

Reflets

Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire



L'état de santé de la population francophone de l'Ontario

Louise Picard and Denise Hébert

Volume 5, Number 2, Fall 1999

La santé des francophones de l'Ontario

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/026270ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/026270ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire

ISSN

1203-4576 (print)

1712-8498 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Picard, L. & Hébert, D. (1999). L'état de santé de la population francophone de l'Ontario. *Reflets*, 5(2), 64–102. <https://doi.org/10.7202/026270ar>

Tous droits réservés © Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire, 1999

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

L'état de santé de la population francophone de l'Ontario

Louise Picard et Denise Hébert

Introduction

«...afin de mieux planifier les services et les programmes en matière de santé pour la population francophone de l'Ontario, il faut avoir accès à des renseignements fiables et récents sur son état de santé.»

À l'aube de l'an 2000, afin de mieux planifier les services et les programmes en matière de santé pour la population francophone de l'Ontario, il faut avoir accès à des renseignements fiables et récents sur son état de santé. Jusqu'à maintenant, certaines études ont abordé des aspects particuliers de la santé des francophones de l'Ontario, comme celui des femmes francophones, des personnes âgées, de certaines régions ou comtés de la province. De plus, elles ont traité de problématiques spécifiques telles le tabagisme ou l'usage de l'alcool et des drogues. Toutefois, ces études ne permettent pas d'avoir un portrait global de la santé de l'ensemble de la population francophone. Par conséquent, le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) du ministère de la Santé de l'Ontario a entrepris de faire une étude afin d'établir ce portrait. Cette enquête, dont les résultats sont contenus dans le *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (REDSP 1999) poursuivait les objectifs suivants :

1. tracer le meilleur profil possible de l'état de santé et des comportements affectant la santé des Franco-Ontariens;
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 provincial pour l'intercession, la prise de décision, la planification des programmes et la prestation des services.

Les quatre premiers objectifs serviront de trame de fond à cet article. Premièrement, on fera d'abord quelques précisions méthodologiques. Deuxièmement, on présentera les principales constatations contenues dans le *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Troisièmement, on comparera l'état de santé des francophones à celui de l'ensemble de la population de la province. Quatrièmement, on décrira la perception qu'ont les francophones de l'Ontario de leur état de santé général, les principaux problèmes chroniques de santé qui les affectent ainsi que leur état de santé mentale. Cinquièmement, on se penchera sur leurs comportements en matière de santé. Finalement, comme le rapport a été principalement rédigé à l'intention des planificateurs, des décideurs et des intervenants en santé publique, on accordera une attention particulière à l'identification des besoins actuels des francophones de l'Ontario. Ainsi, après avoir présenté un portrait global de leur état de santé, on suggèrera quelques pistes afin de faciliter la prestation de services de qualité adaptés aux réalités culturelles, linguistiques, voire géographiques, de la population franco-ontarienne.

Quelques précisions

Jusqu'à présent, peu de recherches ont porté sur la santé des francophones à l'échelle provinciale. C'est la première fois qu'une enquête de cette envergure est réalisée sur l'état de santé des francophones en Ontario, dans le but d'identifier les besoins uniques de cette population. Cela peut sembler surprenant, compte tenu du fait que l'Ontario est la province canadienne qui compte le plus

«C'est la première fois qu'une enquête de cette envergure est réalisée sur l'état de santé des francophones en Ontario, dans le but d'identifier les besoins uniques de cette population.»

grand nombre de francophones vivant hors du Québec. Regroupant plus de 540 000 personnes, la population francophone représente le groupe minoritaire le plus important en Ontario. De plus, dans les collectivités où les francophones représentent plus de 10 % de la population ou dans les centres urbains où on en dénombre au moins 5 000, la *Loi sur les services en français* (1986) garantit la prestation de services en français, dont les services de santé.

Certes, plusieurs études ont révélé certains renseignements fort utiles au sujet de la santé de la population francophone. Par exemple, certaines recherches réalisées avec les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO 1990) (Ministère de la Santé de l'Ontario 1992), ont révélé des taux supérieurs de tabagisme, une consommation précoce d'alcool et des taux inférieurs de consommation de médicaments d'ordonnance (Andrew *et al.* 1997; Boudreau et Farmer, 1997; Bénéteau *et al.* 1995; Fondation de la recherche en toxicomanie, 1995). S'appuyant aussi sur les données de l'ESO 1990, la Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario a dressé un bilan de l'état de santé et des besoins en matière de services offerts aux femmes francophones en Ontario¹. Une autre enquête provinciale, menée auprès des femmes francophones âgées de 45 à 64 ans, s'est penchée sur les stratégies visant à trouver une solution aux besoins identifiés après avoir examiné les caractéristiques socio-environnementales et de santé de ce groupe (Garceau *et al.* 1992). Quant à McKellar (1999), celle-ci a établi le profil provincial des aînés francophones à partir du recensement de 1991 et des données de l'ESO de 1990². Finalement, les constats de plusieurs études régionales sont venus soutenir la description de la population francophone en Ontario au plan de son état de santé et de ses besoins en matière de services (DeWit *et al.* 1996; De Wit *et al.* 1995; Andrew *et al.* 1997).

Compte tenu du nombre limité de données accessibles pour la rédaction du *Rapport sur la santé des francophones en Ontario*, les chercheuses ont consulté ces études provinciales et régionales afin d'effectuer une analyse secondaire des données existantes et ce, dans le but de faire ressortir les données pertinentes aux francophones de l'Ontario. Cela dit, le « fichier commun » de

l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO 1996/97) et le recensement canadien de 1996 ont servi de sources principales de données pour les analyses effectuées dans le *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* et dans le présent article³.

Aux fins de l'Enquête sur la santé de l'Ontario de 1996-97, le ministère de la Santé a demandé à Statistique Canada de sur-échantillonner la population ontarienne afin d'assurer la représentativité des échantillons, une fois répartie selon divers critères. L'échantillon ontarien était constitué des personnes suivantes : des résidents de ménages, à l'exception de la population des réserves indiennes; des personnes vivant en établissement, tels que les hôpitaux; des résidents des bases de Forces armées canadiennes et de certaines régions éloignées; et des ménages sans téléphone. Parmi les 36 892 répondants, 2 458 étaient francophones. Ce pourcentage (6,6 %) est légèrement supérieur à celui de la population francophone recensée en Ontario (5 %).

Dans l'ESO 1996-97, afin d'établir l'état de santé des Franco-Ontariens, des renseignements généraux ont été recueillis auprès de tous les membres de ménages choisis au hasard, parmi lesquels un membre, âgé de 12 ans ou plus et également choisi au hasard, a été interviewé sur son état de santé. Les lignes directrices de Statistique Canada ont servi de guide pour l'analyse et la diffusion des résultats (Statistique Canada, 1998).

Aux fins de ce rapport, la définition du terme « francophone » retenue est celle de Statistique Canada et s'appuie sur la langue maternelle du répondant. Lors du recensement, la question servant à déterminer l'appartenance linguistique est la suivante : Quelle est la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise? À cette question, les personnes qui ont indiqué plus d'une langue maternelle, dont le français, ont été incluses dans l'enquête. Toutefois, l'absence d'une définition standardisée du terme « francophone » a rendu difficile la comparaison entre l'état de santé actuel des francophones et celui relevé lors d'études précédentes.

«Toutefois, l'absence d'une définition standardisée du terme « francophone » a rendu difficile la comparaison entre l'état de santé actuel des francophones et celui relevé lors d'études précédentes.»

Afin de présenter une comparaison entre l'état de santé des Franco-Ontariens et celui de l'ensemble de la population de l'Ontario, nous avons effectué certaines comparaisons avec des

sous-groupes linguistiques de cette population générale, notamment les anglophones et les allophones.

Pour cette étude, les chercheuses se sont inspirées des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, émises par le ministère de la Santé de l'Ontario (1997) pour déterminer la structure et le choix des indicateurs de santé. Afin de dresser un portrait plus général de l'état de santé des francophones, des indicateurs supplémentaires ont été utilisés là où les ouvrages recensés suggéraient des différences possibles chez les francophones.

Au fil des années, les francophones de l'Ontario ont fait des gains appréciables au plan économique et en matière de santé⁴. Ces gains font en sorte que certaines caractéristiques qui les différenciaient jadis des autres résidents de l'Ontario s'amenuisent peu à peu. Néanmoins, cet article souligne que le caractère unique de la population francophone mérite une attention particulière de la part des preneurs de décision et des prestataires de services.

État de santé général

Les enquêtes provinciales sur la santé les plus récentes du ministère de la Santé de l'Ontario définissent la santé comme un moyen ou un outil de la vie quotidienne et comme un objectif de vie (ESO 1990; ESO 1996-97). L'évaluation de l'état de santé d'une personne est donc étroitement liée à la définition culturelle de la santé ou de la maladie et à la nature des solutions disponibles. Par conséquent, l'état de santé des Franco-Ontariens est influencé par leurs conditions de vie, telles leur niveau de revenu, leur niveau de scolarité ou leur accès, souvent limité, aux services, etc.

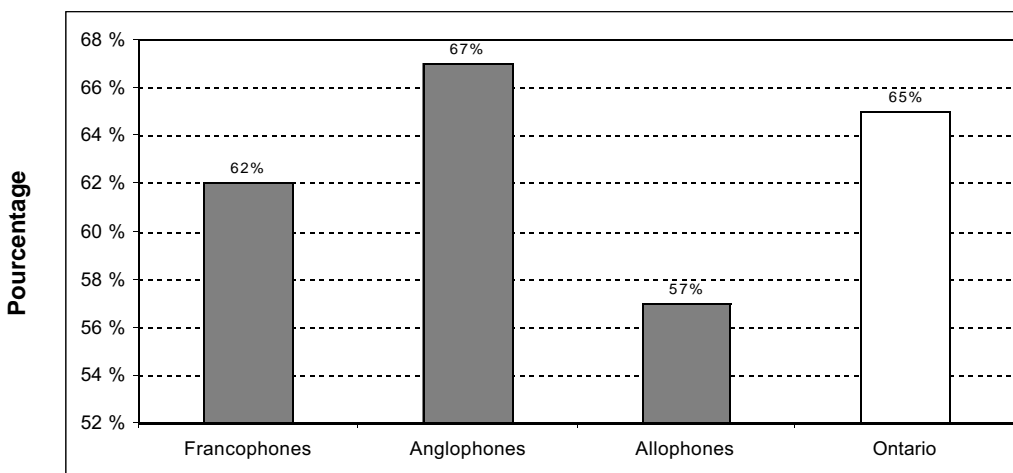
Auto-évaluation de la santé

Certaines études suggèrent que les francophones perçoivent leur état de santé comme étant moins bon si on le compare à la perception qu'en ont les anglophones. C'est chez les personnes âgées que cette différence est la plus marquée (Boudreau et Farmer, 1997). Les analyses de l'ESO 1996-97 révèlent des résultats semblables. En effet, 62 % des francophones sont portés à qualifier

«En effet, 62 % des francophones sont portés à qualifier leur état de santé de « très bon » ou d'« excellent », alors que dans l'ensemble de la population ontarienne la proportion est légèrement plus élevée (65 %).»

leur état de santé de « très bon » ou d'« excellent », alors que dans l'ensemble de la population ontarienne la proportion est légèrement plus élevée (65 %). Cette différence persiste pour tous les groupes d'âge. Toutefois, la proportion de personnes qui qualifient leur état de santé d'« excellent » ou de « très bon » diminue avec l'âge. Par ailleurs, parmi les groupes linguistiques de l'Ontario, seuls 57 % des allophones affirment que leur état de santé est « excellent » ou « très bon » (Figure 1).

Figure 1 — Perception de l'état de santé élevé, selon le groupe linguistique, pourcentage des 12 ans et plus



Source : ESO 96/97

Limitation d'activités et incapacités

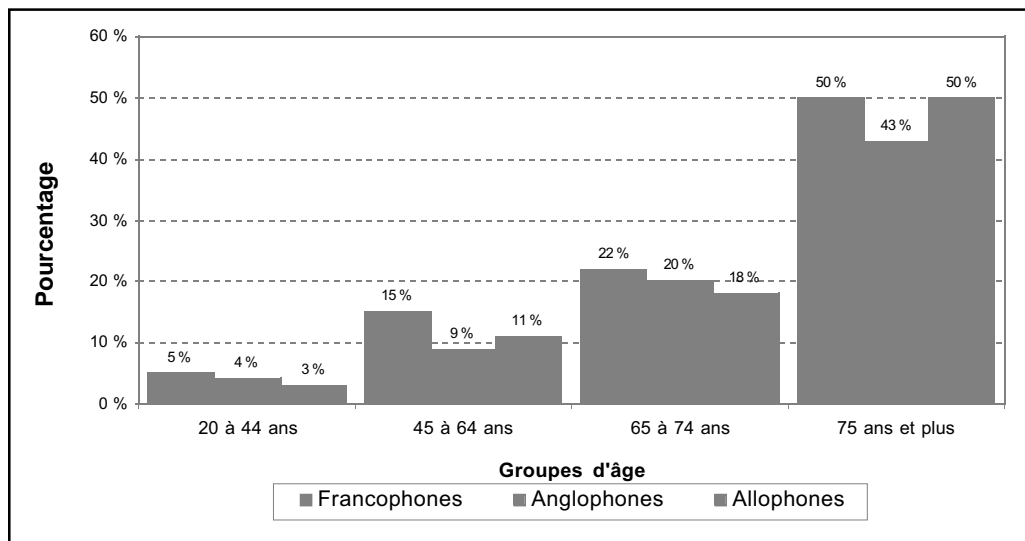
Avant de discuter de limitation d'activités due à une incapacité, il faut souligner que la présence d'une invalidité prolongée ou d'un handicap ne conduit pas nécessairement à une mauvaise évaluation de son état de santé. Ainsi, une personne ayant une incapacité peut se considérer en bonne santé si elle possède une bonne

«...une plus forte proportion de francophones a signalé au moins une limitation d'activités de la vie quotidienne attribuable à des incapacités physiques ou mentales, par comparaison à l'ensemble de la population.»

capacité d'adaptation (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994).

D'après le recensement de 1996, une plus forte proportion de francophones a signalé au moins une limitation d'activités de la vie quotidienne attribuable à des incapacités physiques ou mentales, par comparaison à l'ensemble de la population (Figure 2). Cette différence peut s'expliquer, en partie, par le fait que la population francophone est plus âgée que les autres groupes linguistiques de la province. De plus, on sait que les limitations d'activités s'accroissent généralement avec l'âge.

Figure 2 — **Besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne, selon les groupes linguistiques et les groupes d'âge**



Source : ESO 96/97

Selon l'ESO 1996-97, il n'existe pas de différence significative, au niveau des incapacités ou des handicaps à long terme, entre les francophones (11 %) et les anglophones (10 %), bien que les

«Une plus grande proportion de francophones (11 %) que d'anglophones (9 %) ont indiqué avoir besoin d'assistance pour accomplir au moins une activité de la vie quotidienne.»

pourcentages de ces deux groupes soient plus élevés que chez les allophones (8 %). De plus, on note une prévalence d'invalidité dans le Nord de la province. Cette différence est probablement due à une proportion plus élevée d'invalidités prolongées chez les hommes francophones (16 %) que chez les hommes en général (9 %). Il va de soi que ceux qui ont un moindre niveau de scolarité ont tendance à choisir des métiers qui les prédisposent à travailler de longues heures, dans des conditions difficiles de travail ou encore à accomplir un travail plus physique et souvent plus dangereux (Andrew *et al.* 1997).

Une plus grande proportion de francophones (11 %) que d'anglophones (9 %) ont indiqué avoir besoin d'assistance pour accomplir au moins une activité de la vie quotidienne. Par ailleurs, les femmes francophones sont plus susceptibles que les hommes francophones à avoir besoin d'aide à ce chapitre. Bien que le besoin d'aide croisse avec l'âge, on note une croissance accélérée entre le groupe des aînés francophones de 65 à 74 ans et ceux de 75 ans et plus.

Problèmes chroniques de santé et blessures

Les problèmes chroniques de santé représentent la principale cause de mortalité en Ontario. Parmi ceux-ci, on trouve les maladies cardiaques, le cancer, les accidents cérébraux vasculaires, l'hypertension, les maladies pulmonaires (emphysème, bronchite, asthme), le diabète, les troubles locomoteurs, et bien d'autres. Les problèmes chroniques de santé constituent une épidémie moderne en termes de morts prématurées, d'invalidités et de coûts de soins de santé (Ministère de la Santé de l'Ontario 1997).

Au Canada, les maladies cardiaques ont coûté 7,3 milliards de dollars au système de soins de santé en 1995 (NHIP 1998). La prévention des problèmes chroniques de santé exige des stratégies globales axées sur de multiples facteurs de risque ainsi que l'amélioration de l'environnement social pour favoriser une vie saine (Ministère de la Santé de l'Ontario 1997). Certaines personnes, voire certains groupes, ont une prédisposition aux problèmes chroniques de santé. Par exemple, même en contrôlant des variables telles l'âge, le sexe, etc., certains groupes ethniques,

«Dans la population francophone, on trouve des taux légèrement plus élevés d'asthme, de bronchite, d'emphysème et d'hypertension artérielle que dans l'ensemble de la population...»

socioéconomiques ou géographiques sont plus vulnérables aux maladies cardiaques. Les résultats qui suivent soulignent certaines différences entre la population francophone et les autres groupes linguistiques de l'Ontario.

Problèmes chroniques de santé

Dans la population francophone, on trouve des taux légèrement plus élevés d'asthme, de bronchite, d'emphysème et d'hypertension artérielle que dans l'ensemble de la population (Tableau 1). Ces résultats ne sont pas surprenants, compte tenu des taux de tabagisme plus élevés parmi la population francophone. Les taux de maladies cardiaques ne diffèrent pas au plan statistique, même s'ils frôlent le seuil de signification. Par ailleurs, les taux de problèmes musculo-squelettiques étaient aussi légèrement plus élevés au sein de la population francophone. Il s'agit là d'une conclusion conforme à l'analyse de l'ESO 1990 (Andrew *et al.* 1997).

Tableau 1 — Problèmes chroniques de santé, 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

«Par ailleurs, les taux de problèmes musculo-squelettiques étaient aussi légèrement plus élevés au sein de la population francophone.»

Blessures

Dans les enquêtes sur la santé en Ontario, on n'a relevé aucun écart entre le taux de blessures des francophones (9 %) et celui de l'ensemble de la province ou celui des autres groupes linguistiques. Cela dit, contrairement à ce que l'on observe dans les autres groupes de la province, il n'existe pas de différence significative, chez les francophones, entre les hommes et les femmes au niveau des blessures graves.

Santé mentale

La santé mentale est un concept complexe. Selon Santé Canada, il s'agit de :

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 (Ministère de la Santé et du bien-être social 1988, 49).

La santé mentale 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 vie (Blanchet *et al.* 1993). 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'aide (Ministère de la Santé de l'Ontario 1992).

Les problèmes de santé mentale se manifestent par un ensemble de comportements dysfonctionnels, notamment des 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 conséquences néfastes.

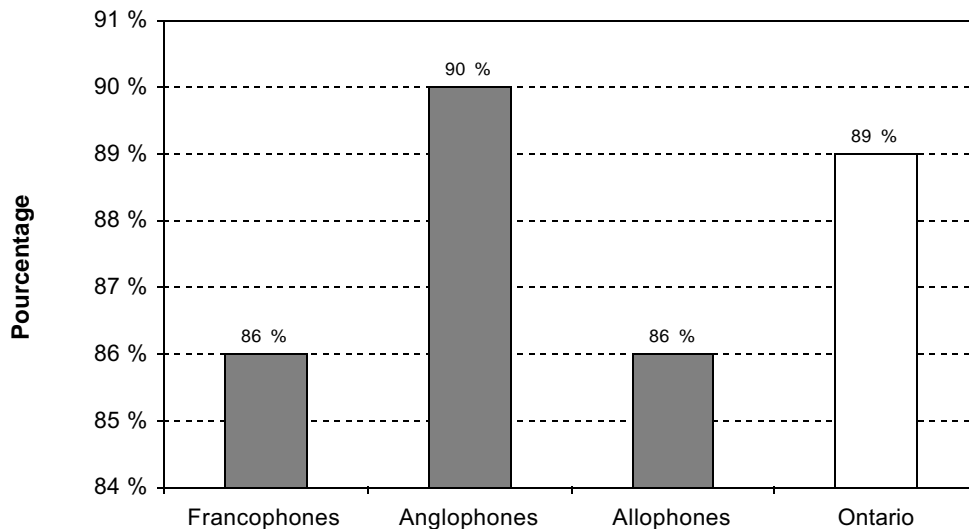
«...une plus faible proportion de francophones (86 %) qualifiaient leur niveau de soutien social comme étant « élevé » comparativement à l'ensemble de la population (89 %) et à la population anglophone (90 %).»

Soutien social

Le soutien social est considéré comme un important déterminant de la santé. Selon Mustard et Frank, « les relations sociales influent aussi fortement sur la santé que des facteurs tels le tabagisme, l'activité physique, l'obésité ou la tension artérielle » (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1994).

En 1996, une plus faible proportion de francophones (86 %) qualifiaient leur niveau de soutien social comme étant « élevé » comparativement à l'ensemble de la population (89 %) et à la population anglophone (90 %). Aucune différence n'apparaissait toutefois entre la population allophone et la population francophone (Figure 3).

Figure 3 — Niveau d'appui social élevé, selon les groupes linguistiques



Source : ESO 96-97

Utilisation des services

Certaines études régionales ont déjà souligné que la carence de services demeure le problème principal dans le secteur de la prestation des services de santé mentale en français (Price Waterhouse 1993). Le manque de professionnels francophones et l'usage de certains modes d'intervention plus adaptés à la culture anglophone se révèlent aussi des problèmes de taille (Price Waterhouse 1993; Action Éducation Femmes Ontario 1993). Ceux et celles qui nécessitent des services doivent donc souvent s'en passer ou avoir recours à des services qui ne correspondent pas à leur langue ou à leur culture.

« La proportion de la population francophone (8 %) ayant consulté un professionnel de la santé mentale au cours de la dernière année est légèrement supérieure à celle des non-francophones (6 %). »

La proportion de la population francophone (8 %) ayant consulté un professionnel de la santé mentale au cours de la dernière année est légèrement supérieure à celle des non-francophones (6 %). Toutefois, lorsqu'on divise ce dernier groupe entre les anglophones et les allophones, on note que l'écart entre les francophones et les anglophones (7 %) n'est pas significatif, contrairement à celui entre les francophones et les allophones (5 %).

Les francophones semblent également plus susceptibles d'avoir vécu un épisode dépressif sérieux au cours des douze derniers mois, comme l'indique la proportion plus élevée de francophones (5 %) que de non-francophones (4 %). Toutefois, lorsque ce dernier groupe est divisé, on note que la différence entre les francophones et anglophones (4 %) n'est pas significative. Par contre, elle le devient si on compare les allophones (3 %) aux francophones.

Une plus forte proportion de femmes que d'hommes francophones consultent des professionnels de la santé mentale. De plus, on note que les femmes francophones semblent davantage souffrir de dépression que les hommes francophones. De plus, elles (6 %) ont davantage tendance à fréquenter souvent les professionnels de la santé mentale (quatre visites ou plus par année), comparativement à l'ensemble des femmes de la province (4 %).

Les études consultées indiquent que les besoins des Franco-Ontariens en matière de services de santé mentale sont considérables. Et il est clair que des recherches plus approfondies s'imposent sur la question de la valorisation de l'identité culturelle

et linguistique en ce qui a trait à la santé mentale. De plus, des recherches devront être menées sur la prévalence et les signes précurseurs des problèmes de santé mentale et sur les modes efficaces d'intervention.

Comportements et santé

Au sein des programmes de santé publique 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 » (Ministère de la Santé de l'Ontario 1997 : 55). Ces objectifs ne peuvent être atteints que par l'adoption de comportements sains tant par les individus que par les familles. Dans l'optique des *Lignes Directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* (1997) et compte tenu des limites des données disponibles, les variables suivantes ont été retenues : le tabagisme, l'alcool, le poids-santé et l'activité physique, la santé sexuelle et l'allaitement maternel.

Tabagisme

Selon Santé Canada et Price Waterhouse (1996) :

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 (1996 : 55).

«En Ontario, on trouve chez les francophones une proportion plus forte de fumeurs que dans les autres groupes linguistiques.»

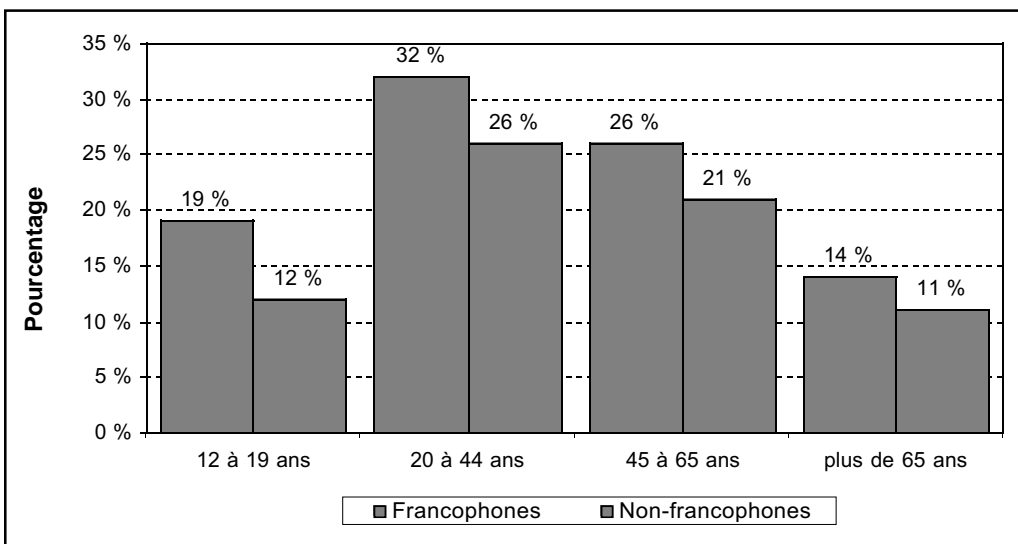
En Ontario, on trouve chez les francophones une proportion plus forte de fumeurs que dans les autres groupes linguistiques. En 1996, on a relevé un taux plus élevé de fumeurs (de 12 ans et plus) parmi les francophones (30 %) que chez les anglophones (27 %) ou les allophones (19 %). En outre, si on limite la comparaison aux fumeurs quotidiens actuels, ces différences persistent : francophones (26 %), anglophones (22 %) et allophones (14 %). L'écart entre les groupes linguistiques demeure également constant pour tous les groupes d'âge (figure 4). De plus, 39 % des francophones affirment n'avoir jamais fumé comparativement à 47 % de l'ensemble de la population.

Dans l'ensemble de la province, on a établi un lien entre le revenu et le tabagisme. Et ce lien se vérifie chez les francophones puisque 37 % des francophones à faible revenu fument quotidiennement alors que le pourcentage diminue à 24 % chez les personnes à revenu moyen ou élevé. Il existe aussi un lien entre les niveaux de revenu actuels et l'âge auquel les francophones ont commencé à fumer.

En plus du taux plus élevé de tabagisme parmi les francophones, on note aussi chez eux une plus grande exposition à la fumée secondaire. En effet, le taux des francophones (62 %) vivant dans des maisons sans fumée était plus faible que celui de l'ensemble des Ontariens de 12 ans et plus (69 %), que de celui des anglophones (67 %) ou des allophones (77 %).

Les francophones du Nord (31 %) sont plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens que ceux de l'Est (25 %) et du Sud (24 %)

Figure 4 — Fumeurs quotidiens, selon l'âge, populations francophone et non francophone



Source : ESO 96-97

«Les francophones du Nord (31 %) sont plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens que ceux de l'Est (25 %) et du Sud (24 %) de la province.»

de la province. On note aussi dans le Nord, une plus grande proportion de francophones qui affirment avoir commencé à fumer à un plus jeune âge, qui sont moins susceptibles de n'avoir jamais fumé et qui vivent dans une maison sans fumée. Peu de données récentes permettent d'expliquer le taux plus élevé de tabagisme chez les francophones. Toutefois, certaines études suggèrent certaines hypothèses qui ont trait à la dimension ethnique.

Consommation d'alcool

Les conséquences liées à la consommation d'alcool sont bien connues. Du point de vue psychosocial, la consommation abusive d'alcool est un facteur lié à la violence criminelle, à la violence familiale, au suicide et à la mortalité sur les routes. Sur le 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 (DeWit *et al.* 1995).

Notons qu'en Ontario, l'âge légal pour consommer de l'alcool est de 19 ans. Cependant, un pourcentage important de jeunes ontariens de 12 à 19 ans affirme consommer de l'alcool et 7 % des adolescents ontariens de 16 ans à 19 ans admettent conduire après avoir pris de l'alcool. Ces données sont suffisamment inquiétantes pour qu'on y accorde une attention spéciale.

«...c'est chez les francophones qu'on trouve la plus faible proportion d'abstinents parmi les groupes linguistiques.»

Peu de différences existent entre les francophones et les anglophones quant à leur taux de consommation d'alcool. Pourtant, c'est chez les francophones qu'on trouve la plus faible proportion d'abstinents parmi les groupes linguistiques (Figure 5). Toutefois, on n'a pas relevé de différence significative entre les anglophones (93 %) et les francophones (95 %) pour ce qui est des buveurs à faible risque. Dans la population ontarienne, on note une plus grande proportion de femmes qui sont des buveuses à faible risque comparativement aux hommes. Or, cette différence n'apparaît pas entre les hommes et les femmes francophones.

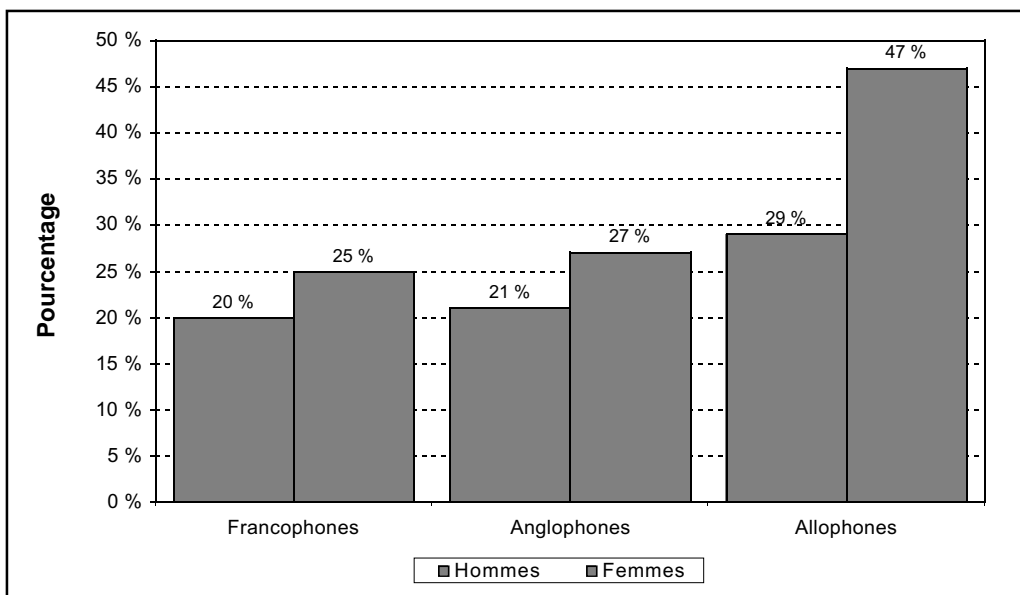
Les habitudes de consommation diffèrent entre les groupes linguistiques. On remarque qu'une plus faible proportion de francophones (9 %) ont tendance à signaler qu'ils prennent cinq

«Les habitudes de consommation diffèrent entre les groupes linguistiques. On remarque qu'une plus faible proportion de francophones (9 %) ont tendance à signaler qu'ils prennent cinq consommations ou plus lors d'une même occasion, comparativement aux anglophones (11 %).»

consommations ou plus lors d'une même occasion, comparativement aux anglophones (11 %). Le pourcentage des allophones (5 %) se révèle encore plus faible que les deux autres groupes.

Chez les francophones, il n'existe aucune différence entre les catégories de revenu ou de scolarité et les proportions de personnes qui ne consomment pas d'alcool avant de prendre le volant. Il existe toutefois un lien entre la consommation d'alcool et le tabagisme. En effet, au niveau des habitudes, chez les francophones, la consommation quotidienne d'un paquet de cigarettes ou plus a été reconnue comme étant 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 (Statistique Canada 1995).

Figure 5 — Population qui s'est abstenue de consommer de l'alcool, selon le sexe et les groupes linguistiques, pourcentage des 12 ans et plus



Source : ESO 96-97

L'analyse de la consommation d'alcool chez les francophones permet d'établir des tendances fort intéressantes. En raison des affinités culturelles, on s'attend à un taux plus élevé chez les francophones puisque, au plan national, le taux le plus élevé de consommation se retrouve au Québec (Statistique Canada 1998). De plus, on sait qu'il existe un lien entre l'usage du tabac et la consommation d'alcool et on sait que les francophones fument plus que les autres groupes. Tout cela semble pointer en direction d'une différence culturelle pour expliquer la plus grande propension à consommer chez les francophones de l'Ontario. Du moins, les résultats démontrant que le taux d'abstinence est plus faible chez les francophones semblent venir appuyer cette thèse. Cela dit, 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).

Poids-santé

Des habitudes alimentaires malsaines et l'embonpoint imposent 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 dollars (Birmingham *et al.* 1999). Bien que les risques posés par l'obésité varient substantiellement d'une personne à l'autre, on recommande en général aux gens de perdre du poids dans le but de prévenir certains problèmes médicaux ou d'améliorer leur état de santé (Statistique Canada 1998). Comme le font remarquer Douketis *et al.* :

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 (1999 : 67).

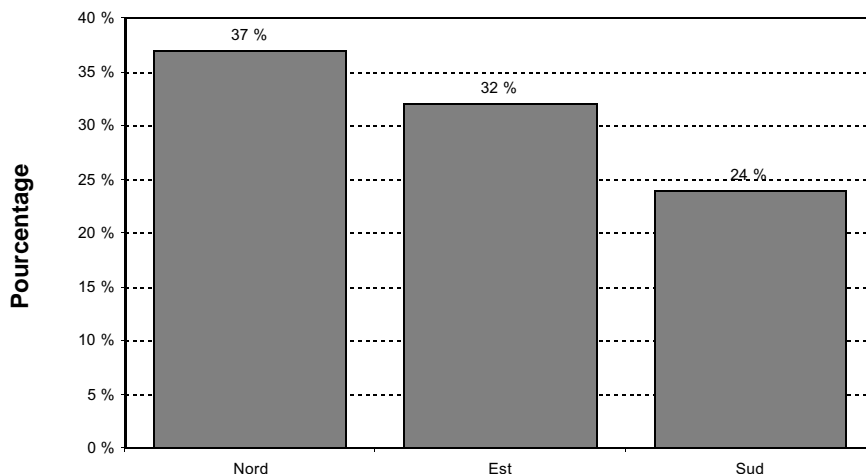
L'obésité et la perte de poids se confondent, ce qui rend le problème du poids paradoxal, particulièrement pour les femmes et les filles. D'une part, une proportion croissante de personnes est obèse et, d'autre part, des femmes et de jeunes filles qui n'ont pas besoin de perdre du poids, médicalement parlant, en perdent sous l'influence du stéréotype socioculturel de la minceur. Ces pressions sociales sont si fortes que nombre d'entre elles pensent que « minceur » est synonyme de « bonne santé ». Une récente étude a démontré que près du tiers des femmes (32 %), particulièrement les jeunes femmes ou celles d'âge moyen, ont tendance à considérer leur poids supérieur au poids souhaitable et, en conséquence, à tenter de perdre du poids bien que celui-ci se situe dans des limites acceptables (Green *et al.* 1997). Par ailleurs, l'alimentation n'est qu'un des aspects des traditions ethnoculturelles des francophones. Nos plats préférés, nos modes de préparation, nos façons de les servir et de manger, voilà autant de « choix » alimentaires qui sont fortement marqués par nos origines culturelles (Barer-Stein, 1979).

«Les francophones du Nord de la province sont plus portés à faire de l'embonpoint que ceux du Sud.»

Moins de la moitié des francophones (44 %) ont un « poids acceptable »⁵, ce qui n'est pas différent des autres groupes linguistiques (anglophones 46 % et allophones 47 %). En 1996, près d'un tiers des francophones (31 %) âgés de 20 à 64 ans avaient un poids excessif, ce qui était supérieur au taux global de la province (28 %). Cela est principalement attribuable à la différence significative entre les populations francophone et allophone, car la différence avec les anglophones n'est pas significative. Notons aussi qu'une différence régionale existe entre le Sud et le Nord de la province. Les francophones du Nord de la province sont plus portés à faire de l'embonpoint que ceux du Sud (37 % versus 24 %) (Figure 6).

Dans l'ensemble de la population, il existe un rapport significatif entre la catégorie de poids et le statut de fumeur. Au sein de la population francophone, 33 % des personnes affichant un poids insuffisant sont des fumeurs, comparativement à 24 % des personnes qui ont un poids excessif.

Figure 6 — Population francophone faisant de l'embonpoint, selon les régions



Source : ESO 96-97

Activité physique

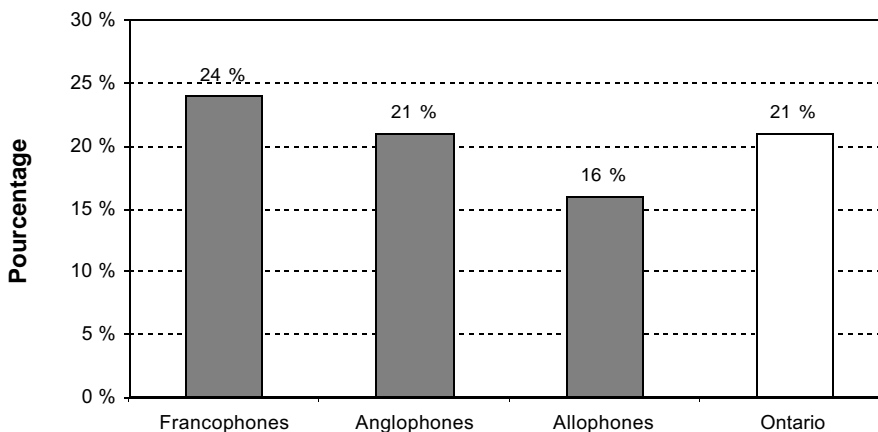
L'activité physique est un comportement étroitement lié à la nutrition et à la bonne santé. Or, le style de vie moderne mené par la grande majorité des gens nuit à leur santé (Santé Canada 1998). En plus d'avoir une alimentation inadéquate, les gens sont plus sédentaires. Par ailleurs, les bienfaits de l'activité physique régulière sont bien documentés (Schooler 1995; Health Canada 1998). 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 vie (Health Canada 1998). Les recherches indiquent que les Canadiens ignorent que l'inactivité physique représente un ensemble de risques aussi sérieux que

ceux du tabagisme (mort prématurée, maladies chroniques, invalidité, etc.). 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 (Health Canada 1998).

«Selon l'indice d'activité physique, une plus grande proportion de francophones de l'Ontario (24 %) que de non-francophones (21 %) sont « actifs ».»

Selon l'indice d'activité physique, une plus grande proportion de francophones de l'Ontario (24 %) que de non-francophones (21 %) sont « actifs ». Cependant, il faut préciser que le taux global d'activité pour tous les groupes est peu élevé. Une comparaison entre les groupes linguistiques démontre que les différences entre les allophones et les francophones sont demeurées significatives, alors que les différences entre la population francophone et la population anglophone approche le seuil de signification de 0,05 (Figure 7). L'activité physique diminue généralement avec l'âge, tant chez les francophones que chez les non-francophones.

Figure 7 — **Catégories « actifs », Index d'activité physique, selon les groupes linguistiques**



Source : ESO 96/97

En général, les francophones sont plus actifs que les non-francophones mais, malheureusement, même chez les francophones, plus de trois quarts d'entre eux 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 un profil uniforme. Pour répondre aux besoins particuliers de tous les sous-groupes, des services et des programmes sur mesure s'imposent.

Santé sexuelle

La promotion de la sexualité saine vise à sensibiliser et à informer la population en matière de responsabilité personnelle et d'autonomie fonctionnelle (Ministère de la Santé de l'Ontario 1997). Par contre, 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 actuels (Andrew *et al.* 1997).

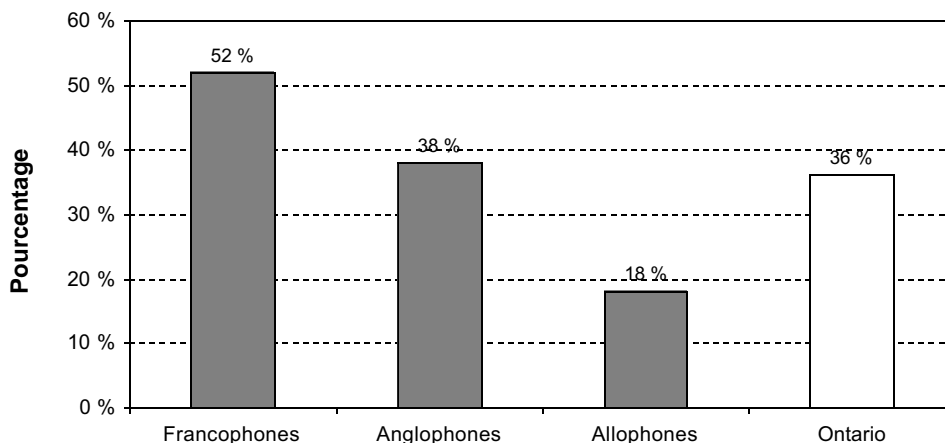
Dans l'enquête, on note qu'une plus faible proportion de francophones que d'anglophones et d'allophones n'ont pas répondu à certaines questions concernant la santé sexuelle. En ce sens, certaines des différences entre les groupes linguistiques peuvent être imputables à la proportion de réponses manquantes. Par conséquent, il est primordial de reconnaître que, dans les enquêtes sur la santé, les questions de nature délicate, comme celles qui sont relatives à la sexualité, n'entraînent pas toujours des réponses précises et nécessaires pour tracer un portrait fiable de la réalité. Comme le signalent Newcomer et Udry, les réponses sont souvent exagérées ou sous-déclarées (cité dans Thomas *et al.* 1998).

«Plus de la moitié des jeunes Franco-Ontariens déclarent être actifs sexuellement, comparativement à un peu plus du tiers de l'ensemble des jeunes Ontariens et aux divers groupes linguistiques.»

Selon l'ESO 1996-97, la proportion de francophones (51 %) qui ont eu leurs premières relations sexuelles avant l'âge de 18 ans ne diffère pas statistiquement de celle de l'ensemble de la population en général (46 %) ni de la population anglophone (50 %). Toutefois, les jeunes femmes francophones ont des relations sexuelles plus jeunes que les femmes non-francophones. Plus de la moitié des jeunes Franco-Ontariens déclarent être actifs sexuellement, comparativement à un peu plus du tiers de l'ensemble des jeunes Ontariens et aux divers groupes linguistiques

(Figure 8). Chez les groupes de jeunes de l'Ontario, les taux reliés à l'activité sexuelle sont élevés et ce, malgré les nombreux programmes qui font la promotion d'une initiation tardive à 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 (Thomas *et al.* 1998). Or, la fréquence élevée du taux d'activité sexuelle des jeunes francophones semble indiquer l'importance de leur offrir un programme de santé sexuelle. Par contre, en matière d'utilisation du condom, il n'y a pas de différence significative entre les jeunes francophones et les autres groupes linguistiques.

Figure 8 — **Taux d'activité sexuelle chez les adolescents, selon les groupes linguistiques**



Source : ESO 96/97

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel comporte de nombreux avantages nutritionnels, immunologiques, psychologiques et économiques (American Dietetic Association 1997). En plus d'être l'aliment le mieux adapté aux besoins des bébés, le lait maternel coûte moins cher que les préparations pour nourrissons. Il constitue donc un premier pas vers la sécurité alimentaire de la famille. Parmi les femmes qui ont allaité ou tenté d'allaiter leur bébé, le pourcentage d'allaitement est plus faible chez les mères qui ont un faible revenu et chez celles qui ont un niveau de scolarité moins élevé. Si de nombreuses études suggèrent que les francophones tendent à moins allaiter et ce, pour de périodes plus courtes, on ne peut discerner de différence statistiquement significative entre les femmes des trois groupes linguistiques dans cette étude.

Les comportements, qu'ils soient ou non empreints d'une marque culturelle, influent sur la santé et sur l'utilisation des services de santé. Dans un dernier temps, les auteures se pencheront sur l'utilisation des médicaments et des services de santé.

Utilisation de médicaments

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 (Ministère de la Santé de l'Ontario 1992, 96). Bien que l'utilisation de médicaments dans la population francophone (81 %) ne diffère pas statistiquement de l'ensemble de la population de l'Ontario (79 %), il n'empêche qu'une grande majorité de francophones avait consommé un médicament au cours du mois précédant l'enquête de 1996. Comme dans les autres groupes linguistiques, la consommation de plusieurs médicaments chez les francophones augmente avec l'âge. En général, les femmes sont plus portées à utiliser des médicaments que les hommes. Chez les francophones, la différence est plus marquée. En effet, 16 % des femmes et 10 % des hommes affirment avoir pris trois médicaments ou plus au cours du mois précédant l'enquête⁶.

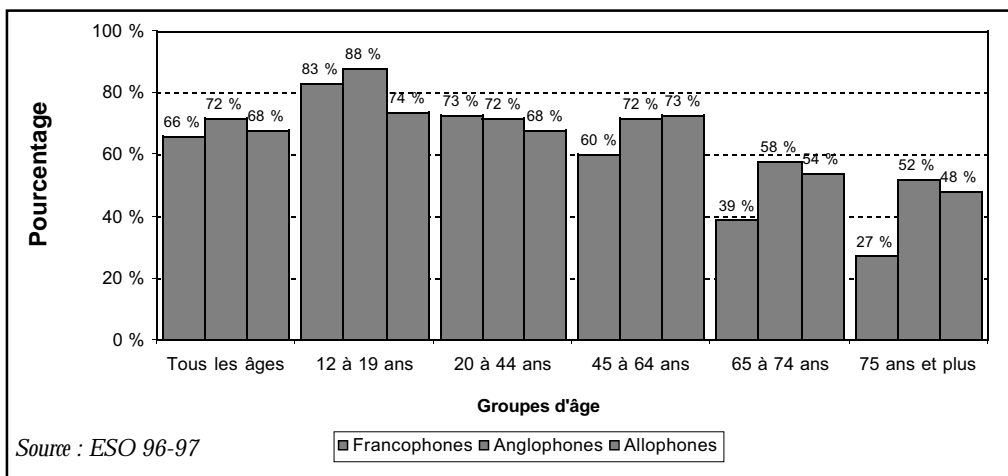
Utilisation des services de santé

L'accès aux soins de santé est une question qui préoccupe beaucoup la population franco-ontarienne. Dans le document *Les cordes sensibles des Franco-Ontariens* (1995), les auteurs présentent une synthèse d'une série de sondages réalisés auprès de cette population (Nadeau, Beaulieu et Associé.e.s 1995) Les auteurs soulignent que 87 % des répondants considèrent « important » ou « très important » l'accès à des services en français dans le domaine des soins de santé. Malgré l'intérêt d'une telle conclusion, elle nous renseigne peu sur l'utilisation des soins de santé chez les Franco-Ontariens.

«Par exemple, on note que les francophones sont moins susceptibles de consulter leur dentiste que les anglophones et les allophones, même lorsqu'on contrôle cet écart en vertu de l'existence ou non d'un plan d'assurance dentaire.»

Il existe des lacunes importantes au niveau des données accessibles en ce qui concerne les taux d'hospitalisation, de blessures et de décès des francophones de l'Ontario. Cela dit, l'enquête menée montre des différences intéressantes quant à l'utilisation de certains services par les francophones. Par exemple, on note que les francophones sont moins susceptibles de consulter leur dentiste que les anglophones et les allophones, même lorsqu'on contrôle cet écart en vertu de l'existence ou non d'un plan d'assurance dentaire. Cet état de fait s'accroît encore plus chez les personnes de 45 ans et plus (Figure 9). Parmi les Ontariens moins scolarisés, les francophones sont ceux qui fréquentent le moins le dentiste.

Figure 9 — Visites dentaires, selon les groupes linguistiques et les groupes d'âge

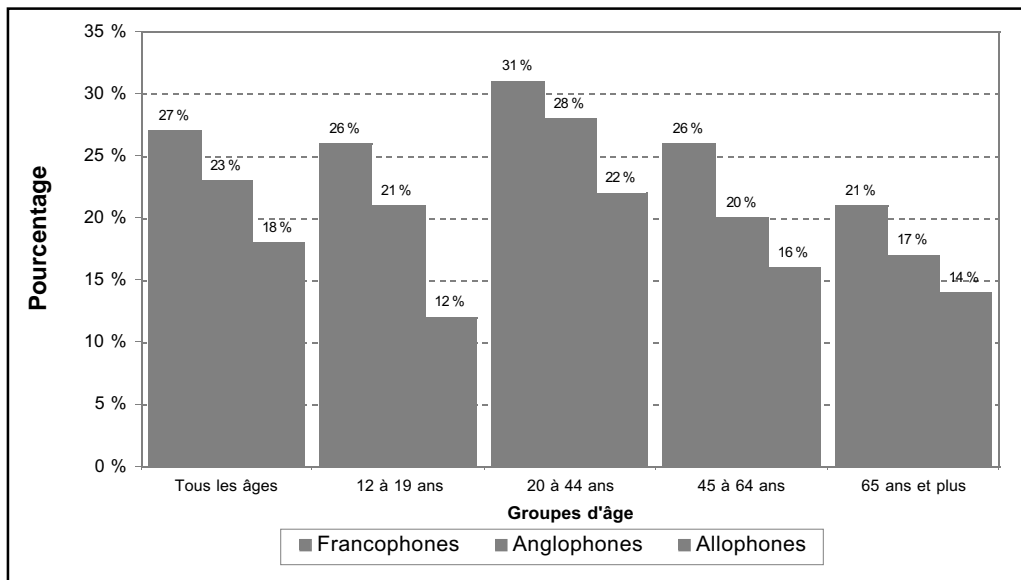


«...la population francophone, quel que soit le groupe d'âge, fait davantage appel aux services d'urgence que les populations anglophone et allophone.»

On n'a relevé aucune différence entre la population francophone et l'ensemble de la population pour ce qui est du taux de visites chez le médecin de famille. Toutefois, la population francophone, quel que soit le groupe d'âge, fait davantage appel aux services d'urgence que les populations anglophone et allophone (Figure 10). Les différences régionales dans l'utilisation de ces services ne modifient pas ce constat de départ.

Le pourcentage de francophones de plus de 65 ans (55 %) qui ont déclaré avoir obtenu leur vaccin contre la grippe au cours de l'année précédant l'enquête n'est pas statistiquement différent du taux de l'ensemble ontarien des plus de 65 ans (60 %). Néanmoins, il est bien en dessous de la cible provinciale recommandée de 70 % pour les aînés, comme le précisent les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* (Ministère de la Santé de l'Ontario 1997).

Figure 10 — Utilisation des services d'urgence, selon les groupes linguistiques et les groupes d'âge



Source : ESO 96-97

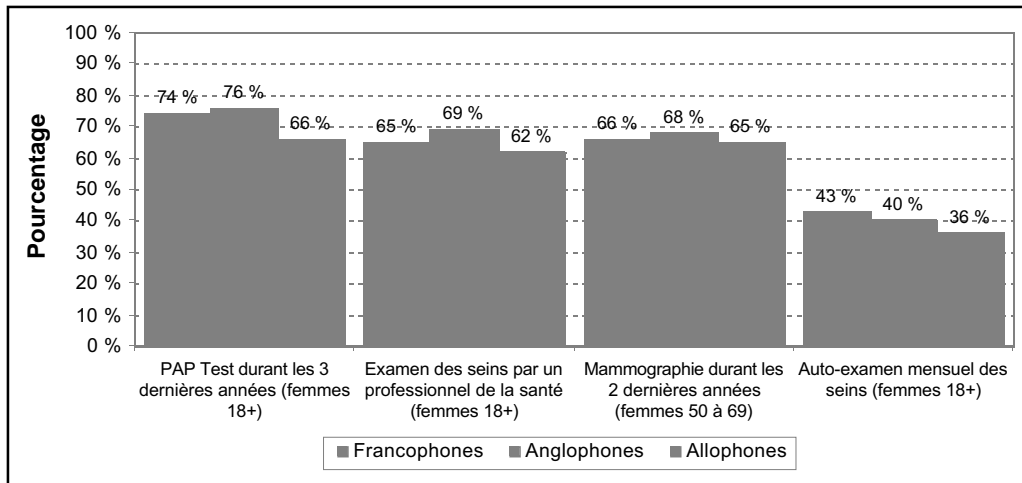
Dépistage du cancer

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 mortalité. En ce sens, 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 précoce (Ministère de la Santé de l'Ontario 1997).

«Des différences dans l'utilisation des tests de dépistage existent entre les femmes ayant un faible niveau de revenu ou un faible niveau de scolarité et celles mieux nanties en ces domaines et ce, autant chez les francophones que chez les Ontariennes en général.»

Des différences dans l'utilisation des tests de dépistage existent entre les femmes ayant un faible niveau de revenu ou un faible niveau de scolarité et celles mieux nanties en ces domaines et ce, autant chez les francophones que chez les Ontariennes en général. Par ailleurs, on ne note aucune différence entre les femmes francophones et anglophones en ce qui a trait au taux de dépistage du cancer (Figure 11). Ces données incluent les tests réguliers de Papanicolaou, l'examen des seins par un professionnel de la santé, la mammographie et l'auto-examen des seins. Les femmes allophones ont un taux plus faible pour tous les tests de dépistage, à l'exception des mammographies. Toutefois, il est intéressant de remarquer que parmi les femmes ayant un faible niveau de revenu, les francophones ont plus tendance (50 %) que les non-francophones (37 %) à pratiquer l'auto-examen des seins au moins une fois par mois.

Figure 11 — Dépistage précoce pour le cancer chez les femmes, selon les groupes linguistiques



Source : ESO 96-97

Conclusion et recommandations

«Ainsi, les renseignements colligés 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.»

Le présent article cerne la situation actuelle de la population franco-ontarienne en matière de santé et précise certains de ses besoins. En identifiant les besoins, les auteures se conforment à l'un des premiers principes qui guident l'élaboration de normes minimales de santé publique en Ontario, telles que stipulées par le ministère de la Santé de l'Ontario (1997). Ainsi, les renseignements colligés 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 de 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 aussi 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 lorsqu'on examine les sous-groupes plus jeunes.

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

Tous ces phénomènes ont des conséquences sur la population francophone et expliquent notamment certaines différences importantes en matière de santé. En effet, les francophones perçoivent leur état de santé comme étant moins bon que celui des anglophones. Ils disent aussi avoir besoin plus souvent d'aide 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 de l'Ontario des autres groupes linguistiques (anglophones et allophones), 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 fume quotidiennement, surtout chez les personnes de 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 entre les femmes et les hommes francophones consommateurs d'alcool 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 plus jeunes à avoir des relations sexuelles que les femmes non-francophones.

«En marge de ces différences provinciales entre les divers groupes linguistiques, il existe aussi des différences régionales au sein même de la francophonie.»

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, comparativement à ceux de l'Est ou du Sud, ont tendance à percevoir leur état de santé comme étant moins bon. 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 francophones du Nord abuse périodiquement de l'alcool et ils sont plus susceptibles de faire de l'embonpoint que les francophones du Sud de la province et 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 signalés dans des études antérieures, comme l'existence d'un régime alimentaire plus élevé en matières grasses ou encore d'un taux plus élevé de pensées suicidaires chez les Franco-Ontariens. L'exploration de ces questions demande des études additionnelles.

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.

En résumé, les francophones diffèrent des autres groupes linguistiques. Si certains aspects sont plus négatifs, d'autres sont nettement positifs.

«Certaines différences de l'état de santé des francophones proviennent de leurs caractéristiques socio-démographiques.»

Comment expliquer les différences?

Certaines différences de l'état de santé des francophones proviennent de leurs 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. En plus de 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 en partie 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 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 dans leur consommation d'alcool, bien qu'ils 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 est d'origine québécoise récente (moins d'une génération) (Service de la santé d'Ottawa-Carleton 1995), 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.

Cette étude a déjà souligné, dans son volet démographique, le caractère hétérogène de la population francophone, et 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 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 élevé de santé 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 d'avoir besoin d'aide pour accomplir des activités de vie quotidienne.

La majorité des francophones est concentrée 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.

«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.»

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 conjuncture 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 (Ministère de la Santé de l'Ontario 1997 : 96).

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 chez 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, le Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario reconnaît l'existence de groupes plus vulnérables au chapitre des déterminants de la santé au sein de la communauté francophone.»

Finalement, le *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* 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, en raison de son histoire et du manque d'écoles francophones à leur époque, a tendance à être sous-scolarisé. 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 de soins dentaires, le besoin d'aide dans l'accomplissement d'activités quotidiennes, l'isolement résultant d'une diminution du soutien social, on va à 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 recevoir des services de santé en français sont bien documentées. Santé Canada et la firme Price Waterhouse ont reconnu qu'un stress supplémentaire vient aggraver des situations déjà anxiogènes, telle la maladie, lorsque la personne ne peut pas exprimer clairement dans sa langue, ses sentiments, ses symptômes ou ses besoins. La situation est d'autant plus difficile lorsque cette personne n'a aucune certitude d'être bien comprise par les personnes offrant des soins et des services (Comité de l'étude des besoins en santé mentale des francophones 1996). Dans le même ordre d'idées, la Fondation de la recherche en 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 (1995 : 103).

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 de la santé 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 du *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* a permis de constater l'absence de données dans certains domaines et des limites d'ordre méthodologique. Les auteures tiennent à les souligner afin qu'on tente de remédier à cette situation dans le cadre de futures initiatives de recherche.

- 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 chez 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 sur plusieurs autres indicateurs sociaux, limitent la portée de ce rapport.
- En raison de la petite 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.

- La définition de « francophone » utilisée dans les différentes études provinciales et régionales manque d'uniformité.

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 de compléter les résultats qui s'y trouvent. Ainsi, au fil des ans, il sera possible d'établir une progression en vue d'une meilleure santé et d'un plus grand bien-être des francophones de l'Ontario.

Recommandations

À la suite des recherches et des conclusions de cette étude, les auteures du Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario ont formulé 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 personnes qui offrent des soins de santé, 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, comme, par exemple, l'établissement des liens entre certaines banques de données qui existent à l'intérieur du « DataWarehouse » 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 grande 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'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 l'offre 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 en Ontario. Pour cela, il faut inclure les francophones dans l'identification de leurs 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 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 Ontario⁷.

Bibliographie

- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. (1997). Position of the American Dietetic Association : Promotion of breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 97, no 6, 662-668.
- ANDREW, C., L. BOUCHARD, F. BOUDREAU, L. CARDINAL, D. FARMER, M. KÉRISIT, M. et D. LEMIRE (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.
- BÉNÉTEAU, B., D. J. DEWIT, D. ALARY, G. GOULET, L. MCCREADY, C. NARBONNE-FORTIN, D. ROSEN, et J. ROY (1995). *Feasibility study for a needs assessment of problems related to substance abuse among francophones in Ontario*. Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- BERNIER C. (1997). « Conviction de la différence : synthèse d'une recherche sur la famille francophone en Ontario », *Reflets*, vol. 3, no 2 : 87-103.
- 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*, vol. 160, no 4, 483-488.
- BLANCHET, L., M.-C. LAURENDEAU, D. PAUL et J.-F. SAUCIER. (1993). *La prévention et la promotion de la santé mentale : préparer l'avenir*. Boucherville, Gaëtan Morin, éditeur.
- BOUDREAU, F. et D. FARMER (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.
- 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.
- 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.
- DEWIT, D.J., B. BÉNÉTEAU, V. VUKSANOVIC et B. 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.
- 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*, vol. 160, no 4, 513-525.

- FONDATION DE LA RECHERCHE EN TOXICOMANIE. (1995). *L'usage des drogues en Ontario*, Toronto, Auteur.
- GARCEAU, M.L. et al. (1992) *Cessons de penser que l'amour va tout vaincre*, Fédération des femmes canadiennes françaises de l'Ontario, Rapport final, mars 1992.
- GARCEAU, M-L. (1998). *Alphabétisme des adultes en Ontario français : Résultats de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes*, Sudbury, Centre franco-ontarien de ressources en alphabétisation.
- GREEN, K. L., R. CAMERON, J. POLIVY, K. COOPER, L. LIU, L. LEITER, & T. HEATHERTON (1997). Weight dissatisfaction and weight loss attempts among Canadian adults, *Canadian Medical Association Journal*, 157 (Suppl.1), S17-S25.
- HEALTH CANADA & CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY (1998). *Handbook for Canada's physical activity guide to healthy active living*, Ottawa, Health Canada.
- JOHNSON, I. & PHRED HEALTH STATUS WORKING GROUP. (in press). *Report on the health status of residents of Ontario/ Enquête sur la santé en Ontario 1996-97*, North York, Toronto Public Health.
- LÉTOURNEAU, G. et M. BUJOLD (1990). *Le tabagisme dans les groupes à risque : Les francophones du Québec*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.
- 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.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. (1988). *La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre*. Ottawa, Ministère de la Santé et du bien-être social.
- 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.
- MUSTARD et FRANK, tel que cité dans 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.
- NEWCOMER et UDRY, tel que cité dans Thomas, DiCenso et Griffith (1998) Adolescent sexual behaviour : Results from an Ontario sample : Part 1. Adolescent sexual activity, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, no 2, 90-93.
- NORTHERN HEALTH INFORMATION PARTNERSHIP (NHIP) (1998). *Cardiovascular disease in Northern Ontario : A quantitative profile*, Sudbury, Northern Health Information Partnership.
- PROGRAMME DE RECHERCHE, ÉDUCATION & DÉVELOPPEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE (REDSP). (1999). *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Auteur.
- 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.
- 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.
- SANTÉ CANADA. (1998). *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*, Ottawa, Auteur.
- SCHOOLER, C. (1995). *Physical activity intervention : Evidence and implications*, Palo Alto, CA, Stanford Center for Research in Disease Prevention.
- SERVICE DE LA SANTÉ D'OTTAWA-CARLETON ET NADEAU, BEAULIEU ET ASSOCIÉ.E.S. (1995). *Rejoindre les francophones : Faut l'faire!*, Ottawa, Auteur.

- SHALLA, V., et G. SCHELLENBERG (1998). *La valeur des mots : Alphabétisme et sécurité économique au Canada*, Ottawa : Statistique Canada.
- STATISTIQUE CANADA. (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Ottawa, Auteur.
- STATISTIQUE CANADA ET SECRETARIAT NATIONAL À L'ALPHABÉTISATION. (1996). *Lire l'avenir : Un portrait de l'alphabétisme au Canada*, Ottawa, Statistique Canada.
- THOMAS, B. H., A. DICENSO, & L. GRIFFITH (1998). Adolescent sexual behaviour : Results from an Ontario sample : Part 1. Adolescent sexual activity, *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, no 2, 90-93.
- YANG, M. et H. SKINNER (1998). *Dimensions of ethnicity as predictors of adolescent cigarette smoking*, (Working Paper Series No. 41). Toronto, Ontario Tobacco Research Unit.
- ZÖLLNER, H., et S. LESSOF (1998). *Santé de la population : Mettre les concepts en application : Rapport final*. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/report-f.htm>.

Notes

1. On trouvera les principales conclusions de cette enquête dans l'article de Lyne Bouchard et de Linda Cardinal, intitulé *Les conditions de possibilités des services en français en Ontario dans les domaines de la santé et de services sociaux : un enjeu pour les femmes* dans le présent numéro de Reflets.
2. On trouvera les principales conclusions de cette enquête dans l'article de Jocelyne McKellar intitulé *Les personnes âgées francophones en Ontario* dans le présent numéro de Reflets.
3. Dans le rapport, les frontières des régions de l'Ontario ont été modifiées en raison du nombre relativement limité de francophones dans le Centre de la province. Par conséquent, les régions du Centre et du Sud-Ouest ont été regroupées dans une région nommée « Sud ».
4. Voir à ce sujet, l'article de Charland et Picard dans le présent numéro de Reflets
5. Terminologie : l'Indice de la masse corporelle (IMC) est 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 kilo par la taille en mètre élevé au carré (kg/m²). L'IMC est interprété comme suit : < 20 = poids insuffisant; 20 à < 25 = poids acceptable; 25 à < 27 = poids un peu excédentaire; > 27 = embonpoint.
6. Notons que la pilule contraceptive est considérée comme un médicament. Elle est donc incluse dans la catégorie concernant l'utilisation de médicaments.
7. Nous tenons à remercier sincèrement les autres membres de l'équipe de rédaction du *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, soit Janine Charland, Ruth Sanderson, Isabelle Michel, Alissa Palangio, Colette Fraser et aussi tous les membres du comité consultatif du rapport : Caroline Andrew, Francine Deroche, Diane Farmer, France Gélinas, Jocelyne Lalonde, Carole Racette, Vic Sahai. Merci aussi aux membres du programme provincial de Recherche, éducation et développement en santé publique (REDSP), tout particulièrement Ian Johnson, qui ont contribué à la publication du *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*.