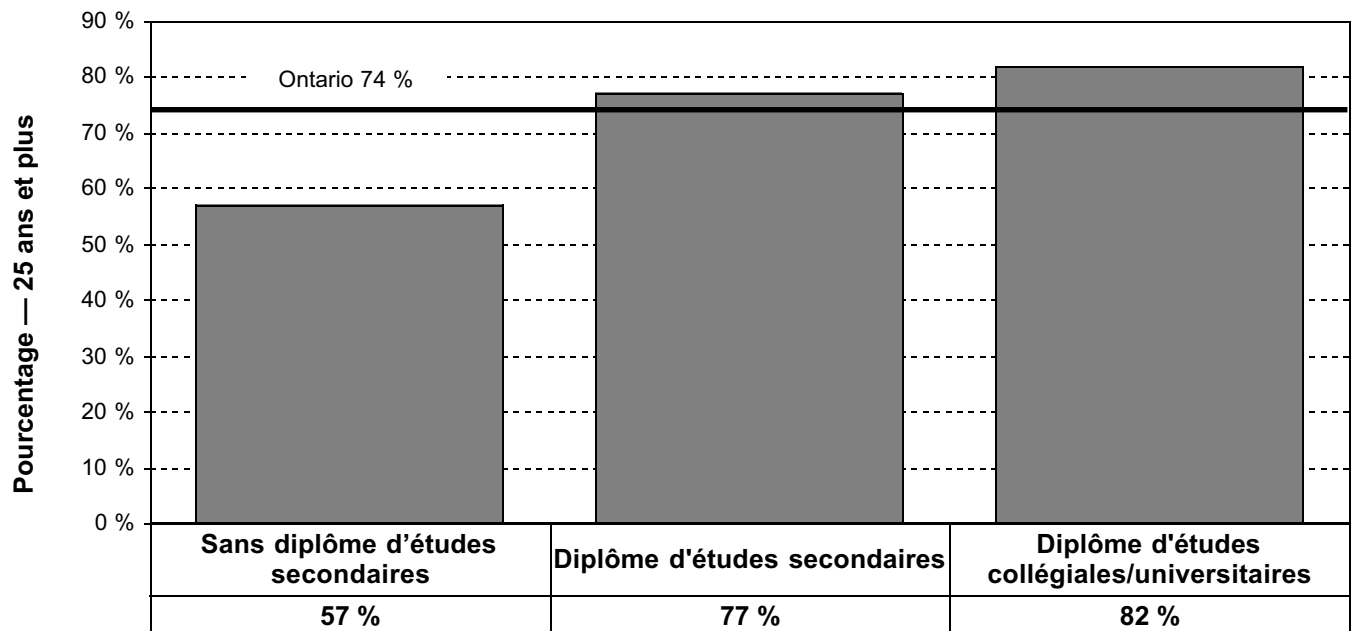
Test PAP, selon le revenu — femmes francophones et non francophones



Source : ESO 96/97

Annexe G

**Proportion des femmes francophones ayant passé le test PAP
au cours des trois dernières années, selon le niveau de scolarité**



Source : ESO 96/97

Achévé d'imprimer en octobre 1999
sur les presses d'Acme Printers
et de l'Université Laurentienne à Sudbury.

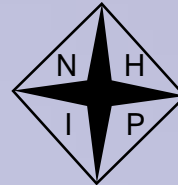


Sudbury & District

Health Unit
Service de
santé publique



centre de
santé
communautaire
de sudbury



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



Université d'Ottawa
University of Ottawa

