



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Valérie Bourbonnais

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

M.A. (sociologie)

GRADE / DEGREE

Département de sociologie

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire: État des lieux en Ontario

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Louise Bouchard

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

D. Masson

M. Ollivier

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

La santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire:
État des lieux en Ontario

Thèse soumise à la Faculté des études supérieures et postdoctorales dans le cadre des
exigences du programme de maîtrise en sociologie

Directrice de thèse
Professeure Louise Bouchard

Département de sociologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-34058-5
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-34058-5

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Résumé

L'objectif de cette thèse est de tracer les profils comparatifs des états de santé des populations francophones et anglophones âgées de 65 ans et plus de l'Ontario en utilisant les données de l'Enquête sur la santé et les collectivités canadiennes (ESCC) recensées par Statistique Canada. Dans un deuxième temps, ces profils seront également analysés en fonction du genre. Or, trois grands volets seront examinés dans ce projet : (1) les caractéristiques socio-démographiques, (2) les états de santé déclarés et perçus, (3) ainsi que l'utilisation et la satisfaction à l'égard des services de soins de santé. L'objectif principal de cette thèse est de démontrer que le fait de vivre dans un contexte linguistique minoritaire engendre des facteurs risquant d'influencer négativement le vieillissement de la minorité sociolinguistique francophone de l'Ontario. En puisant à la discipline sociologique, une théorisation de la minorité sera utilisée afin d'appuyer la thèse avancée. Globalement les analyses révèlent un profil socioéconomique et un profil de santé plus précaires chez les aînés de la minorité francophone comparativement aux aînés de la majorité anglophone. Il est intéressant de noter que cette précarité de la santé s'exprime autant chez les hommes que chez les femmes de la minorité francophone, malgré que celle-ci s'articule différemment pour certaines variables. Quant à la prestation des services de soins de santé, les aînés de la minorité francophone sont unanimement insatisfaits de l'accessibilité, ainsi que de la qualité des services dans l'ensemble de la province ontarienne.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Dr. Louise Bouchard, qui a eu cru en moi dès le départ, et qui m'a supporté, à bien des égards, tout au long de ce cheminement intellectuel. Je souhaite également remercier mes parents, mon frère, et mes futurs beaux-parents, qui m'ont si fidèlement transmis des mots d'encouragement et des ondes positives dans les temps difficiles. Enfin, j'aimerais offrir une pensée toute spéciale à mon conjoint Mario, qui à ce jour, continue à m'inspirer dans bien des aspects de la vie, et qui a grandement contribué au succès de cette thèse.

Introduction		1-4
---------------------	--	-----

Chapitre 1		5-20
Discipline sociologique		

1.0	Introduction	5
1.1	Théorisation de la minorité	6-7
1.1.2	Les caractères communs de la minorité	7-8
1.1.3	Concept de la « positionnalité »	8-9
1.1.4	Rapports sociaux et genre	9-11
1.1.5	Rapports sociaux et ethnicité	11-13
1.2	Sociologie du vieillissement	13-14
1.2.1	Vieillesse différentiel	15-16
1.2.2	Femmes, santé et minorisation	17
1.3	Sociologie de la santé	17-19
1.4	Conclusion	19-20

Chapitre 2		21-39
Contexte socio-historique, politique et juridique de la francophonie ontarienne		

2.0	Introduction	21
2.1	Contexte socio-historique	22-24
2.2	Contexte politique	24
2.2.1	Gestion de la santé dans les communautés de langue officielle	24-27
2.2.2	Le rôle politique des femmes francophones dans la gestion de la santé	27-29
2.2.3	Évolution des services de santé en français en Ontario	29-34
2.3	Contexte juridique	34
2.3.1	Loi sur les langues officielles	34-35
2.3.2	Charte canadienne des droits et libertés	36
2.3.3	Loi canadienne sur la santé	37-38
2.4	Conclusion	39

Chapitre 3		40-57
Recension des enquêtes statistiques		

3.0	Introduction	40-41
3.1	Profils socio-démographiques de la population âgée francophone de l'Ontario	41-42
3.1.1	Éducation	42-43
3.1.2	Revenu	43
3.2	Les enquêtes de santé sur la population âgée francophone de l'Ontario	44
3.2.1	Enquête sur la santé de l'Ontario (ESO)	44-47
3.2.2	Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)	47-48
3.2.3	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	48-49
3.3	Les communautés francophones en situation linguistique minoritaire : survol national	50-52
3.3.1	Les provinces de l'Atlantique	52-54
3.3.2	Les provinces de l'Ouest	54-56
3.4	Conclusion	56-57

Chapitre 4	58-77
Méthodologie et résultats	
4.0 Introduction	58
4.1 Données d'enquête	58-59
4.2 Échantillon	59-60
4.3 Sélection des variables	60-61
4.3.1 Codification des variables	61-63
4.4 Méthode	63-64
4.5 Résultats	65
4.5.1 Analyse comparative selon le groupe sociolinguistique	65
4.5.1.1 Portrait socio-démographique	65-68
4.5.1.2 État de santé	68-69
4.5.1.3 Utilisation et satisfaction des services de santé	69-72
4.6.1 Analyse comparative selon le groupe sociolinguistique et selon le genre	72
4.6.1.1 Portrait socio-démographique	72-74
4.6.1.2 État de santé	74-76
4.6.1.3 Utilisation et satisfaction des services de santé	76-77
Chapitre 5	
Discussion et conclusion	86-90
5.0 Introduction	78
5.1 Implications théoriques	78-79
5.1.1 Influence des rapports sociaux de genre sur la santé	79-80
5.1.2 Influence des rapports ethniques sur la santé	80-82
5.2 Conclusion	83
5.2.1 Contributions à la connaissance	83-85
5.3 Limites du projet	86
5.4 Orientations futures	86-88
TABLEAUX	
Tableau #1 : Première langue officielle parlée selon les provinces et territoires	51
GRAPHIQUES	
Graphique #1 : Revenu selon le groupe sociolinguistique	66
Graphique #2 : Niveau d'éducation selon le groupe sociolinguistique	67
Graphique #3 : Évaluation des services de santé provinciaux selon le groupe sociolinguistique	71
Graphique #4 : Niveau d'éducation des femmes selon le groupe sociolinguistique	73
BIBLIOGRAPHIE	89-94
ANNEXES	95-118

INTRODUCTION

Depuis la Confédération de 1867, et même antérieurement, la diversité culturelle du Canada pose un défi intéressant, tant pour les acteurs politiques que pour la population elle-même. Comment, en effet assurer la coexistence, relativement égalitaire, de groupes sociaux dont les besoins, les coutumes et les aspirations divergent, particulièrement lorsque le problème est compliqué par un déséquilibre tant numérique que social. La décision même de faire du Canada une union fédérale émerge de ce questionnement sur le besoin de protéger les spécificités de certains groupes culturels, notamment les canadiens franco-catholiques, qui craignaient d'être noyés dans une mer anglo-protestante. Si la démocratie est la loi de la majorité, le fédéralisme vise plutôt à rétablir l'équilibre avec les besoins des communautés minoritaires. La préoccupation pour la protection de la minorité ne sera pas enchâssée textuellement dans la constitution, mais elle n'en demeure pas moins un principe fondamental. Plus tard, d'autres lois, telle la Loi sur les langues officielles, viendront affirmer plus concrètement les principes de protection de la minorité canadienne-française.

Près de cent ans plus tard, en 1966, une nouvelle réflexion sur le droit à l'égalité des communautés entraînera la création d'une nouvelle loi tout aussi marquante pour le peuple canadien. Inspiré par le modèle imaginé par Tommy Douglas, Premier Ministre de la Saskatchewan, le gouvernement du Canada mit sur pied un régime d'assurance-maladie gratuit et universel pour l'ensemble de la population canadienne, peu importe sa capacité de payer ou la nature de la maladie à soigner. Chaque province devint alors

responsable d'assurer la mise sur pied d'un système de prestation de soins et de services de santé adaptés aux réalités provinciales tout en respectant les normes nationales établies conjointement avec les gouvernements provinciaux et fédéraux.

Au niveau provincial, l'Ontario, la province à la fois la plus peuplée, la plus diversifiée (sur le plan culturel) et surtout, la mieux nantie du Canada, s'est vue dans l'obligation d'établir un réseau de santé capable de répondre aux besoins particuliers de sa population. Au niveau linguistique, elle est la province dans laquelle habite la plus grande concentration de francophones. Ainsi, dans le cadre de revendications liées à la francophonie ontarienne, la lutte, et la victoire éventuelle pour le droit à l'instruction dans la langue de la minorité, a constitué un point tournant dans l'histoire (Article 23 de la Charte). Dans un temps plus récent, la lutte menée à la défense du maintien de l'Hôpital Montfort en 1997, fut un événement d'envergure qui plaça un premier plan le droit de recevoir des services de santé dans la langue de la minorité. De plus, l'adoption de législations telles que la *Loi sur les services en français* (1986), ainsi que la *Loi 36 sur les réseaux locaux d'intégration des services de santé* (2006), viendront apposées une autorité légale sur l'importance d'avoir accès à la santé dans la langue de la minorité.

À l'aube du vieillissement général de la population, il apparaît opportun de s'interroger sur la façon dont l'Ontario s'est acquitté de sa double responsabilité de fournir des soins et des services de santé adéquats tout en respectant les principes d'égalité et d'universalité sur lesquels ce réseau devait se bâtir. Or, ce projet permettra d'évaluer le

succès des efforts ontariens en matière de santé en se concentrant sur un segment particulièrement vulnérable de sa population en raison de leur double (et parfois triple ou quadruple) minorité, les personnes âgées francophones. Du même coup, nous serons en mesure de dresser un portrait socio-démographique, ainsi que le profil de santé de cette population, ce qui pourrait éventuellement s'avérer fort utile pour les recherches futures.

Malgré une ouverture récente de la part de certains acteurs gouvernementaux pour mieux comprendre et contrer certaines tendances en matière d'inégalités liées à la langue, au genre, à l'ethnicité et à l'âge, il n'en demeure pas moins que nous soyons pauvrement informés de l'influence potentielle sur la santé que risque d'engendrer le fait de vivre dans un contexte linguistique minoritaire. Plus encore, nous ne connaissons pas les effets que ce contexte peut avoir sur une population déjà plus vulnérable, telle que les personnes âgées. Or, l'objectif principal de cette thèse est de démontrer que le fait de vivre dans un contexte linguistique minoritaire engendre des facteurs risquant d'influencer négativement le vieillissement de la minorité sociolinguistique francophone de l'Ontario. Pour ce faire, ce projet fera l'objet d'une analyse comparative entre la minorité âgée francophone et la majorité âgée anglophone de la province de l'Ontario. Dans un premier temps, il s'agira de tracer le profil sociodémographique et le profil de santé de ces deux groupes sociolinguistiques. Dans un deuxième temps, il sera question d'examiner le niveau de satisfaction face à l'accessibilité et face à la qualité des services de santé à l'intérieur de cette province. Enfin, étant donné que les hommes et les femmes suivent un parcours de vieillissement différent à certains égards, ces profils seront également produits et analysés selon le genre.

Le corps de cette thèse se subdivise en cinq grands chapitres. Le premier pose le cadre théorique puisant de la discipline sociologique. Le second constitue une mise en contexte socio-historique, politique et juridique de la francophonie ontarienne. Le troisième recense la littérature des enquêtes disponibles faisant état des connaissances sur les enjeux de santé et de la minorité francophone. Le quatrième présente la méthodologie et les résultats d'une analyse descriptive d'un sous-échantillon provincial de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) d'individus âgées de 65 ans et plus de l'Ontario. Enfin le cinquième chapitre discute des implications théoriques, et contient également une conclusion générale.

CHAPITRE 1

DISCIPLINE SOCIOLOGIQUE

1.0 Introduction

Fondamentalement, la sociologie est une science sociale qui s'intéresse aux dynamiques et aux structures sociales dans un contexte donné. Pour les fins de ce projet, trois champs de la discipline sociologique se conjugueront afin de soutenir la thèse avancée : soit, celui de la minorité, du vieillissement et de la santé. Étant donné que le groupe social à l'étude représente une minorité linguistique dans le cadre de la Loi sur les langues officielles au Canada, une théorisation des concepts liés à la minorité sera le point d'ancrage théorique de cette thèse. Dans un deuxième temps, la sociologie du vieillissement servira à expliquer l'influence de l'évolution des phénomènes et des représentations sociales liées à la vieillesse. Cette sociologie permettra également de se pencher sur le vieillissement différentiel des hommes et des femmes, tout en accentuant les processus de minorisation qui affectent particulièrement le parcours du vieillissement en santé des femmes francophones. Enfin, la sociologie de la santé permettra d'examiner le fonctionnement des institutions de soins ainsi que des lois et des politiques en matière de santé, pour ensuite analyser son influence sur la santé de la minorité sociolinguistique francophone.

1.1 Théorisation de la minorité

Tout d'abord, une question fondamentale se pose lorsque l'on parle de minorité : minoritaire par rapport à qui et à quoi? Or, cette thèse part du précepte théorique selon lequel les francophones de l'Ontario subissent des processus de minorisation en raison des différences sociolinguistiques qui les distinguent du groupe majoritaire anglophone. À cet égard, la sociolinguistique est une science qui permet d'étudier les multiples rôles qu'occupe la langue au sein des structures sociales, celle-ci étant inscrite dans des rapports sociaux. « L'importance sociale et politique des langues est mise en évidence par leur histoire et celle de leurs liens étroits avec les intégrations ou les discriminations sociales. » (Ansart, 1999 : 488). Ainsi, le parcours du groupe à l'étude (les aînés franco-ontariens) est à la fois influencé par les réalités physiologiques et sociales liées au vieillissement, ainsi que par les réalités identitaires liées au fait d'être francophone dans un contexte linguistique minoritaire. À cet égard, Colette Guillaumin (2002) souligne l'interdépendance de ces deux groupes dans l'espace concret (c.-à-d., dans les pratiques) et dans l'espace symbolique (c.-à-d., dans les représentations). « Le minoritaire se trouve en fait intégré dans le système symbolique défini par le majoritaire quels que soient par ailleurs ses essais ou ses échecs à se constituer un système propre. » (p.125).

Ces « comités », ces « amicales », ces « partis », ces « syndicats », qu'analyse Tocqueville (dans *De la démocratie en Amérique*), reconstituent un tissu social menacé. C'est dans ces communautés diverses, qu'elles soient professionnelles, idéologiques, politiques, religieuses ou de partage de valeurs ou de divertissements commun que nous pouvons le mieux étudier la façon dont l'intérêt partagé engendre du communautaire, au sens où l'alliance crée des liens identitaires. La société est ainsi une mosaïque de communautés et cette pluralité de *communautés* interdit la fusion holistique de la *société* (Akoun, 1999 : 89).

Ainsi, il faut percevoir la communauté francophone en tant qu'unité sociale dont le « tissu » est menacé (le « tissu » étant représenté par la précarité de l'état de santé de la communauté francophone). Les intérêts communs qu'elle partage, qu'il s'agisse de revendications pour le maintien de la langue française ou pour le droit à des services de santé en français, ou encore pour d'autres activités communautaires, ont pour résultat de créer des liens identitaires, ainsi que des formes d'actions associatives à l'intérieur de la pluralité (c.-à-d., âge, sexe, ethnicité, statut socioéconomique, etc.) que constitue ses membres. Dans un tel contexte, il importe de retenir que la constitution de groupe communautaire ou revendicatif formé par la minorité francophone s'érige toujours dans un « système symbolique » défini par la majorité anglophone.

1.1.2 Les caractères communs de la minorité

Dans « *L'idéologie raciste* », la sociologue Colette Guillaumin (2002) propose d'analyser les caractères communs de la minorité en relation avec le racisme. En premier lieu, « [t]ous ont en commun *leur forme de rapport à la majorité, l'oppression.* » (p.119). Selon cette auteure, ce rapport peut se traduire sous forme d'oppression économique ou légale.

Ils sont au sens propre du terme, en état de minorité. Minorité : être moins. Dans le cursus économique, ils se heurtent à des différences de salaire, des différences de qualification, aux *numerus clausus* officiels ou implicites. En face de la loi ils ne disposent pas de l'ensemble des droits reconnus. C'est en fonction de cette disproportion d'être, et non de nombre puisqu'ils peuvent être indifféremment plus nombreux ou moins nombreux que le groupe dominant, qu'on adoptera les dénominations « majorité et minorité ». (Ibid. : 119-120).

Conséquemment, le concept de minorité est plutôt considéré comme un état d'être entraînant une disproportion d'être. Outre, la proportion numérique importe peu lorsqu'il

y a présence d'un groupe dominant, car les rapports sociaux sont alors façonnés par une relation de pouvoir. En deuxième lieu, les minoritaires entretiennent tous une relation de dépendance par rapport au majoritaire. Enfin, la minorité a en commun le fait d'être particulière et différente de la majorité.

Le rapport des minoritaires à la majorité est recouvert du sceau de la différence. Le majoritaire n'est différent de rien étant lui-même la référence : il échappe à toute particularité qui l'enfermerait en elle-même. La particularité au contraire constitue le minoritaire autant qu'elle le différencie du majoritaire (Ibid. : 120).

Ainsi, les caractères de la minorité énoncés par Guillaumin, tels que l'oppression et la dépendance et la différenciation seront utilisés dans la théorisation de la minorité sociolinguistique francophone.

1.1.3 Concept de la « positionnalité »

Un aspect qui distingue la minorité francophone est sa « *positionnalité* » au sein de la hiérarchie sociale. Ce concept est utilisé dans le but de démontrer dans quelle mesure les francophones occupent une position inférieure par rapport aux anglophones au sein des structures socio-historiques, politiques et économiques, et comment cette « *positionnalité* » contribue à la fragilisation de leur état de santé global.

Parmi les études traitant de la position (quelle qu'en soit sa nature) des francophones en juxtaposition à celle des anglophones, le terme de « *minoritaire* » ou de « *minorité* » est trop souvent employé sans précisions théoriques. Il importe également de connaître les répercussions concrètes liées au fait de vivre en position minoritaire (p.ex., les répercussions sur la santé). De ce fait, *le dictionnaire de sociologie* (1999) définit les termes de « *minorité* » et de « *groupes minoritaires* » comme étant un « [s]ous-groupe

distingué du groupe majoritaire selon des critères divers (culturels, religieux, politiques et/ou ethniques) et entretenant avec le groupe dominant des relations diverses, de la neutralité au conflit. » (p.343). Malgré l'essence englobante de cette définition, il est capital de souligner l'effet que peut engendrer l'action même de « minoriser », car celle-ci engendre des mécanismes ayant pour effet de ségréguer un individu ou un groupe donné. La ségrégation, s'exerçant à l'intérieur d'une hiérarchie de pouvoir, positionne le groupe « minorisé » dans une position sociale inférieure.

Dès lors, dans le cadre de cette thèse, la minorisation symbolise la présence de rapports de pouvoir exercés, consciemment ou non, par le groupe majoritaire sur le groupe minoritaire, ayant pour résultat la marginalisation de ce dernier.

1.1.4 Rapports sociaux et genre

Conjointement, il importe également de noter que ces processus de minorisation sont à la fois traversés par des rapports sociaux de genre. À ce sujet, Nicole-Claude Mathieu (1991) reproche au discours scientifique d'accorder une trop grande importance à la dimension biologique du sexe. De même, la sociologue Colette Guillaumin (1992) reproche au discours naturiste de considérer le sexe biologique féminin comme un phénomène naturel et juge que l'attribution de cette différence par la classe dominante masculine explique en partie le processus d'appropriation du sexe féminin et sert de justification à l'existence des relations de pouvoir entre les sexes.

Ainsi, la conceptualisation du « *genre* » apparaît parmi les féministes américaines, qui elles, tenaient absolument à souligner le caractère essentiellement social des

différenciations fondées sur le sexe (Scott, 1988 : 126). Cependant, Scott identifie une lacune importante dans cette conceptualisation, dont celle de la non-représentation des rapports de pouvoir. « Même si, dans cet usage, le terme genre affirme que les rapports entre les sexes sont sociaux, il ne dit rien sur les raisons pour lesquelles ces rapports sont construits comme ils le sont, il ne dit pas comment ils fonctionnent ou comment ils changent. » (Ibid. : 130).

À la différence des féministes matérialistes, Joan Scott privilégie une approche post-structuraliste dans sa conceptualisation du genre. En refusant d'adhérer à l'idée d'une unique causalité, elle propose d'examiner les courants sociaux dans leurs spécificités. Il s'impose alors d'établir des distinctions entre les dimensions symboliques, les systèmes de représentation, ainsi que les spécificités culturelles et historiques. Cette façon de conceptualiser permet une plus grande fluidité des représentations et des significations attribuées à la féminité et à la masculinité. La définition du genre qu'elle propose s'appuie sur deux propositions où « [...] le genre est un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes, et le genre est une façon première de signifier des rapports de pouvoir. » (Ibid. : 141). De plus, elle souligne la nécessité de quatre dimensions interdépendantes dont les symboles culturels (c.-à-d., les représentations symboliques), les concepts normatifs (c.-à-d., l'interprétation des sens des symboles), la notion du politique (c.-à-d., en référence aux institutions et à l'organisation sociale) ainsi que l'identité subjective. Dans le deuxième volet de sa théorisation du genre, Scott avance l'idée que l'articulation du genre s'inscrit à l'intérieur des rapports de pouvoir.

Établis comme un ensemble objectif de références, les concepts de genre structurent la perception et l'organisation concrète et symbolique de toute la vie sociale. Dans la mesure où ces références établissent des distributions de pouvoir (un contrôle ou un accès

différentiel aux ressources matérielles et symboliques), le genre devient impliqué dans la conception et la construction du pouvoir lui-même (Ibid. : 143).

Cette définition nous permet de rationaliser l'existence d'une distribution inégalitaire du pouvoir au sein même de la conceptualisation du genre. Dans le cadre de cette thèse, l'utilisation du concept de genre tentera de démontrer les mécanismes par lesquels la santé des femmes âgées francophones en contexte linguistique minoritaire est plus vulnérable que celle des femmes âgées anglophones en contexte linguistique majoritaire. Il s'agit alors d'analyser l'influence que peut avoir le genre sur l'état de santé, et de surcroît, sur l'accès différentiel aux ressources nécessaires à un vieillissement sain tels que l'accès à des services et des soins de santé dans sa langue.

1.1.5 Rapports sociaux et ethnicité

Dans le même ordre d'idée, Danielle Juteau (1999) souligne l'importance de conceptualiser les relations entre groupes ethniques dans le champ de la sociologie francophone, celles-ci étant également traversées par des inégalités. Dans sa conceptualisation de l'ethnicité, elle adhère au concept wébérien de la « *communalisation ethnique* » qui se caractérise entre autre, par la présence de relations inégales entre groupes sociaux (p.14). Dans ce mode de pensée, les frontières ethniques sont mouvantes. La nature des relations sociales détermine les critères d'inclusion et d'exclusion et monopolise les chances d'accès d'un groupe particulier à certaines ressources à un moment donné. « En se constituant, des groupes tels que les groupes ethniques refusent aux membres d'autres groupes l'accès aux ressources sociétales disponibles et établissent ainsi leur domination. » (Ibid.). « Ce qu'il faut saisir et élucider, ce sont les relations à

partir desquelles s'édifient les groupes ethniques. » (Ibid. : 15). On parle ici d'ethnicité en terme d'identité socialement construite sur la base de processus historiques et culturels, et non pas d'une identité biologique de « race » entretenu dans le discours naturaliste (p.ex., la couleur de la peau). « Les groupes ethniques sont constitués à l'intérieur d'un rapport social inégal. Majoritaires et minoritaires forment un tout, aussi sont-ils indissociables. » (Ibid.). Or, Juteau souhaite élaborer une conception des relations ethniques qui tient compte des influences économiques et politiques, [...] « une approche matérialiste portant sur des formes d'exploitation et de domination négligées, voire niées par le marxisme. » (Ibid.: 15-16).

Juteau aborde également l'importance de surmonter la fragmentation du social en affirmant que les classes de sexe, les classes sociales et les groupes ethniques sont tous des constructions sociales subissant des variations selon l'époque, la société et le contexte. « Ce ne sont pas des agents ethniques qui se regroupent pour former une catégorie, ce sont des rapports sociaux qui constituent des personnes en catégories. » (Ibid. : 20). De plus, elle ajoute que reconnaître l'existence d'une classe ou d'un groupe particulier ne signifie pas que l'on doit pour autant nier l'existence d'une autre classe ou groupe. Elle argumente qu'il est théoriquement possible et plausible d'analyser les rapports de classe, de sexe et d'ethnicité comme faisant partie d'un ensemble de variables imbriquées, interagissant les unes avec les autres. « C'est ainsi qu'on peut échapper aux explications réductionnistes ou économistes qui font de la classe l'unique instance matérielle et appréhender les rapports sociaux constitutifs de la race, du sexe, du groupe ethnique. » (Ibid.).

Dans cette optique, la notion « *d'intersectionnalité* » est utile pour traduire cette idée car elle dénote les multiples positions et des multiples sphères dans lesquelles un individu opère en société. En effet, « [...] le milieu minoritaire peut donner l'impression que la langue n'est que le seul facteur déterminant de son action. Or, si, historiquement, la langue a été associée à la religion, elle se conjugue aussi avec le sexe, l'orientation sexuelle, la classe, la couleur, la région. » (Cardinal et Cox, 2005 : 14).

Dès lors, on doit considérer les franco-ontariens en tant que groupe ethnique dans la mesure où celui-ci partage une histoire, une langue et une culture propres à lui. Dans l'instance où l'on adhère à l'idée que les relations entre groupes ethniques sont fondées à partir de rapports de domination, il est alors plausible de postuler que les relations socioéconomiques et politiques inégales historiquement formées entre le groupe ethnique majoritaire anglophone et le groupe ethnique minoritaire francophone de l'Ontario, auront une certaine influence sur les chances de vieillir en santé, ainsi que sur l'accessibilité et la disponibilité des ressources de santé.

1.2 Sociologie du vieillissement

La sociologie a développé un intérêt grandissant envers les processus de vieillissement au cours des trente dernières années. Selon Vincent Caradec (2004), l'étude des aînés en tant que groupe social est avant tout une description des particularités caractérisant ce groupe d'âge menant « [...] à s'interroger sur sa spécificité, sur son homogénéité et sur son éventuelle mobilisation politique. » (p.9). Toutefois, selon Jacques Laforest (1989), le vieillissement est une réalité à la fois biologique et sociale, où les sciences biologiques et

les sciences sociales conçoivent le vieillissement comme étant un processus associé à une période de déclin.

Dans l'élaboration de leurs propres définitions de la vieillesse, les sciences sociales partent d'un même élément de réalité qui est le déclin biologique entraîné par le processus du vieillissement, et qui affecte tôt ou tard la participation sociale de l'individu (p. 34).

L'âge chronologique ou biologique est une notion fréquemment utilisée dans les enquêtes quantitatives qui désirent effectuer un portrait démographique d'une population donnée (p.ex., dans ce projet où l'échantillon est uniquement composé d'individus âgés de 65 ans et plus). Dans le cadre d'une telle enquête, l'âge chronologique est une variable organisée en catégorie statistique qui agit à titre d'indicateur.

Or, derrière la permanence des découpages statistiques, les réalités de l'âge ont profondément changé : bénéficiant d'une meilleure santé et d'une espérance de vie plus grande, le sexagénaire d'aujourd'hui est bien différent de celui du XVIIIe siècle et même de celui des années 1950 (Caradec, 2004 : 55).

De pair avec cette évolution, la définition de la vieillesse a été adaptée face à cette nouvelle réalité. Il est désormais courant de se référer à une conception plus positive du processus de vieillissement. Dans le cadre des politiques canadiennes en matière de santé, on parle d'un « *vieillessement sain* » où

[v] ieillir en santé peut se définir comme étant processus visant à optimiser durant la vie entière les occasions de maintenir et préserver la santé, le bien-être physique et mental, l'autonomie et la qualité de vie. Des facteurs multiples contribuent au vieillissement sain, dont un revenu suffisant, un logement convenable, des relations satisfaisantes et un environnement salubre (Agence de santé publique du Canada, 2001).

En ajout, la notion de développement humain reconnaît que certaines conditions environnementales peuvent aider ou nuire à l'accès à un épanouissement sain dans la vie.

1.2.1 Vieillesse différentiel

En gérontologie, il s'avère important de distinguer les différents parcours liés au vieillissement masculin et féminin. En plus d'amener une valeur descriptive et explicative, cette méthode comporte également un avantage au niveau pratique dans les domaines d'intervention et de prévention où

[...] en identifiant certains facteurs contribuant ou empêchant les possibilités d'accès égal au bien-être physique, psychique, social et économique, ou encore d'autres facteurs influençant la mortalité, morbidité et la situation socio-économique, on peut intervenir en faveur du sexe désavantagé (Stuckelberger et Höpflinger, 1996 : 7).

Dans le cas du vieillissement, les distinctions sociodémographiques constituent un volet déterminant permettant d'identifier certaines tendances. À titre d'exemple, il est bien connu que les femmes forment un groupe majoritaire en vieillissant, surtout dans tranches d'âge plus élevées où elles sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes. En ce qui concerne la mortalité, les hommes meurent généralement plus jeunes, alors que les femmes sont plus susceptibles d'avoir une maladie quelconque, et de surcroît, consulte en plus grand nombre le médecin. Or, socialement, les femmes ont plus de chance de vivre des événements tels que le veuvage, la solitude et l'incapacité.

L'allongement de l'espérance de vie ainsi que le phénomène du « baby boom » contribuent également au vieillissement accru des populations. Suite au développement socioéconomique et industriel des sociétés nord-américaines au cours du XIXe siècle, on assiste à l'amélioration globale des conditions de vie, c'est-à-dire à un meilleur accès à l'éducation, une alimentation plus équilibrée, de meilleures conditions sociosanitaires, d'une moins grande précarité d'emploi, d'un avancement dans la recherche biomédical, etc. Ainsi, non seulement est-il possible de déterminer l'espérance de vie selon le sexe, il

est maintenant possible de calculer l'espérance de vie en santé sur la base du nombre d'année vécue en bonne santé. Toutefois, malgré l'importance des mesures reliées à l'espérance de vie et à la mortalité, Stuckelberger et Höpflinger (1996) évoquent le besoin de considérer des aspects plus qualitatifs de la longévité tels que les maladies et les atteintes physiques, psychiques et fonctionnelles, qui en soi, ne constituent pas nécessairement la cause première de mortalité, mais qui demeurent différentiels dans le vieillissement des hommes et des femmes, et qui de surcroît, influence leur longévité (p.50). Subséquemment, étant donné que le nombre et le type de maladies différent en fonction du sexe, la perception de sa propre santé varie aussi selon l'appartenance au genre. Bien entendu, le style de vie et les comportements de santé ont également une influence sur les types de maladie que risque d'avoir un homme versus une femme.

1.2.2 Femmes, santé et minorisation

Selon Stuckelberger et Höpflinger (1996), les femmes âgées subissent une double minorisation du simple fait qu'elles sont femmes et qu'elles sont vieilles. « Plus que les hommes, les femmes âgées sont victimes de la différenciation de traitement due à leur sexe ; on constate une double discrimination de la femme d'une part dans sa qualité de femme et d'autre part comme retraitée âgée. » (Ibid. : 8). Les auteurs attribuent cette discrimination à l'importance qu'accorde la société aux vertus de la beauté et de la jeunesse. En second lieu, ils soutiennent que les obstacles qui ont nui à leur cheminement socioprofessionnel (p.ex., les formes de travail atypique, l'inégalité salariale, le rôle de prise en charge de la famille, etc.) continuent de se manifester à la retraite, ce qui expliquerait pourquoi l'on retrouve un si grand nombre de femmes aînées dans des catégories socioéconomiques défavorisées. On rattache communément ce phénomène à la notion de « *fématisation de la pauvreté* ». Il est à noter que cette pauvreté matérielle augmente avec l'âge, et étant donné que les femmes âgées sont plus nombreuses à vivre longtemps, celles-ci forment la majorité des pauvres (Ibid. : 113).

1.3 Sociologie de la santé

Subséquentement, afin d'analyser et d'expliquer les inégalités de santé qui découleront de vivre dans un contexte linguistique minoritaire, une sociologie de la santé sera privilégiée. De ce fait, *le dictionnaire de sociologie* (1999) met de l'avant une définition d'une « *sociologie de la santé, de la maladie et de la médecine* » qui « [...] a pour objet aussi bien l'étude des définitions sociales de la santé et de la maladie et des pratiques qui

s'y rapportent que celles du fonctionnement des institutions de soins et de prise en charge, notamment l'institution médicale.» (p.469). Cette sociologie permettra d'explorer les réalités biologiques (c.-à-d., l'état de santé, les maladies chroniques, la limitation des activités, etc.) ainsi que les réalités sociales (c.-à-d., le fonctionnement des institutions de santé, les lois et les politiques de santé, les rapports inégalitaires, les interprétations et les représentations sociales) liées à la santé et à la maladie.

De ce fait, l'étude menée par C. Herzlich en 1969 a été la première à utiliser la notion de « *représentation sociale* » dans le but de mieux comprendre les attitudes et les comportements liés à la santé et à la maladie (dans Coudin et Paicheler, 2002 : 27). Or, non seulement la maladie s'inflige physiologiquement sur le corps, on découvre que celle-ci s'articule également dans les relations sociales. Plus encore, on avance que la maladie peut engendrer un rapport conflictuel avec le social.

[E]lle est liée à un mode de vie artificiel et malsain car les agressions de la société iraient à l'encontre d'une nature bienfaitrice de plus en plus menacée par les excès industriels. La détérioration du corps renvoie à la thématique des excès et des abus, opposée à celle de l'équilibre. Elle exprime un rapport insatisfaisant à la société : un mal de vivre ou une crise de valeurs (Ibid.).

Dans le cadre de cette sociologie, le concept des « *inégalités sociales de la santé* » viendra enrichir l'analyse des différentiels de la santé dans la mesure où il permet d'expliquer les diverses expériences en rapport au vieillissement et à l'état de santé des populations étudiées. Le Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal définit ce concept comme représentant « [d]es écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. » (Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal, 2005).

L'expression « gradient de santé » désigne cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. [...] [L]es personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis (Ibid.).

En prenant pour acquis qu'il y existe une association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé, on peut avancer l'idée que la minorité francophone, occupant généralement un statut inférieur à celui de la majorité anglophone au sein de cette hiérarchie, serait en moins bonne santé. En relation au vieillissement, Paul Paillat (1982) affirme que « [l]'accès à la vieillesse est fort inégal, non seulement selon le sexe, mais aussi selon le statut matrimonial ou l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle. » (p.4).

1.4 Conclusion

En somme, la perspective sociologique et ses champs respectifs offre des outils conceptuels utiles à l'analyse de la santé des aînés vivant en contexte linguistique minoritaire. Toutefois, il importe de retenir que cette analyse découle avant tout d'une théorisation sociologique de la minorité (c.-à-d., minorité sociolinguistique francophone). Or, cette thèse soutient l'idée que les mécanismes de minorisation vécus par les franco-ontariens sont le résultat de différences sociolinguistiques historiquement formées et ancrées. Plus précisément, les mécanismes de la minorisation élucidés par Guillaumin, tels que l'oppression, la dépendance et la différenciation, façonnent à leur tour les relations entre le groupe francophone minoritaire et le groupe anglophone majoritaire de l'Ontario. Ainsi, il est à croire que l'existence de tels processus de minorisation aura un impact sur les chances d'accéder aux conditions de vie et aux ressources de santé nécessaires à un vieillissement sain. En dernier lieu, la théorisation de la minorité est

également utile pour traduire les différents rapports de minorisation découlant du genre et de son influence potentielle sur la santé.

CHAPITRE 2

CONTEXTE SOCIO-HISTORIQUE, POLITIQUE ET JURIDIQUE DE LA FRANCOPHONIE ONTARIENNE

2.0 Introduction

L'objectif global de ce chapitre est de contextualiser le déroulement des événements socio-historiques, politiques et juridiques qui ont marqué l'évolution de la francophonie ontarienne, ainsi que des nombreuses luttes menées en vue d'obtenir des services de santé en français.

Dans le contexte socio-historique, nous verrons de quelles façons la répartition géographique et le phénomène d'urbanisation ont influencé l'identité traditionnelle franco-ontarienne. Pour sa part, le contexte politique permettra d'expliquer comment s'effectue la gestion de la santé des communautés francophones en situation minoritaire et décrira le rôle politique des femmes francophones au sein de cette gestion. Enfin, le parcours de l'évolution des services de santé en Ontario tracera les événements, les revendications et les lois relatives à ce sujet. En dernier lieu, le contexte juridique présentera les grandes lois linguistiques au niveau fédéral, afin de pouvoir tracer les parallèles entre celles-ci et la santé des communautés de langue officielle.

2.1 Contexte socio-historique

En premier lieu, il importe de cerner l'espace ou le territoire sur lequel habite la population étudiée. Historiquement, la répartition et la concentration géographique des « canadiens-français » s'effectuent principalement sur la base de facteurs économiques (p.ex., le développement des industries forestières et minières).

Jusqu'aux années 1960, les francophones du Canada entretiennent une identité canadienne-française commune, à laquelle s'ajoute l'identité acadienne dans les provinces de l'Atlantique, toutes deux fondées sur l'usage de cette langue et la religion catholique (Commissariat aux langues officielles, 2004-2005 : 30).

En effet, le développement industriel et urbain apporte des changements importants au niveau de la gestion des entreprises et de la main-d'œuvre. Ainsi, les « courants migratoires » se composent désormais d'individus hétérogènes, provenant de lieux géographiques divers, d'origines ethniques et religieuses variées, de langues et de cultures différentes, etc.

À ces courants migratoires en grande partie d'origine rurale — contrôlés par le clergé canadien-français, en vue de s'établir des communautés francophones, catholiques, homogènes et organisées — viendront se substituer à partir du début du XXe siècle des courants d'origine urbaine et ouvrière (Ibid. : 15).

À titre d'exemple, Langlois et Blais (1991) font référence à la région métropolitaine de Toronto, où les francophones d'origine « non-canadienne » représentent près de 10% de la population francophone de l'Ontario en 1986 (p.15).

Cette population se distingue des autres sous-groupes de la population francophone non seulement par rapport à sa provenance géographique ou par rapport à son origine ethnique mais, également, par rapport à sa répartition spatiale. Celle-ci se caractérise en effet par une très forte propension à habiter les grands centres contrairement aux autres sous-groupes, notamment les Franco-Ontariens (Ibid.).

Au niveau de la répartition géographique dans cette province, le Nord-Est est considéré comme étant une région fortement francophone, comme ce groupe linguistique constituait déjà plus de 40% de la population totale depuis la fin du XIXe siècle (Ibid. :17). Pour sa part, la région de l'Est a perdu une proportion importante de sa population francophone suite à la forte croissance urbaine de la région d'Ottawa dans les années soixante.

De plus en plus, on parle d'une relève francophone « ethno culturelle » constituée à Ottawa d'Haïtiens, de Somaliens francophones et d'Africains ; à Toronto, d'Égyptiens, de Somaliens et autres africains. La réalité de ce segment est assez fluide, les statistiques ayant tendance à ne considérer que les minorités dites « visibles » ce qui laisse de côté les nord africains francophones et les libanais (Fédération des aînés et jeunes retraités francophones de l'Ontario, n.d. 5).

Toutefois, il est à noter que « [...] les aînés sont actuellement moins nombreux dans ces communautés que chez les franco ontariens de souche, car les immigrants s'établissent avant de faire venir leurs parents. » (Ibid.). Enfin, les régions du Nord-Ouest et du Sud « [...] se caractérisent par une situation de minorisation extrême de la population française. » (Langlois et Blais, 1991 : 17). Selon eux, cette situation serait attribuable à une plus faible concentration de francophones sur ce territoire, ayant un accès limité aux ressources, et étant particulièrement confrontés au processus d'assimilation.

Plus récemment, Anne Gilbert (1999) publie un essai traduisant les multiples transformations que subit l'« espace » des francophones de l'Ontario au XXe siècle. L'auteure part du principe selon lequel le passage d'une société traditionnelle à une société moderne a pour résultat la création de divisions à l'intérieur de l'Ontario français. « Qu'on parle de diversification, de pluralisme, d'hétérogénéité, d'éclatement, de fragmentation, le point de vue est le même : celui d'une communauté qui n'a plus l'unité

qui a longtemps fait sa force. » (p.11). Selon Gilbert, le peuple Franco-Ontarien devient minoritaire lorsqu'il est appelé à migrer des zones rurales (c.-à-d., des villages où il était majoritaire) vers des zones urbaines (c.-à-d., des grandes villes où s'installe la diversité) (p.13). Cette période, marquée par la minorisation et la fragmentation, contribue à l'érosion graduelle de l'identité traditionnelle franco-ontarienne. « Les milieux de vie française ont évolué de façon indépendante, ils se sont donné des références propres, à la faveur de liens davantage structurés à l'échelle régionale. Entre régions et provinces, les repères de l'identité se multiplient et brouillent la référence. » (Ibid. : 86).

2.2 Contexte politique

2.2.1 Gestion de la santé dans les communautés de langue officielle

Anciennement, ce furent les communautés religieuses qui s'occupaient de la gestion et de la prestation des soins de santé dans les milieux francophones et acadiens (Commissariat aux langues officielles, 2004-2005 : 105). Suite à la prise en charge des soins de santé par les gouvernements provinciaux, « [...] le changement de régime a souvent entraîné une perte de contrôle de la gestion de ces établissements et une érosion des services en français. » (Ibid.). Cependant, depuis l'adoption de la *Loi constitutionnelle de 1867*, les provinces sont tenues responsables de l'administration (incluant les régimes provinciaux d'assurance maladie), de l'organisation et de la prestation des soins et des services de santé.

En rapport à la langue, un des obstacles majeur réside dans le pouvoir administratif qui est réservé aux soins et services de santé, où aucune loi fédérale n'oblige les grandes institutions de santé, telles que les hôpitaux, à fournir des services de qualité dans les

deux langues officielles. Malgré que la *Loi sur les langues officielles* existe depuis 1969, ce n'est que récemment qu'on n'y intègre le volet de la santé. Or, depuis les 35 dernières années, plusieurs changements ont pris place au sein du gouvernement, où la santé est désormais envisagée en fonction des langues officielles ainsi qu'en fonction des besoins particuliers qu'elles génèrent (Commissariat aux langues officielles, 2004-2005). Il y a maintenant trois provinces (le Nouveau-Brunswick, l'Ontario et le Québec) qui reconnaissent le droit de recevoir des services de santé dans les deux langues officielles et où des réseaux communautaires de santé ont été mis en place dans ces communautés.

Il va sans dire que la lutte politique, sociale et juridique menée par le comité de défense de l'Hôpital Montfort et l'ensemble des communautés francophones et francophiles en vue du maintien des soins et des services de santé en français en Ontario, a eu pour effet de positionner au premier plan la question de la gestion et de la prestation des services de santé dans le cadre de la dualité linguistique au Canada. En effet, en 2000, Santé Canada créa deux comités consultatifs des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire ayant pour objectif de conseiller le ministre de la Santé sur les priorités (Commissariat aux langues officielles, 2004-2005 : 106). Suite à cela est survenue la création de l'organisation *Société en français*, en 2002, qui vise à rassembler les professionnels de la santé, les organismes communautaires et les établissements de santé et de formation. « Son mandat est de mettre en place, dans les provinces, des réseaux de professionnels de la santé pouvant offrir des services en français. » (Ibid. : 107). En ce qui concerne le volet formation, le *Consortium national de formation en santé*, créé en 2003, forme un réseau de dix institutions d'enseignement postsecondaire

francophones ayant pour objectifs d'accroître le recrutement, d'élargir leur capacité de formation, de développer des programmes, ainsi que de renforcer les liens entre les établissements de santé.

En février 2007, le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) soumet un rapport au ministre fédéral de la santé intitulé « *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français* ». En ce qui a trait au bilan des initiatives entreprises, le Comité soulève qu'il est encore trop tôt pour évaluer leur progrès réel, étant donné que l'approche initiale visait à « [...] modifier structurellement l'accessibilité aux services de santé en français et donc misait sur la mobilisation des diverses parties concernées, l'implication des provinces, l'augmentation du nombre de professionnels de la santé, la responsabilisation des individus et des communautés, etc. » (CCCFSM, 2007 : 4). Néanmoins, le Comité affirme que l'existence de certaines conditions a fait en sorte que la situation s'est en effet améliorée depuis 2001.

On peut constater à mi-parcours une sensibilisation accrue des communautés francophones, une mobilisation des partenaires de la santé, une reconnaissance formelle de plusieurs réseaux par les autorités provinciales et territoriales, l'élaboration de plans provinciaux et territoriaux de développement abordant les enjeux de la santé, ainsi qu'une plus grande disponibilité de certains services de santé en français (Ibid.).

Deux principaux organismes ont grandement contribué à ces progrès dont *Société santé en français*, qui joue un rôle déterminant dans la visibilité et l'offre des services et le *Consortium national de formation en santé* qui participe à l'accroissement du nombre de professionnels francophones en misant sur la formation.

Ainsi, en reprenant certains des objectifs préalablement déterminés, le Comité identifie six composantes essentielles à l'accroissement de la disponibilité et à l'amélioration des services de santé en français, telles qu'augmenter le nombre de professionnels de la santé francophones, favoriser le placement des diplômés dans les communautés, attirer et retenir les professionnels dans les communautés, mobiliser les professionnels déjà présents au sein des communautés, sensibiliser et engager le milieu, et développer une offre active des services de santé (Ibid. : 6). En relation à l'état de santé des populations âgées francophones en situation minoritaire, le Comité recommande que le maintien des services de santé primaires soit une priorité, surtout dans le cas des aînés et des enfants. « Ces clientèles sont en effet les plus vulnérables et les plus affectées par l'absence de services de santé dans leur langue. » (Ibid. : 8). En dernier lieu, le Comité soutient que l'amélioration globale de la santé des francophones en situation minoritaire ne peut être atteinte sans la collaboration constante des instances gouvernementales, sans l'engagement des institutions et des professionnels de la santé, et surtout pas sans la mobilisation des communautés francophones elles-mêmes.

2.2.2 Le rôle politique des femmes francophones dans la gestion de la santé

Une étude effectuée par la Coalition nationale des femmes francophones examine les effets des mécanismes de prestation du Programme de développement des communautés de langue officielle (PDCLLO) pour les femmes et les groupes de femmes francophones en situation minoritaire. Globalement, les résultats de l'étude dénotent qu'il n'y a aucun mécanisme « précis ou concret » qui ne garantit « [...] la participation des femmes dans les structures de gestion des ententes ni de lui donner une suite dans les activités qui sont

financées dans le cadre des ententes » (Cardinal et Cox, 2005 : 22-23). L'étude souligne également l'absence d'analyse comparative entre les sexes dans les plans de développement, ainsi que dans les budgets de financement des activités liées à la francophonie. Les auteures argumentent que même si la diversité a pris une place importante « entre et parmi » les femmes, « [...] celles-ci sont toujours dans une position d'infériorité par rapport aux hommes sur le plan économique, ce qui les désavantage au niveau politique. » (Ibid. : 26).

De surcroît, la nature sexuée des profils socio-économiques des hommes et des femmes révèle que les politiques et les programmes conçus sans distinction de sexe, de race ou de classe peuvent aussi avoir des impacts différents sur les femmes et les hommes. La reconnaissance de ces différences ainsi que la nécessité d'en tenir compte constitue la raison d'être du *Programme fédéral d'action pour l'égalité entre les sexes*. » (Ibid. : 27).

En ajout, l'absence de communication entre les individus travaillant dans le domaine de la santé et des femmes freine l'amélioration des conditions de possibilité d'une plus grande prise en charge dans ce domaine. En ce qui concerne la dynamique politique, « [l]a population francophone et les femmes ne semblent pas véritablement associés au développement des services de santé et des services sociaux en français. » (Bouchard et Cardinal, 1999 : 117). Dans le même ordre d'idée, l'étude effectuée par Cécile Coderre (1995) tient compte des relations qu'entretiennent les femmes par rapport à la santé et à la maladie, sur la base du fait que celles-ci constituent les plus grandes utilisatrices des services de santé et qu'elles en sont à la fois les plus grandes dispensatrices (dans la promotion, la prévention, le maintien et le recouvrement). À ce sujet, Coderre démontre comment la santé des femmes francophones est devenue un enjeu politique (p.ex., le colloque *Savoir c'est pouvoir*, le *Symposium sur la femme francophone*) (Ibid. : 55), où

les Franco-Ontariennes ont revendiqué le droit à des services de santé en français dans le contexte d'une double minorisation, dont celle d'être femme et celle d'être francophone.

Ainsi, après avoir assisté à la naissance d'une analyse féministe de la santé des femmes, à la création de services ayant une approche non médicalisée de la santé, les Franco-Ontariennes investissent un autre volet de l'action politique. Elles veulent définir, avec l'État, les priorités de santé pour les Franco-Ontariennes tout en cherchant une reconnaissance de leur spécificité. Deux moments leur donneront l'occasion de se définir. Le premier entoure les débats au sujet de la Loi 8 et le second touche les consultations publiques à propos des facteurs déterminants de la santé (Ibid. : 56).

2.2.3 Évolution des services de santé en français en Ontario

Au niveau provincial, une série d'événements politiques ont contribué au développement des services de santé en français en Ontario. Selon Linda Cardinal (2001), ces services ont pris leur essor dans les années 1970, où une certaine ouverture politique permit aux professionnels de la santé de sensibiliser la population et le gouvernement aux besoins des francophones. En 1971, le premier ministre de l'Ontario Bill Davis mit sur pied un Comité Consultatif dans le but d'examiner l'état des services de santé en français au sein de la province. En 1976, le Rapport Dubois s'intitulant « Pas de problème », visa à étudier l'étendue des services de santé en français dans les régions où il s'y trouvait de forte concentration de francophone (p.ex., l'Est ontarien). En somme, le rapport souligna l'attitude d'indifférence du milieu médical et gouvernemental face à cette problématique. Dans un deuxième temps, le rapport insista sur l'importance d'être soigné dans sa langue maternelle et mentionna que l'adoption d'un climat bilingue dans les institutions de soins de santé, tendait à favoriser l'utilisation de la langue anglaise au détriment de la langue française. En 1979, une politique de services de santé en français instaura la désignation de régions, où le nombre de francophone justifie un affichage bilingue, ainsi que la traduction des documents du ministère de la Santé. En 1982, le Comité des services en

français du Conseil de planification sociale d'Ottawa-Carleton effectua une étude portant sur les besoins des professionnels francophones dans les domaines de la santé et des services sociaux.

C'est en 1986 que le gouvernement ontarien procéda à l'adoption de la *Loi sur les services en français* (la Loi 8) qui accorde le droit légal à tous les citoyens et citoyennes de la province de recevoir des services en français dans l'ensemble des institutions gouvernementales. Ce droit institue, par le biais d'un processus de désignation, un bilinguisme de fait dans 22 régions où le nombre de francophones est d'au moins 5000 ou représente 10 pour cent de la population (Cardinal, 2001 : 51). Le processus de désignation doit comprendre les éléments suivants :

la permanence et la qualité du service en français ; l'accès adéquat ; la représentation effective des francophones au sein du Conseil d'administration de l'agence et de ses comités ; et l'imputabilité du Conseil d'administration et des cadres supérieurs en ce qui a trait à la prestation des services en français (Ibid. : 59).

De plus, les organismes communautaires et les agences qui reçoivent des paiements de transfert (p.ex., les hôpitaux) ont aussi la responsabilité de gérer une partie des services gouvernementaux qui sont offerts en français. Depuis l'adoption de cette loi, plusieurs ont critiqué le processus de désignation dans la mesure où il ne fournit aucun mécanisme permettant de mesurer son apport au développement des services en français, en plus d'occasionner une lourde bureaucratie peu favorable à une mise en œuvre efficace et à long terme des services. Plus encore, la désignation ne renferme aucune clause pouvant assurer l'offre des services en français, et ce, malgré le fait que ce principe constitue l'une des lignes directrices de cette loi.

En 1987 et 1988, deux rencontres ont été organisées par les ministères de la Santé et des Services sociaux et communautaires en collaboration avec l'Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO) dans le but de cibler les besoins des francophones dans les domaines de la santé et des services sociaux. Voici les grandes recommandations qui en émanent :

[un] accès à la gamme la plus large possible de services en français ; gestion des services en français par des francophones et participation des francophones à leur planification ; constitution de réseaux d'intervenantes et d'intervenants et concertation locale et régionale ; recrutement et formation de professionnels (Gilbert, Kérisit, Dallaire, Coderre et Harvey, 2005 : 29).

Quelques années plus tard, l'entrée en vigueur du gouvernement conservateur de Mike Harris sera marquée d'une perte de pouvoir significative pour les acteurs et les actrices du milieu francophone. Le mouvement de régionalisation des services de santé et des services sociaux, la réduction des services publics (dont ceux en français), les nombreuses compressions budgétaires dans les programmes sociaux, ainsi que l'absence d'engagement du gouvernement à l'égard du débat constitutionnel (Cardinal, 2001) furent des décisions sociopolitiques qui freineront le cheminement de l'offre des services de santé en français. En date du 24 février 1997, la Commission de restructuration de services de santé de l'Ontario annonça publiquement la possibilité de fermeture de l'Hôpital Montfort à Ottawa. Cette décision « [...] implique la perte du service d'urgence ainsi que d'une bonne partie des programmes de soins dit aigus, c'est-à-dire la plupart des services essentiels à la formation de professionnels de la santé francophones. » (Gilbert, Kérisit, Dallaire, Coderre et Harvey, 2005 : 40). La lutte juridique prit fin le 1^{er} février 2002 lorsque le gouvernement de l'Ontario décide de ne pas faire appel du jugement rendu en faveur de la cause Montfort en date du 7 décembre 2001 par la Cour d'appel de l'Ontario. Cette lutte créa une ouverture politique et juridique sans précédent

en ce qui a trait à la reconnaissance nationale des droits et des besoins des franco-ontariens et franco-ontariennes en matière de services, de soins et de formation en santé en français.

En 2003, les libéraux reprennent le pouvoir de la province sous le gouvernement de Dalton McGuinty. Ce gouvernement promet dès lors de placer les soins de santé au premier rang en réduisant les temps d'attente, en améliorant les soins primaires, tout en renouvelant les débats sur les soins de santé (Gouvernement de l'Ontario, Communiqué du 23 avril 2004). Dans le cadre de la réforme du système de santé en Ontario, le *Groupe de travail sur les services de santé en français* soumet un rapport (mieux connu sous le nom du « Rapport Savoie ») pour le ministre de la Santé et des Soins de longue durée en octobre 2005. Étant donné que la réforme du système de santé de l'Ontario se traduit par une plus grande responsabilisation des fournisseurs de services de santé, le Groupe de travail avance l'idée que les « représentants » de la communauté franco-ontarienne seraient mieux placés pour prendre les décisions « [...] relatives au maintien, au développement et à l'amélioration des services de santé en français pour la minorité francophone. » (Ibid.). Il dénonce également « l'attitude minimaliste » des gouvernements au cours des trente dernières années quant à la gestion publique du système de santé en Ontario, ce qui a eu pour résultat de négliger les besoins de la population francophone en matière de soins de santé (Ibid. : 5). Plus encore, le Groupe de travail va jusqu'à affirmer que les gouvernements précédents ont manqué au respect de leurs obligations constitutionnelles et légales envers leur minorité linguistique, soit l'un des peuples fondateurs du Canada.

En Ontario, ces obligations reposent principalement sur les principes constitutionnels fondamentaux de respect et de protection de la minorité linguistique et sur la *Loi sur les services en français*, qui a un statut quasi-constitutionnel et a préséance sur toute autre loi (Ibid. : 6).

Sur la base interprétative de ces droits, aucun gouvernement ne doit être en mesure de prendre des décisions ou d'adopter des politiques en matière de santé pouvant s'avérer nuisibles à la vitalité de la communauté franco-ontarienne. Plus encore,

[l]es Franco-Ontariens doivent assurer la gouvernance de leurs propres établissements de soins de santé et ont le droit de participer au processus décisionnel pour toutes les questions relatives aux services de santé en français, tout comme les membres de la majorité linguistique peuvent le faire pour le système général de soins de santé (Ibid.).

En dernier lieu, le Groupe de travail signale la responsabilité des organismes et les établissements disant offrir des services de santé en français à la communauté franco-ontarienne. À cet égard, il fait remarquer que les services de santé désignés aux termes de la *Loi sur les services en français* de l'Ontario (qui devraient être en français) demeurent encore uniquement dispensés en anglais et restent financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Tout récemment, la *Loi sur les réseaux locaux d'intégration des services de santé* a reçu la sanction royale en date du 28 mars 2006.

La Loi vise à établir un système de santé intégré afin d'améliorer la santé de la population ontarienne grâce à un meilleur accès aux services de santé, à des soins de santé coordonnés et à une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local par l'entremise de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006).

Plus important encore, ce projet de loi (Loi 36) inclura la participation du Conseil consultatif des services de santé en français. Ce dernier sera tenu responsable de conseiller « [...] le ministre sur les questions de santé et de prestation de services liées aux collectivités francophones et les priorités et stratégies d'un plan stratégique

provincial visant ces collectivités. » (Ministre de la Santé et des Soins de longue durée, 2006). À ce jour, ces plans stratégiques sont toujours en phase de développement.

2.3 Contexte juridique

2.3.1 Loi sur les langues officielles

Au niveau fédéral, la *Loi sur les langues officielles* a pour fonction de reconnaître l'anglais et le français en tant que langues officielles à l'échelle du Canada. En 1988, la refonte de la *Loi sur les langues officielles* (l'ajout de l'article 41), engage le gouvernement fédéral « [...] à favoriser l'épanouissement des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire au Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne. » (Bureau d'appui aux communautés de langue officielle, 2001 : 13).

Le 24 novembre 2005, le Parlement a adopté le projet de loi S-3 clarifiant ainsi les obligations figurant à la partie VII de cette *Loi*. Chacune des institutions fédérales doit dorénavant prendre des « mesures positives » pour concrétiser l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard de la vitalité des communautés de langue officielle en milieu minoritaire et de la promotion de la dualité linguistique (Commissariat aux langues officielles, 2006 : i).

La *Charte canadienne des droits et libertés* définit deux minorités de langue officielle au Canada, soit une à l'extérieur du Québec, où l'anglais est la langue majoritaire et où la minorité de langue française constitue la minorité de langue officielle, et au Québec où le français est la langue majoritaire et où la minorité de langue anglaise forme la minorité de langue officielle. Le ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences Canada (RHDCC) définit une communauté minoritaire de langue officielle comme étant :

[...] une communauté dont les membres utilisent couramment l'une des « deux langues officielles » (anglais et français) du Canada et qui vivent en situation de minorité dans leur province, comme les francophones (dans les communautés de langue française à l'extérieur du Québec et les anglophones dans les communautés de langue anglaise au Québec) (Ibid.).

La minorité de langue française forme la minorité de langue officielle la plus importante au Canada, représentant 24,6% de la population totale (Commissariat aux langues officielles, 2001). Au niveau des provinces, le Nouveau-Brunswick (32,9%, soit 240 055 personnes), l'Ontario (4,5%, soit 480 650 personnes) et le Manitoba (4,1%, soit 45 565 personnes) regroupent une grande proportion de la population de langue française (i.e. première langue officielle parlée) (Ibid.). En Ontario, on note qu'il y a 12,8% de la population âgée de 65 ans (soit 61 785 personnes) et plus qui parle le français comme première langue officielle (Ibid.).

2.3.2 Charte canadienne des droits et libertés

Alors que l'adoption de la *Charte canadienne des droits et libertés* de 1982 reconnaît clairement le droit à l'instruction dans la langue de la minorité de langue officielle, elle ne comprend aucune clause en ce qui a trait à la santé. « Toutefois, dans le cadre de différentes commissions sur les soins de santé au Canada (Kirby et Romanow), des témoins ont soulevé l'hypothèse qu'il existerait des droits individuels et collectifs à des soins de santé dans la langue du patient. » (Témoignages, Comité permanent des langues officielles, réunion no 23, 37^e législature, 2^e session, 27 mai 2003, (0905), cité dans le Rapport du Comité permanent des langues officielles, 2003 : 5-6). Selon la professeure Martha Jackman, l'article 7, qui garantit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité pourrait potentiellement être utilisé à titre de principe de justice fondamentale dans le but de revendiquer l'accessibilité dans le cadre de la *Loi canadienne sur la santé* aux soins de santé dans la langue de la minorité. D'autres possibilités, telles que celle de l'article 15 de la Charte ont aussi été examinées dans la mesure où ne pas recevoir des soins de santé dans sa langue, risquerait de faire l'objet d'une cause discriminatoire. Bref, les experts juridiques ont déjà contemplé et cerné les possibilités de faire appel ou même de modifier les lois en place, mais qu'en est-il en réalité ?

Les experts s'entendent pour dire qu'il serait très difficile d'aller de l'avant avec une telle modification constitutionnelle. Pour reconnaître un droit à des soins de santé dans la langue de la minorité dans la Constitution canadienne, il faudrait le consentement unanime de l'ensemble des partenaires de la fédération en vertu de la Partie V de la *Loi constitutionnelle de 1982*. Toutefois, rien n'empêche le Parlement du Canada et une province consentante d'avoir recours à la procédure bilatérale de la formule d'amendement pour inclure un tel droit. Le Comité ne peut qu'espérer que des provinces suivront l'exemple du Nouveau-Brunswick sur la voie de l'égalité linguistique (Ibid. : 7-8).

2.3.3 Loi canadienne sur la santé

En adoptant la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, le gouvernement fédéral du Canada s'est engagé à faire respecter les cinq grands principes nationaux relatifs au système de santé par les provinces et les territoires. Ces principes deviendront les piliers du système de santé canadien et contribueront à former les régimes provinciaux d'assurance santé. L'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique constituent l'ensemble de ces principes. Aujourd'hui, le respect de cette loi et de ses principes occasionne un débat important. En effet, la réduction des transferts fédéraux versés aux provinces pendant les années 1990, la désassurance de certains services auparavant couverts par les régimes provinciaux d'assurance santé, la mise sur pied d'établissements privés offrant des services assurés et non assurés, ainsi que le virage ambulatoire, représentent les grands enjeux à la source de ce débat (Madore, 2003).

En ce qui a trait au débat entourant la langue et le respect de la *Loi canadienne sur la santé*, les opinions sont partagées. Sur la base du fait que la *Loi constitutionnelle de 1867* octroie au Parlement fédéral un pouvoir presque qu'illimité d'imposer et de dépenser,

[...] le Parlement canadien pourrait, dans la *Loi canadienne sur la santé* ou dans la *Loi sur les langues officielles*, reconnaître un droit à des soins de santé dans sa langue aux minorités linguistiques et son obligation à lui, comme en éducation, serait d'aider les provinces à remplir cette mission (Comité permanent des langues officielles, 2003 : 5).

D'un autre côté, bon nombre d'associations communautaires francophones, dont la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, suggèrent l'ajout d'un sixième principe ; celui de la dualité linguistique qui, aurait pour fonction de garantir l'accès aux soins de santé dans les deux langues officielles (Ibid. : 8). Cependant, Santé Canada est d'avis

[...] que l'approche adoptée jusqu'à présent par le gouvernement du Canada, à savoir le soutien des gouvernements provinciaux et des collectivités dans leurs efforts pour fournir un meilleur accès à des services dans la langue des minorités linguistiques, convient davantage que l'ajout d'un sixième principe à la Loi (Témoignages, Comité permanent des langues officielles, réunion no24, 37^e législature, 2^e session, 28 mai 2003, (1535), cité dans le Rapport du Comité permanent des langues officielles, 2003 : 8-9).

De plus, certains experts juridiques croient qu'il s'avérerait très difficile, pour des raisons politiques, de modifier cette Loi (Témoignages, Comité permanent des langues officielles, réunion no30, 37^e législature, 2^e session, 16 septembre 2003, (0925), cité dans le Rapport du Comité des langues officielles, 2003 : 9). En dernier recours, le Comité cherche à savoir s'il existe une alternative dans le principe de l'accessibilité, dans l'optique où celui-ci exige des provinces qu'elles « offrent les services de santé assurés selon des modalités uniformes et qu'elles ne fassent pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services. » (*Loi canadienne sur la santé*, 1984, cité dans le Rapport du Comité permanent aux langues officielles, 2003 : 9). Selon Pierre Foucher, il est envisageable que le principe d'accessibilité comprenne un accès à des soins de santé dans la langue du patient, dans la mesure où le principe non écrit de protection des minorités est reflété. « Toutefois, cette interprétation n'a jamais été validée par les tribunaux. » (Ibid. : 9).

2.4 Conclusion

Ce chapitre permet de mettre en contexte les enjeux socio-politiques et juridiques entourant la gestion et l'accès à la santé en français pour les communautés de langue officielle, et plus particulièrement pour les franco-ontariens et les franco-ontariennes. Il permet également de cerner les progrès qui ont été faits ainsi que les améliorations à entreprendre en vue d'offrir des services de santé en français de qualité dans les communautés francophones en situation linguistique minoritaire.

CHAPITRE 3

RECENSION DES ENQUÊTES STATISTIQUES

3.0 Introduction

De prime à bord, il est important de mentionner la carence informationnelle relative à l'état de santé des communautés francophones en situation minoritaire à l'échelle du Canada. Un nombre restreint d'études traite de la santé des populations francophones, moins encore de celle traitant des aînés francophones, et plus rarement, de celle des francophones aînés d'une région particulière. Cependant, l'ampleur du vieillissement général des populations a entraîné toute une série d'enquêtes ayant pour objectif d'analyser les répercussions politiques, économiques et sociales sur le fonctionnement et sur la gestion du système de santé canadien. Dans cette optique, l'importance de vieillir en santé devint de plus en plus prédominante en vue de minimiser les coûts administratifs reliés au maintien en santé d'une population vieillissante.

Afin de mettre en perspective l'ampleur du vieillissement démographique de la population francophone aînée, la première section de cette revue littéraire trace les profils socio-démographiques des populations francophones âgées de 65 ans et plus en Ontario en utilisant les données recensées de 1990 jusqu'à aujourd'hui. Dans cette section, des variables telles que l'âge, le sexe, le revenu, le niveau d'éducation, le statut occupationnel, le milieu de vie (c.-à-d., rural et urbain), la répartition géographique, la langue (c.-à-d., les langues officielles du Canada) sont examinées. La deuxième section identifie les enquêtes qui traitent de certaines composantes de la santé des francophones telles que l'auto-évaluation de la santé, les types d'affections physiques (c.-à-d., les

maladies chroniques), les habitudes de vie (c.-à-d., l'alimentation, le tabagisme, etc.) ainsi que l'utilisation des services de santé.

Dans un deuxième temps, un bref survol de l'état de santé des francophones en situation minoritaire dans d'autres provinces canadiennes sera également effectué afin d'illustrer la propension des inégalités de santé à l'échelle nationale. Il est à noter que certaines études traitent uniquement des francophones alors que d'autres établissent des comparaisons entre groupes linguistiques.

3.1 Profils socio-démographiques de la population aînée francophone de l'Ontario

Marmen et Corbeil (2003) tracent le portrait des francophones du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario vivant en milieu rural et en milieu urbain. À cet égard, les données du recensement (1996) indiquent une forte concentration de francophones dans le Nord-Est et dans le Sud-Est de l'Ontario. La région de Prescott-Russell est particulière en soi, car la majorité des francophones (54%) sur ce territoire vivent en milieu rural (Marmen et Corbeil, 2003 : 124). Les données confirment également le vieillissement de la population ontarienne où « [...] [e]ntre 1971 et 1996, la population tant urbaine que rurale a connu une forte baisse de la proportion des moins de 15 ans et une hausse appréciable des 65 ans et plus. » (Ibid. : 125-26). « 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. » (Picard et Charland : 1999 : 49). À titre de comparaison, la population anglophone subit également un vieillissement, sauf que celui-ci est plus prononcé chez la population francophone. En 2001, les données du recensement indiquent qu'il y a 76 925

francophones (selon la langue maternelle) âgés de 65 ans et plus en Ontario, soit 5,6% de la population provinciale (Office des affaires francophones, 2005 : 6).

Les personnes âgées francophones sont proportionnellement plus nombreuses dans le Nord-Est et l'Est de la province où elles représentent 26,7% et 14,9% de la population âgée de 65 ans et plus. Ailleurs dans la province, elles représentent moins de 6% de la population âgée de la région (Ibid.).

Les aînés francophones sont également plus nombreux comparativement à la population entière de cette province (14,4% contre 12,3%) (Ibid.). La même tendance s'inscrit chez la population féminine, où la proportion de femmes parmi les francophones âgés de 65 ans et plus est plus élevée que celle des femmes dans l'ensemble de la population provinciale appartenant au même groupe d'âge (58,1% contre 56%) (Ibid. : 7). Cette proportion est encore plus grande chez les femmes âgées de 75 ans et plus. « En effet, la proportion de femmes parmi les francophones de 75 ans et plus est de 63,3% comparativement à 54,9% dans le groupe des 65 à 74 ans. » (Ibid.).

3.1.1 Éducation

En ce qui a trait à la scolarisation, les résultats de toutes les enquêtes soulignent unanimement la sous-scolarisation des populations francophones en général, et plus particulièrement des aînés francophones. À titre d'exemple, le pourcentage de francophones âgés de 65 ans et plus qui ont un niveau de scolarité inférieur à la 9^e année est de 45%, alors qu'il est de 28,4% pour l'ensemble des aînés de l'Ontario (Ibid. : 10). Entre les sexes, les hommes (43,7%) sont plus nombreux que les femmes (40,8%) à ne pas avoir complété la 9^e année (Ibid.). « La proportion de francophones âgés de 65 ans et plus ayant obtenu au moins un diplôme d'études secondaires est nettement moindre que dans l'ensemble de la population de 65 ans et plus (36,1% comparativement à 45,6%). » (Ibid. :11). Parmi la population francophone âgée de 65 ans et plus, les femmes (35,2%)

sont moins nombreuses que les hommes (37,3%) à avoir complété des études secondaires (Office des affaires francophones, 2005 : 11). Des écarts semblables s'appliquent en ce qui concerne les études postsecondaires.

3.1.2 Revenu

Au niveau du revenu, les données révèlent généralement des niveaux plus faibles chez la population francophone comparativement au reste de la population. Cette tendance est particulièrement marquée chez les aînés francophones âgés de 65 ans et plus, où 58,2% ont un revenu annuel inférieur à 20 000\$ comparativement à un taux de 53,6% pour l'ensemble de la population ontarienne du même groupe d'âge (Ibid. :14). Les comparaisons entre sexes dévoilent que les faibles niveaux de revenu sont généralisables à l'ensemble des femmes âgées de 65 ans et plus, et ce, peu importe la langue ou la région (Ibid. :15). Par contre, on note que la pauvreté est particulièrement accentuée chez les femmes de langue française. « En fait, 75,8% des femmes francophones âgées de 65 ans et plus, comparativement à 41,7% des hommes ont un revenu annuel inférieur à 20 000\$. » (Ibid. : 17). « Une femme francophone sur trois âgée de 75 ans et plus vivait sous le seuil de faible revenu. Ce taux est près de trois fois plus élevé que celui des hommes appartenant au même groupe d'âge. » (Picard et Charland, 1999 : 60). McKellar (1999) soutient que l'impact du statut socio-économique explique en partie la précarité de la santé des franco-ontariens et des franco-ontariennes.

Or, beaucoup de personnes âgées francophones qui ont très peu de scolarité, ont occupé un travail plus dangereux et affichent des revenus plus bas que les non francophones ont des effets plus marqués sur leur état de santé. L'état de santé des personnes âgées francophones en Ontario semblerait être lié à l'ensemble de ces conditions de vie (p. 305).

3.2 Les enquêtes de santé sur la population aînée francophone de l'Ontario

En 1999, la revue *Reflets* consacre un numéro spécial aux enjeux touchant la santé des francophones de l'Ontario. Cette série d'articles est publiée dans un contexte de vieillissement de la population, de dégradation des soins de santé, ainsi que de revendications progressives pour des services de santé de qualité en français (p.ex., lutte de l'hôpital Montfort)

3.2.1 Enquête sur la santé de l'Ontario (ESO)

Boudreau et Farmer (1999) établissent le profil épidémiologique des francophones de l'Ontario en présentant les faits saillants tirés des données de l'Enquête sur la santé de l'Ontario (ESO) de 1990, tout en adoptant une perspective comparative entre les groupes linguistiques. Dans l'ensemble, les profils de santé des francophones et des anglophones se ressemblent. Cependant, des différences apparaissent lorsque les variables sont analysées par groupe d'âge. À cet égard, les aînés francophones de 45 ans et plus rapportent un plus grand nombre de problèmes de santé (p.104). Tant chez les hommes aînés (15% contre 9%) que chez les femmes (12% contre 7%), les anglophones sont proportionnellement plus nombreux que les francophones à déclarer n'avoir aucun problème de santé (Ibid.). Plus précisément, l'enquête révèle qu'une plus grande proportion de francophones (hommes et femmes) est atteinte de problèmes musculaires-squelettiques comparativement aux anglophones. En guise de conclusion générale, Boudreau et Farmer soulignent la plus grande précarité de la santé des francophones aînés et ce, indépendamment du sexe.

Toujours avec les données de l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO; 1990), Bouchard et Cardinal (1999) examinent les conditions de possibilité des services en français en Ontario dans les domaines de la santé et des services sociaux en tenant compte des discours des actrices et des

acteurs du milieu. Le profil socio-sanitaire des femmes francophones déclare que celles-ci ont plus de problèmes de santé que les hommes. « Les aînés francophones, et en particulier les femmes, dont le revenu et le niveau d'éducation sont inférieurs à la moyenne ontarienne, vivraient depuis longtemps les séquelles de ce déficit par une moindre qualité de vie. » (Bouchard et Cardinal, 1999 : 111). Les auteures attribuent ce déficit à l'existence des rapports inégalitaires entre les sexes, surtout en ce qui a trait à la division inégalitaire du travail et des taux de rémunération d'emploi.

Pour sa part, McKellar (1999) aborde également l'état de santé des personnes âgées francophones de l'Ontario avec les données de l'ESO. Elle examine les problèmes de santé, l'activité physique et journalière, ainsi que le recours au système de soins de santé. Des analyses comparatives révèlent des différences entre les hommes et les femmes francophones en ce qui a trait à l'évaluation de sa propre santé. Paradoxalement, les hommes francophones (9,7%) âgés de 65 ans et plus sont plus nombreux que les femmes francophones (8,1%) du même âge à évaluer leur état de santé comme étant excellent, alors qu'ils sont également plus nombreux que celles-ci (32,4% contre 29,2%) à déclarer un état de santé moyen ou mauvais (p.293).

En ce qui concerne les consultations professionnelles, l'article dénonce le peu de renseignements disponibles sur les différents obstacles qui nuisent à l'accessibilité des services de santé. De plus, les données de l'étude ne fournissent pas la langue dans laquelle les services ont été offerts. Cependant, McKellar découvre qu'à partir de l'âge de 65 ans, les hommes francophones (52,5%) consultent en plus grand nombre (comparativement aux femmes francophones ainsi qu'aux femmes et hommes anglophones), soit plus de neuf fois par année (Ibid.). « Les hommes francophones de plus de 65 ans (52,5%) ont plus de contact avec un professionnel de la santé que les hommes anglophones du même groupe d'âge (45,4%). » (Ibid.). De plus, à partir de l'âge de

65 ans, les hommes francophones (24,1%) affichent un plus haut taux d'hospitalisation que celui des femmes (14,7%) (Ibid.).

Pour leur part, Woloshin, Schwartz, Katz et Welch (1997) cherchent à déterminer la possibilité que la langue soit une barrière à l'utilisation des soins préventifs à l'aide des données de l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO ; 1990). Les résultats de l'étude démontrent que les femmes ne parlant pas l'anglais sont moins susceptibles de recevoir d'importants services de santé préventifs tels que l'examen des seins, la mammographie et le test de Papanicolaou (PAP).

Peu de temps après la Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario révèle que plus de la moitié des femmes francophones de 65 ans et plus disent avoir au moins trois problèmes de santé (FEMMES pour la santé, 2000 : 5). En ce qui concerne l'évaluation de leur propre santé, les hommes (32%) et les femmes (30%) francophones âgés de 65 ans et plus sont plus susceptibles que les hommes (21%) et les femmes (21%) anglophones du même groupe d'âge à se déclarer en mauvaise santé (Ibid. : 7). « Quant aux douleurs et malaises, légèrement moins de francophones, hommes et femmes, se disent libres de toute douleur, surtout chez les personnes de 45 ans et plus et chez les aîné-es. » (Ibid. : 8).

Pour faire suite à ces études, Picard et Hébert (1999) documentent l'état de santé de la population francophone de l'Ontario sur la base de données plus récente (1996 et 1997) à partir de la même enquête et du recensement canadien de 1996. Cette enquête constitue la première de ce genre, où les données de santé des francophones de l'Ontario sont analysées dans le but de cerner les besoins spécifiques à cette population.

En examinant la variable de l'auto-évaluation de la santé, on dénote que les aînés francophones sont plus susceptibles d'avoir une perception négative de leur santé comparativement aux autres groupes d'âge. Une analyse des maladies chroniques souligne la présence d'un plus haut taux

d'asthme, de bronchite, d'emphysème et d'hypertension artérielle chez les francophones en comparaison à l'ensemble de la population. « En Ontario, on trouve chez les francophones une proportion plus forte de fumeurs que dans les autres groupes linguistiques. » (Ibid. : 76). Il y a 14% des francophones de 65 ans et plus qui fument quotidiennement alors que ce taux est de 11% chez les non-francophones (les anglophones et les allophones combinés) (Ibid. : 77). Enfin, comme soulevé par Boudreau et Farmer, les francophones continuent d'afficher un taux légèrement supérieur de problèmes musculo-squelettiques (avec les données de l'ESO 1996 et 1997) (Ibid. : 72).

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, Picard et Hébert (1999) dénoncent une fois de plus l'existence des lacunes importantes au niveau de l'accessibilité des données concernant les taux d'hospitalisation, de blessures et de décès des francophones de l'Ontario (p.87). Néanmoins, les données révèlent qu'à partir de 65 ans, les francophones (27%) sont significativement moins susceptibles que les anglophones (52%) et les allophones (48%) à fréquenter le dentiste (Ibid.). Aucune différence n'a été observée entre la population francophone et l'ensemble de la population pour les 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. » (Ibid. : 88).

3.2.2 Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Bouchard, Roy, Lemire et Gilbert (2002) dressent un portrait de l'état de santé de la population francophone de l'Ontario à partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996 et 1997. En dépit du fait que la variable « problème de santé chronique » n'est pas présentée par tranche d'âge, il reste que les francophones sont plus

nombreux, en proportion, à être atteints d'un ou de plusieurs problèmes de santé chronique comparativement aux anglophones-allophones de l'Ontario. Une fois de plus, les franco-ontariens sont plus susceptibles que leurs homologues anglophones-allophones d'être affligés de maladies cardiovasculaires, de bronchite chronique ou d'emphysème, d'arthrite ou de rhumatismes, de maux de dos et d'asthme. Une plus grande proportion de franco-ontariens (6,4%) déclarent ne pas avoir obtenu les soins de santé dont ils avaient besoin, alors que seulement 5,5% des anglophones-allophones signalent cette déficience (Ibid. : 17). « Quant à l'utilisation de services à domicile de tout genre, une tendance s'inscrit où 3,4% de franco-ontariens contre 2,6% d'anglophones-allophones auraient eu recours à de tels services dans les douze mois précédant l'enquête. » (Ibid. : 18). Les franco-ontariens (32,2%) utilisent plus fréquemment les soins d'urgence que le reste de la population (26,7%) ontarienne (Ibid.). Aucune différence significative n'est retenue dans l'utilisation des soins de santé alternatifs (p.ex. médecine douce). Au niveau de l'assurance médicale, les francophones (80,7%) sont plus nombreux que les anglophones-allophones (76,9%) à ne pas en détenir (Ibid.).

3.2.3 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Quelques années plus tard, la publication du *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (2005) fournit des données comparatives concernant les états de santé des groupes francophones, anglophones et allophones, où plusieurs variables sont analysées en fonction de l'âge. Les données de ce rapport proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000 et 2001 ainsi que du recensement de 2001. L'ESCC est particulière car elle permet de tracer le profil des minorités linguistiques (c.-à-d., langue maternelle et

première langue officielle parlée) à l'échelle du Canada, des provinces et des territoires en fonction de plusieurs variables de santé.

En examinant l'auto-perception de la santé selon l'âge et le groupe sociolinguistique, les francophones âgés de 65 ans et plus continuent de percevoir leur santé de façon plus négative comparativement aux anglophones. Dans ce cas, le sens de la variable indique que les francophones sont moins nombreux que les anglophones à déclarer une auto-perception de la santé élevée (chez les 65 à 74 ans : 39,1% contre 46,4%; chez les 75 ans et plus : 24,5% contre 36,4%) (Bernier et Allaire, 2005 : 42). Tout comme l'auto-évaluation de la santé, les francophones sont moins susceptibles que les anglophones de témoigner d'un état de santé fonctionnel élevé (chez les 65 à 74 ans : 70,6% contre 73,3%; chez les 75 ans et plus : 47,3% contre 52,9%) (Ibid. : 43).

Sur la base des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC, 2001 et 2003), un groupe de recherche sur la santé en milieu minoritaire confirme l'hypothèse selon laquelle les francophones (hommes et femmes) vivant en situation linguistique minoritaire sont plus enclins à déclarer une moins bonne santé que les anglophones en milieu linguistique majoritaire (Bouchard, Gaboury, Berthelot, Chomienne, Dubois et Gilbert, 2007 : n.d.). Plus précisément, l'analyse de régression révèle qu'après l'ajustement de variables telles que le style de vie, le revenu et l'éducation, les hommes continuent à se percevoir en moins bonne santé. Ces résultats démontrent non seulement que le fait de vivre en situation linguistique minoritaire influence la perception de la santé, mais que celle-ci varie également en fonction du sexe.

3.3 Les communautés francophones en situation linguistique minoritaire : un survol national

Cette prochaine section a pour objectif de fournir une vue d'ensemble des autres communautés francophones en situation minoritaire en abordant des enjeux reliés à la santé en passant par la démographie, la répartition géographique, l'accès aux services de santé en français, les ressources humaines en santé en français, quelques aspects législatifs, ainsi que les inégalités de santé touchant les populations âgées francophones.

Afin d'obtenir une vue d'ensemble de la proportion des populations francophones âgées de 65 ans et plus en situation minoritaire à l'échelle pancanadienne, un tableau réunissant des données statistiques tirées du recensement de 1996 a été monté. Il est à noter que les fiches de renseignement des groupes de langue officielle sont présentées soit en fonction de la langue maternelle ou de la première langue officielle parlée. Le tableau ci-dessous affiche le pourcentage des populations âgées de 65 ans et plus selon la première langue officielle parlée (français ou anglais) pour chaque province et territoire au Canada.

Tableau 1 : Première langue officielle parlée selon les provinces et territoires

Provinces et territoires canadiens	Première langue officielle parlée (populations âgées de 65 ans et plus)	
	Français (%)	Anglais (%)
Ontario	12,8	11,2
Nouveau-Brunswick	11,6	12,1
Nouvelle-Écosse	18,0	12,2
Île-du-Prince-Édouard	19,4	11,8
Terre-Neuve	14,0	10,1
Manitoba	18,1	12,5
Saskatchewan	26,7	13,5
Alberta	13,8	8,8
Colombie-Britannique	15,3	11,7
Yukon	3,8	4,2
Territoires du Nord-Ouest	4,2	1,8

Source des données : Commissariat aux langues officielles, 2001

Dans l'ensemble, « [l]es membres des communautés francophones vivant à l'extérieur du Québec sont plus âgés que l'ensemble de la population, et ce, dans toutes les provinces, à l'exception du Nouveau-Brunswick. » (Marmen et Delisle, 2003 : 31). En juin 2001, la publication de l'étude coordonnée par le Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) du Canada, « *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* », révèle des données alarmantes pour l'ensemble des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire. En partant de la prémisse selon lequel les indicateurs d'un état de santé précaire sont associés à des conditions socio-économiques aussi précaires, « [...] l'analyse de certaines des conditions qui influent sur la prévalence de la maladie laisse à penser que plusieurs *communautés francophones sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé.* » (FCFA, 2001 : viii). Ainsi, les données socio-démographiques de ce rapport exposent que les membres de ces

communautés sont « relativement » plus âgés, moins scolarisés et moins actifs sur le marché du travail.

Plus encore, cette étude avait également comme mandat de mettre en perspective la situation en matière de disponibilité de services de santé en français. « En effet, on remarque qu'entre 50% et 55% des francophones en situation minoritaire n'ont souvent que peu ou pas accès à des services de santé dans leur langue maternelle. » (Ibid. : 3). Seulement 32% des régions en situation minoritaire offrent partiellement ou totalement accès à des services en français en ce qui a trait aux résidences pour personnes âgées et ce pourcentage s'établit à 26% pour les établissements de soins de longue durée (Ibid. : 30). Une comparaison des groupes linguistiques énonce « [...] que le niveau d' « inaccessibilité » (aux services de santé) de la communauté francophone est au moins trois fois plus élevé que celui de la communauté anglophone. » (Ibid. : 32).

3.3.1 Les provinces de l'Atlantique

En 2001, le *Rapport des consultations auprès des communautés acadiennes et francophones des provinces atlantiques* dresse un bilan des préoccupations entourant la santé des populations de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse ainsi que de Terre-Neuve et du Labrador. Globalement, l'ensemble de ces provinces souffre d'un manque, voire même de l'inexistence de services de santé en français, ainsi que de problèmes d'accessibilité lorsque ces derniers sont disponibles. On note également de graves pénuries de ressources humaines et financières dans le domaine de la santé pour la totalité de ces communautés francophones (c.-à-d., le manque de professionnels de la santé et de financement pour soutenir les programmes en santé).

De plus, les consultations révèlent de sérieuses lacunes au niveau des données démographiques et statistiques sur la santé de ces populations. Un des problèmes ciblé à cet égard étant que « [l]es outils de mesure utilisés par Santé Canada ne reconnaissent pas les francophones comme groupe distinct. » (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 2001 : 6). De surcroît, on souligne le besoin fondamental de tracer un portrait global de l'état de santé de ces communautés, surtout à Terre-Neuve et au Labrador où les francophones vivent dispersés sur un grand territoire.

En 2002, le gouvernement du Nouveau-Brunswick fait la requête de deux études dans le but d'obtenir un profil des professions de la santé dans la province (« *Analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé* » et « *Une nouvelle orientation pour le plan de gestion des ressources médicales au Nouveau-Brunswick* »). En plus d'être les premières études à présenter des données aussi détaillées sur le profil actuel d'une région par rapport au nombre de professionnels de la santé et des besoins futurs, elles fournissent également un certain profil linguistique de cet effectif.

L'adoption de la *Loi sur les langues officielles* (projet de loi 64), le 5 août 2002, viendra exiger des conditions du secteur public quant au respect du caractère bilingue officiel du Nouveau-Brunswick, ce qui aura un impact considérable sur le recrutement des professionnels de la santé (Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2002 : 26).

Dans ce contexte, la première enquête identifie les compétences linguistiques des travailleurs des soins de santé et démontre que 47% parlent seulement l'anglais, 37% sont bilingues, 3% parlent seulement le français et la maîtrise des langues officielles de 13% reste inconnue (Ibid. : 47). Pour sa part, la deuxième enquête fournit des données sur le niveau de bilinguisme en fonction de l'autoévaluation des compétences linguistiques à l'écrit et à l'oral des médecins ayant

participé au sondage. « Selon les résultats du sondage, 25% des médecins se considèrent comme étant bilingues ; 70% sont unilingues anglais et 5% unilingues français. » (Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick, 2003 : 5). Le rapport constate également la présence d'un lien entre l'âge des médecins et le niveau de bilinguisme, où une plus grande proportion des nouveaux médecins est bilingue.

En 2004, une étude s'est déroulée dans la péninsule acadienne et les régions avoisinantes dans le but d'identifier et de mieux comprendre la situation des aînés et des aînées isolé(e)s et ainsi proposer des solutions afin d'améliorer leur santé. Les données socio-démographiques de l'étude dénotent que la majorité des personnes ayant participé au questionnaire sont des femmes, majoritairement des veuves. La majorité des répondants résident à domicile, détiennent un faible niveau de scolarité et plus de 80% ont un revenu inférieur à 15 000\$ par année (Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick, 2005 : 3). L'insuffisance de revenus pour se payer les services nécessaires, l'isolement, les difficultés d'accès aux services de santé, le manque de soutien social et les limites à la communication (attribuable au faible niveau d'alphabétisme), constituent les principaux obstacles auxquels ces aînés francophones sont confrontés.

3.3.2 Les provinces de l'Ouest

En 2005, une étude réalisée pour le Comité de gestion de la formation médicale du *Consortium national de formation en santé* (CNFS), présente une analyse du nombre de médecins de famille requis par la population francophone du Manitoba. À première vue, l'analyse signale la sous-représentation des médecins de famille francophones en proportion de la population totale francophone de cette province. On dénombre 21 médecins de famille francophones en pratique

active alors que ce chiffre devrait s'établir à 46 afin de desservir équitablement cette tranche de la population (Consortium national de formation en santé, 2005 : 4). Le fait demeure que certaines communautés n'ont toujours pas accès à un tel service. « Il faudrait pouvoir compter sur les services de 95,5 médecins de famille francophones répartis dans les différentes régions de la province où sont situés les francophones. Il s'agirait donc d'augmenter de 74,5 le nombre actuel de médecins francophones. » (Ibid.).

Encore plus à l'Ouest du pays, une étude publiée par *La Fédération des francophones de la Colombie-Britannique* (2002) réussit à établir un classement des services de santé en français jugés prioritaires par les participants. Selon ce classement, les soins à domicile pour les personnes âgées (61,9%), les soins de longue durée (57,9%) et les soins palliatifs (56%) figurent parmi les services les plus fréquemment mentionnés (p.24). Toujours selon les participants, les cinq services de santé prioritaires qui devraient être offerts en français sont la médecine générale, la psychologie, la psychiatrie, le counselling et la chirurgie.

Quelques années plus tard, un autre rapport divulgue de l'information sur les obstacles et les problèmes relatifs à l'accès en français aux soins de santé en Colombie-Britannique. Le profil révèle que « [...] même si 270 000 Britanos-Colombiens peuvent parler français, la communauté francophone de la C.-B. compte environ 64 000 personnes, soit 1,6% de la population totale (Cameron, 2005 : 2). En ce qui concerne la population âgée, 18% de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, comparativement à 14% pour la population anglophone du même groupe d'âge (Ibid.). Contrairement à l'Ontario et au Nouveau-Brunswick, la Colombie-Britannique ne bénéficie d'aucune politique concernant la prestation des services dans un langage autre que l'anglais, à l'exception d'une résidence de soins de longue durée qui a été désignée pour fournir des services en français (Ibid. : 3). Il est intéressant de souligner que malgré le fait

« [...] que la majorité des francophones en C.B. se considèrent bilingues, la plupart préfèrent avoir accès à des services de santé en français. » (Ibid.).

3.4 Conclusion

Dans un premier temps, cette recension des enquêtes fait un survol des profils sociodémographiques de la population à l'étude. De ce fait, trois grandes enquêtes ont effectuées un tel travail, soit l'Enquête sur la santé de l'Ontario (ESO), l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC). Sur le plan de la démographie, on note une forte croissance de la population francophone âgée de 65 ans et plus entre 1991 et 1996 en Ontario. Il est à noter que le phénomène du vieillissement de la population affecte également la population aînée anglophone, malgré qu'il soit plus prononcé chez les francophones. Dans l'ensemble, les aînés francophones de l'Ontario étalent un profil socioéconomique plus précaire que celui du reste de la population, celui-ci étant particulièrement marqué chez les femmes. En ce qui a trait à l'éducation, les aînés francophones sont généralement moins éduqués comparativement au reste de la population âgée de 65 ans et plus de cette province. Cette même tendance se reflète au niveau du revenu, où les aînés francophones sont particulièrement plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté en comparaison au reste de la population aînée.

Dans un deuxième temps, le survol des autres communautés francophones en situation minoritaire au Canada révèle un portrait tout aussi précaire quant à l'état de santé de ses populations ainsi qu'en rapport à la disponibilité des ressources (i.e., au niveau des services et de la connaissance scientifique) de santé en français.

En dernier lieu, cette recension laisse entrevoir la présence de certaines lacunes au niveau de la disponibilité et de la consistance des données statistiques portant uniquement sur l'état de santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire. La plupart des études traitant de la santé des francophones n'analysent pas de façon systématique, les variables en fonction de l'âge et/ou en fonction du sexe. Enfin, nous en savons très peu sur le type d'utilisation et/ou sur le niveau de satisfaction des services de santé des minorités sociolinguistiques francophones.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

4.0 Introduction

Dans un premier temps, ce chapitre expliquera la provenance des données d'enquête utilisées pour les fins de cette analyse et la composition du sous-échantillon. Dans un deuxième temps, il s'agira de présenter les variables à l'étude ainsi que la codification de celles-ci. En dernier lieu, un plan d'analyse présentera les grandes démarches entreprises quant au choix des méthodes statistiques et des instruments de mesure.

4.1 Données d'enquête

Les données utilisées dans cette thèse proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 2.1) effectuée en 2003 par Statistique Canada, en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et les ministères provinciaux et territoriaux de la santé. L'objectif principal de cette enquête vise à fournir des informations sur la santé telles que des estimations transversales à jour des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé pour 133 régions sociosanitaires. Réalisée auprès d'un échantillon approximatif de 130 000 personnes, l'enquête cible la population âgée de 12 ans et plus des provinces et des territoires, à l'exception des résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. La collecte des données s'est effectuée à partir d'entrevues sur place et par téléphone réalisées à l'aide d'un logiciel d'entrevue informatisé. Le questionnaire de l'enquête est d'une durée d'environ 45 minutes se consacrant à des questions de contenu commun (i.e., posées à tous les répondants), des questions du contenu du « sous-échantillon » (i.e., posées à un nombre suffisant de répondants pour la production

d'estimations provinciales et nationales), des questions du contenu optionnel (i.e., choisies par les autorités des régions sociosanitaires dans lesquelles résident les répondants), et des questions relatives aux renseignements socioéconomiques et démographiques. Il est à noter qu'une version électronique du questionnaire et du dictionnaire des variables est disponible sur le site de Statistique Canada.

4.2 Échantillon

En ce qui concerne la taille et la répartition de l'ensemble de la population, celle-ci a été répartie proportionnellement à la racine carrée de la population estimée de chaque province. À cet effet, la sélection des répondants âgés de 65 ans et plus a été conçue de façon à ce que cet échantillon soit surreprésenté. Cette technique de suréchantillonnage rajuste les proportions selon l'âge afin d'assurer un échantillon représentatif d'une population donnée afin de tirer des conclusions valides. L'échantillon de cette thèse est composé d'individus âgés de 65 ans et plus résidants au sein de la communauté (c.-à-d., excluant les individus habitant une résidence pour personnes âgées ou un établissement de soins de longue durée). Cet échantillon (N=9296), représente donc 5,5% de la population canadienne totale et 14,2% de la population ontarienne. Au niveau provincial, à l'intérieur de la population francophone de l'Ontario, 16,0% des individus sont âgés de 65 ans et plus, tandis que dans la population anglophone de cette même province, le groupe âgé de 65 ans et plus compte pour 14,0%. Finalement à l'intérieur de la population âgée de 65 ans et plus de l'Ontario, les hommes aînés francophones comptent pour 2,3%, alors que les femmes aînées francophones constituent 3,2% de ce segment. Du côté de la population

anglophone âgée de 65 ans et plus de l'Ontario, 41,8% sont des hommes et 52,7% sont des femmes.

Dans un deuxième temps, les individus de ce projet furent également sélectionnés sur la base de critères linguistiques. Afin de ségréger les aînés francophones, un algorithme a été créé permettant ainsi de filtrer les répondants désirés à partir de trois variables présentes dans l'ESCC, soit la langue maternelle, la première langue officielle comprise et parlée, ainsi que la langue de préférence. Or, cette méthode permet de clairement distinguer les groupes ciblés non seulement la langue parlée, mais la langue préférée (Bouchard et al. 2005). Ainsi ce découpage permet de retenir uniquement les répondants qui parlent le français qu'ils soient francophones ou nouvellement immigrés ou l'anglais qu'ils soient anglophones, francophones mais s'exprimant principalement en anglais ou immigrants. Enfin, les allophones sont ceux qui ne parlent ni l'une, ni l'autre des langues officielles. L'extraction d'un sous-échantillon de la population aînée francophone et anglophone a été rendu possible grâce à la collaboration de recherche établie entre la chercheuse Louise Bouchard et Jean-Marie Berthelot de la division de modélisation de la santé de Statistique Canada pour l'étude des déterminants de la santé des communautés des langues officielles en situation minoritaire (Subvention IRSC, 2005-2006).

4.3 Sélection des variables

La sélection des variables a été effectuée à partir des trois grands profils désirés, soit le bloc « socio-démographique », le bloc « état de santé » et le bloc « services de soins de santé » (Voir annexe 7 pour une liste complète des variables). Ces trois grandes catégories ont été en partie choisies à partir de thèmes récurrents au sein de la littérature. Dès lors, les variables furent

sélectionnées selon le contenu du questionnaire de l'enquête utilisée (ESCC, 2003 : cycle 2.1). Ces variables ont également été choisies en fonction de l'échantillon étudié (c.-à-d., les personnes âgées de 65 ans et plus). Afin de simplifier l'interprétation et la présentation des données, certaines variables ont été recodées. À l'exception du revenu, les données manquantes ont été exclues des analyses. De ce fait, le revenu familial fut d'abord ajusté en fonction du nombre de membres dans le ménage et ensuite catégorisé par percentiles pour chaque province de façon indépendante, selon la méthode adoptée par Statistique Canada. Or, l'information manquante sur le revenu n'a pas été imputée.

4.3.1 Codification des variables

À l'intérieur du bloc « État de santé », les problèmes de santé chronique ont été classifiés en six grandes catégories : 1) Problèmes musculo-squelettiques (c.-à-d., fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme, maux de dos) ; 2) Problèmes respiratoires (c.-à-d., asthme, bronchite chronique, emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive) ; 3) Problèmes cardiovasculaires (c.-à-d., maladie cardiaque, crise cardiaque, angine de poitrine, insuffisance cardiaque globale, accident vasculaire cérébral) ; 4) Problèmes digestifs (c.-à-d., ulcères à l'intestin ou à l'estomac, troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou de la colite) ; 5) Problèmes cognitifs (c.-à-d., maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale, schizophrénie, troubles de l'humeur tels que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, troubles d'anxiété tels la phobie, trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive) ; 6) Présence de cancer (c.-à-d., oui ou non). Pour la variable « limitation des activités », les choix de réponses existants ont été regroupés pour ne former que deux catégories, soit oui (c.-à-d., parfois et souvent) ou non (c.-à-

d., jamais). Ensuite, trois catégories ont été créées pour la variable « auto-évaluation de la santé » soit excellent (c.-à-d., excellente et très bonne), bonne (c.-à-d., bonne et passable) et mauvaise (c.-à-d., mauvaise).

Enfin, dans le bloc « Services de soins de santé », une variable a été créée quant à savoir quels types de services de soins de santé avaient été utilisés au cours des 12 derniers mois : 1) médecine générale (c.-à-d., médecin de famille ou omnipraticien) ; 2) médecine spécialisée (c.-à-d., ophtalmologiste, optométriste, chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue, psychiatre, dentiste, orthodontiste, chiropraticien, orthophoniste, audiologiste, ergothérapeute) ; 3) soins infirmiers (c.-à-d., recevoir soins ou conseils) ; 4) soins de réhabilitation (c.-à-d., physiothérapeute) ; 5) soins de santé mentale (c.-à-d., travailleur ou travailleuse sociale ou conseiller, psychologue) ; 6) médecine douce ou non-traditionnelle (i.e., acuponcture, massothérapie, réflexologie, etc.). Ces catégories ont été formées selon le type d'intervention nécessité.

Il est à souligner que les variables portant sur la satisfaction à l'égard des services de soins de santé relèvent du contenu optionnel choisi par les autorités des régions sociosanitaires de l'Ontario. En ce qui a trait à l'évaluation des services, les choix de réponses ont été condensés en deux catégories, soit 1) excellente en regroupant « excellente et bonne » et 2) médiocre en regroupant « passable et faible » pour les variables suivantes: « accessibilité aux services dans la province », « qualité des services dans la province », « accessibilité aux services dans la communauté », « qualité des services dans la communauté », « qualité des soins reçus », « qualité des soins hospitaliers », « qualité des soins reçus par un médecin », et « qualité des soins communautaires ». En dernier lieu, les niveaux de satisfaction ont également été regroupés allant d'insatisfait (c.-à-d., « très insatisfait » et « assez insatisfait »), neutre (c.-à-d., « ni

satisfait » et « ni insatisfait » et satisfait (c.-à-d., « très satisfait » et « assez satisfait ») pour les variables suivantes : « satisfaction des soins prodigués », « satisfaction des soins hospitaliers », « satisfaction des soins reçus par un médecin » et « satisfaction des soins communautaires ».

4.4 Méthode

Le projet de thèse vise principalement à décrire l'état de la santé des aînés en établissant différents profils, d'abord selon la langue parlée et ensuite selon le genre. Les distributions de fréquence permettront de dresser le portrait des populations. À des fins de comparaison entre les différents groupes, une série de tableaux croisés ont été produits en appliquant le test statistique du chi carré afin de déterminer les différences significatives. Puisque les données de Statistique Canada sont pondérées au plan de l'échantillonnage, il n'est pas possible de présenter les chiffres absolus.

Compte tenu la réduction de la taille des échantillons suite au processus de filtration selon la langue, il y a un plus grand risque de pouvoir identifier certains groupes, voire même des individus. Or, l'étude des groupes linguistiques tombe sous la Loi de la protection des données confidentielles et n'est possible qu'avec l'autorisation de Statistique Canada. De plus, l'analyse de sous-population exige d'utiliser les fichiers maîtres et nécessite l'habilitation d'un statisticien approuvé par Statistique Canada. Isabelle Gaboury était la statisticienne qui a effectué toutes les analyses pour le projet de recherche de Louise Bouchard sur les déterminants de la santé et a exécuté les analyses de la sous-population des aînés à l'aide du logiciel *Statistical Analysis System* (SAS) version 9.1 sur les lieux de Statistique Canada. La sélection des variables, la

codification et l'interprétation des données ont été réalisées par l'auteure de cette thèse (Valérie Bourbonnais).

La présentation écrite des résultats s'est construite en fonction des trois grandes sections (socio-démographique, état de santé et services de santé) en référant aux distributions pour chacun des groupes (les francophones et les anglophones âgés de 65 ans et plus de l'Ontario) et en les comparant. Ensuite, les pourcentages découlant des sous-analyses sont présentés selon le sexe pour ces deux mêmes groupes linguistiques. Quelques graphiques ont été insérés dans le texte afin de mettre en évidence certains résultats. Il est à noter que les pourcentages ont été arrondis au premier dixième. Enfin, il faut préciser qu'il s'agit de statistiques descriptives de base mais qui ont néanmoins le mérite de faire état de la situation des aînés en ce qui a trait à leur portrait sociodémographique et de santé.

4.5 Les résultats

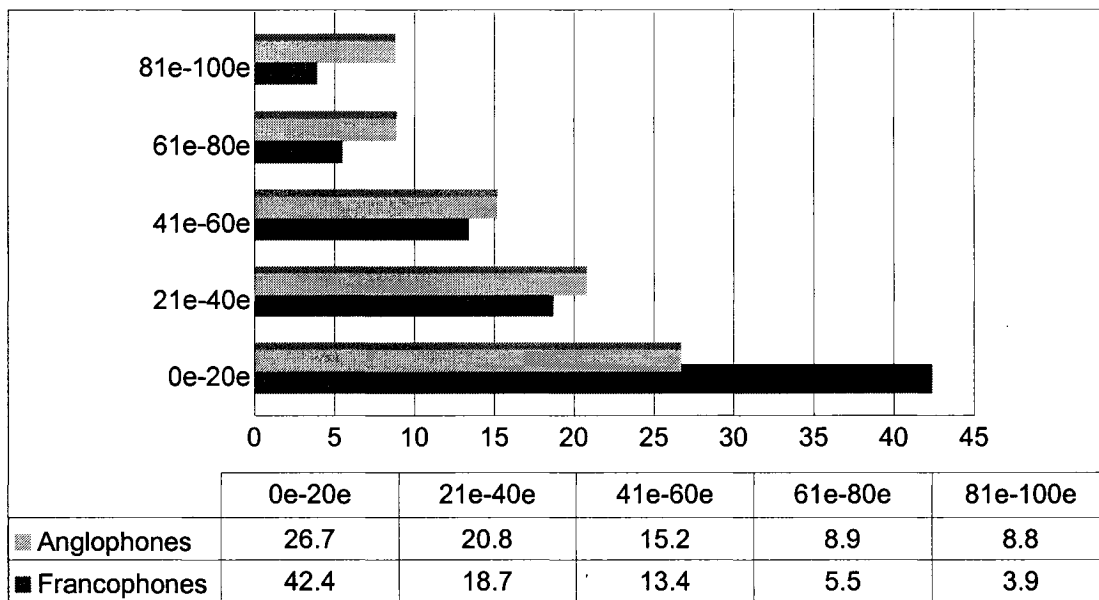
Cette section est consacrée aux résultats de nos analyses statistiques. La première analyse est consacrée à la comparaison des groupes sociolinguistiques. La seconde aux analyses comparatives selon le groupe sociolinguistique et selon le genre. Dans chacune des sections, le profil sociodémographique, les états de santé ainsi que l'utilisation et la satisfaction à l'égard des services sont présentés.

4.5.1 Analyse comparative selon le groupe sociolinguistique

4.5.1.1 Portrait socio-démographique (Voir annexe 1)

Dans cet échantillon, les femmes constituent la majorité des aînés comptant pour 58,1% chez les francophones ; 55,8% chez les anglophones, alors que les hommes du même âge représentent 41,9% des francophones et 44,2% des anglophones. Quant à l'état matrimonial, une proportion similaire de francophones (61,1%) et d'anglophones (63,0%) âgés de 65 ans et plus déclarent être mariée. Le nombre d'aînés francophones et anglophones qui sont veufs est également similaire. En rapport au revenu (c.-à-d., revenu total du ménage), les francophones sont significativement plus nombreux en proportion, dans la tranche inférieure de revenu, soit 42,4% des francophones contre 26,7% des anglophones dans cette catégorie de revenu ($p < .0001$) (Voir graphique 1). À l'intérieur des tranches de revenu moyen (du 21^e au 40^e percentile et du 41^e au 60^e percentile), les proportions sont semblables. Dans les catégories de revenu supérieur (du 61^e au 80^e percentile et du 81^e au 100^e percentile), les écarts entre les deux groupes linguistiques deviennent plus prononcés : 8,8% des anglophones contre 3,9% des francophones présentent avoir des revenus nettement supérieurs (soit, au-dessus du 80^e percentile).

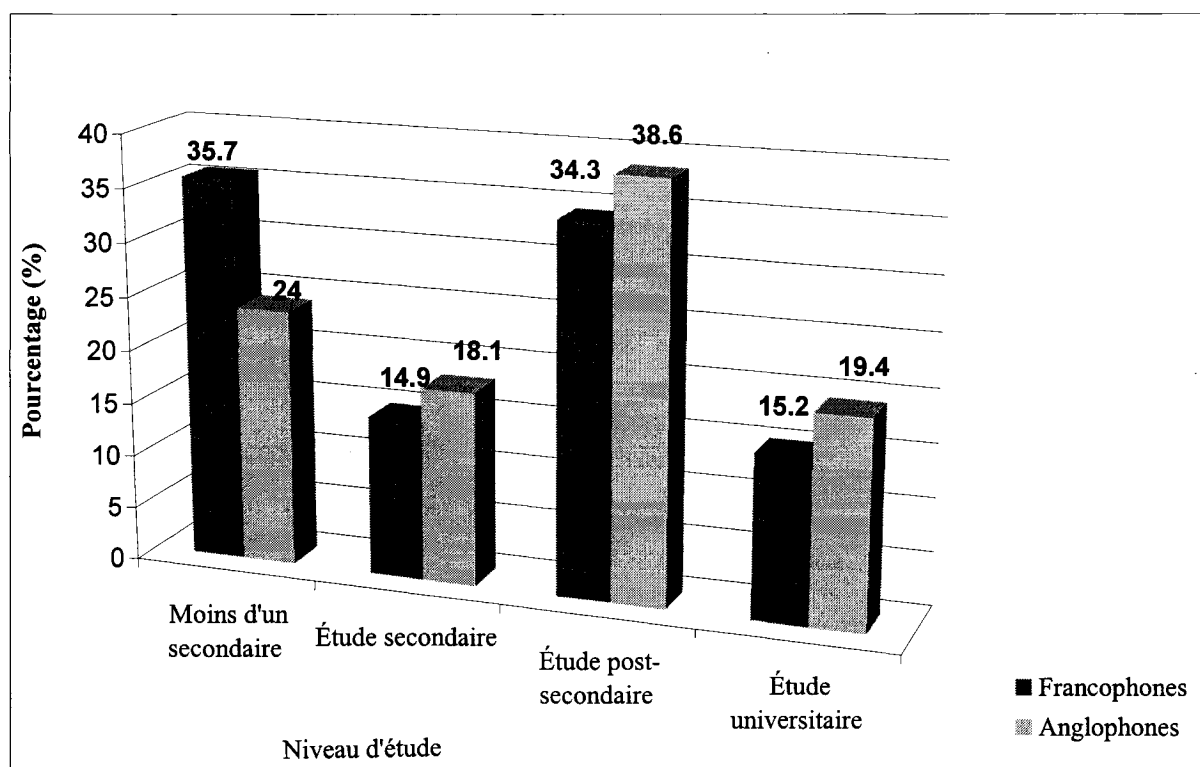
Graphique 1 : Revenu selon le groupe sociolinguistique



Source des données : Statistique Canada, ESCC 2003

Les écarts relatifs au niveau d'éducation sont aussi significatifs (Voir graphique 2). Pour ce qui est du niveau primaire d'éducation, 35,7% des francophones s'y retrouvent contre 24% des anglophones ($p < .0001$). Quant au diplôme universitaire, 15,2% des francophones l'ont obtenu contre 19,4% des anglophones.

Graphique 2 : Niveau d'éducation selon le groupe sociolinguistique



Source des données : Statistique Canada, ESCC 2003

En examinant les statuts liés à l'immigration, on observe que les francophones (94,1%) âgés de 65 ans et plus sont significativement plus enclins à se déclarer « canadien de naissance », comparativement aux anglophones (63,4%) ($p < .0001$). On retrouve une proportion significativement plus importante d'immigrants de longue date parmi les aînés anglophones comparativement à leurs équivalents francophones (35,0% contre 5,9%). La plupart des francophones âgés de 65 ans et plus (98,4%) déclarent être d'origine raciale ou culturelle « blanche », tandis que les anglophones du même groupe d'âge sont significativement moins nombreux en proportion (91,1%), dans cette catégorie ($p < .0001$). En concordance à ce résultat, 8,5% des aînés anglophones sont de minorité visible, alors que seulement 1,2% des aînés

francophones déclarent un tel statut ($p < .0001$). Quant au milieu géographique, les francophones âgés de 65 ans vivant en milieu rural comptent pour 17,8% contre 15,8% pour les anglophones.

En résumé, au niveau démographique, les femmes constituent un groupe majoritaire au sein des francophones âgés de 65 ans et plus en Ontario. D'autre part, la majorité des aînés francophones de cette province sont nés au Canada et sont d'origine raciale et culturelle blanche. Au niveau socioéconomique, ce groupe sociolinguistique est généralement plus pauvre et moins éduqué.

4.5.1.2 État de santé (Voir annexe 2)

En premier lieu, en ce qui a trait à la santé perçue, un plus grand pourcentage de francophones (32,3%) se perçoit en mauvaise santé en comparaison aux anglophones (26,7%) ($p = .002$). Parmi les problèmes de santé chronique, les aînés francophones sont significativement plus susceptibles (18,8%) à déclarer avoir un problème respiratoire (p.ex., asthme, bronchite, emphysème, etc.) comparativement à 12,1% chez les aînés anglophones ($p < .0001$). La présence d'un cancer chez les francophones est significativement plus élevée que chez leurs compatriotes anglophones (8,5% contre 6,1%) ($p = .034$). En ce qui concerne la santé mentale, une proportion significativement plus élevée de francophones (11,6%) affirme avoir un problème cognitif (c.-à-d., Alzheimer, autres démences, dépression, etc.) comparativement à leurs homologues anglophones (8,0%) ($p = .003$).

Relativement aux habitudes de vie (c.-à-d., tabagisme, consommation d'alcool et alimentation), les francophones font davantage usage du tabac comparativement à leurs homologues (11,3% contre 8,4%) ($p = .022$). La consommation recommandée par Santé Canada des 5 à 10 portions de fruits et légumes par jour, semble mieux observée chez les anglophones que chez les

francophones, où 62,4 % des francophones ont une consommation inférieure à cette prescription contre 49,6% chez les anglophones ($p < .0001$).

En résumé, les aînés francophones déclarent une moins bonne santé et déclarent avoir un style de vie plus nuisible à la santé, notamment en ce qui a trait au tabagisme et à l'alimentation. Quant aux problèmes de santé, ils sont plus susceptibles d'avoir un problème respiratoire ainsi que cognitif. Ils sont également plus à risque d'avoir un cancer.

4.5.1.3 Utilisation et satisfaction des services de santé (Voir annexe 3)

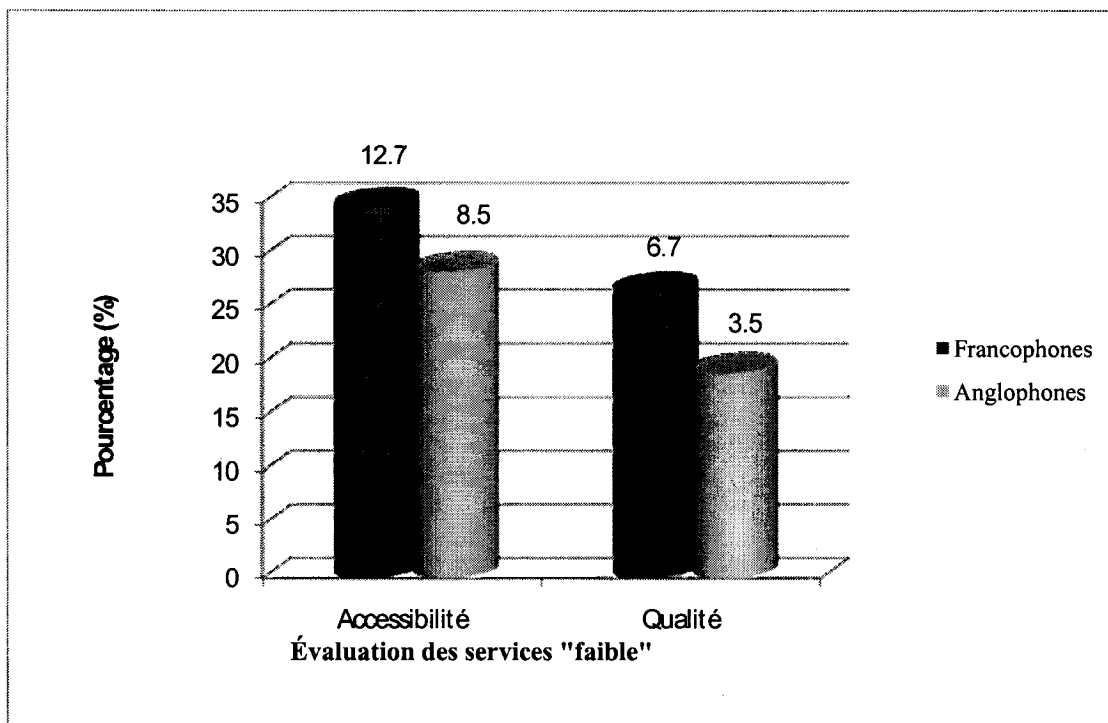
Les variables utilisées pour déterminer l'utilisation et la satisfaction des services de santé sont : avoir un médecin de famille; la langue parlée avec le médecin; le type de consultation médicale; et l'évaluation de l'accessibilité et de la qualité des services. En ce qui concerne la médecine familiale, les francophones âgés de 65 ans et plus sont significativement plus susceptibles que leurs homologues anglophones à déclarer ne pas avoir de médecin de famille (4,7% contre 2,6%) ($p = .006$). Une plus grande proportion de francophones (42,4%) avoue ne pas avoir essayé d'avoir un médecin comparativement aux anglophones (22,0%) ($p = .026$).

Pour ceux et celles ayant un médecin de famille, l'enquête a recensé la langue parlée avec ce dernier. En Ontario, 66,2% des francophones âgés de 65 ans et plus communiquent en anglais avec leur médecin, alors que 27,8% des aînés francophones parlent la langue maternelle (c.-à-d., le français). La grande majorité des aînés anglophones (90,5%) dialoguent en anglais avec leur médecin (il est à noter que seulement 0,04% des aînés anglophones parlent français avec leur médecin).

En regroupant les types de consultation médicale utilisés, on remarque que les anglophones sont significativement plus susceptibles d'avoir consulté un médecin généraliste comparativement aux francophones (90,1% contre 86,1%) ($p=.004$). Toutefois, les deux groupes sociolinguistiques ont fait appel à un médecin spécialiste (p.ex., un chirurgien, un orthophoniste, un audiologiste, etc.) en proportion égale. En ce qui concerne l'utilisation de soins infirmiers, les aînés francophones sont significativement plus susceptibles que leurs homologues anglophones à utiliser un tel service (12,2% contre 9,3%) ($p=.029$). Ils sont également significativement plus nombreux en proportion à avoir consulté un professionnel de la santé mentale (5,9% contre 2,9%) ($p=.0001$).

Par rapport à l'évaluation des services de santé à l'échelle de la province ontarienne, les aînés francophones sont significativement plus enclins que les anglophones à évaluer l'accessibilité (12,7% contre 8,5%) ($p=.003$) et la qualité (6,7% contre 3,5%) ($p=<.0001$) des services à « faible ». (Voir graphique 3).

Graphique 3 : Évaluation des services de santé provinciaux selon le groupe sociolinguistique



Source des données : Statistique Canada, ESCC 2003

La même tendance se dessine quant à l'évaluation des services de santé communautaires, où les francophones âgés de 65 ans et plus sont également significativement plus nombreux en proportion à estimer l'accessibilité (13,1% contre 9,0%) ($p=.0002$) et la qualité (9,6% contre 3,8%) ($p=.001$) de ces services à « faible » comparativement aux anglophones. Enfin, les francophones sont significativement plus enclins (1,5%) que les anglophones (0,3%) à évaluer la qualité des soins reçus par un médecin à « faible » ($p=.037$).

En résumé, les aînés francophones sont plus susceptibles de ne pas avoir de médecin. Cependant, pour ceux et celles ayant un médecin, on note que plus de la moitié (66,2%) des aînés francophones ne parlent pas dans leur langue maternelle lors d'une consultation et sont également moins satisfaits de la qualité des soins reçus par ce professionnel de la santé. En ce qui

concerne le type de services utilisé, ceux-ci sont plus enclins à avoir eu recours à des soins infirmiers et de santé mentale. Finalement, les aînés francophones sont généralement insatisfaits de l'accessibilité et de la qualité des services de santé en Ontario.

4.6.1 Analyse comparative selon le groupe sociolinguistique et le genre

4.6.1.1 Portrait socio-démographique (Voir annexe 4)

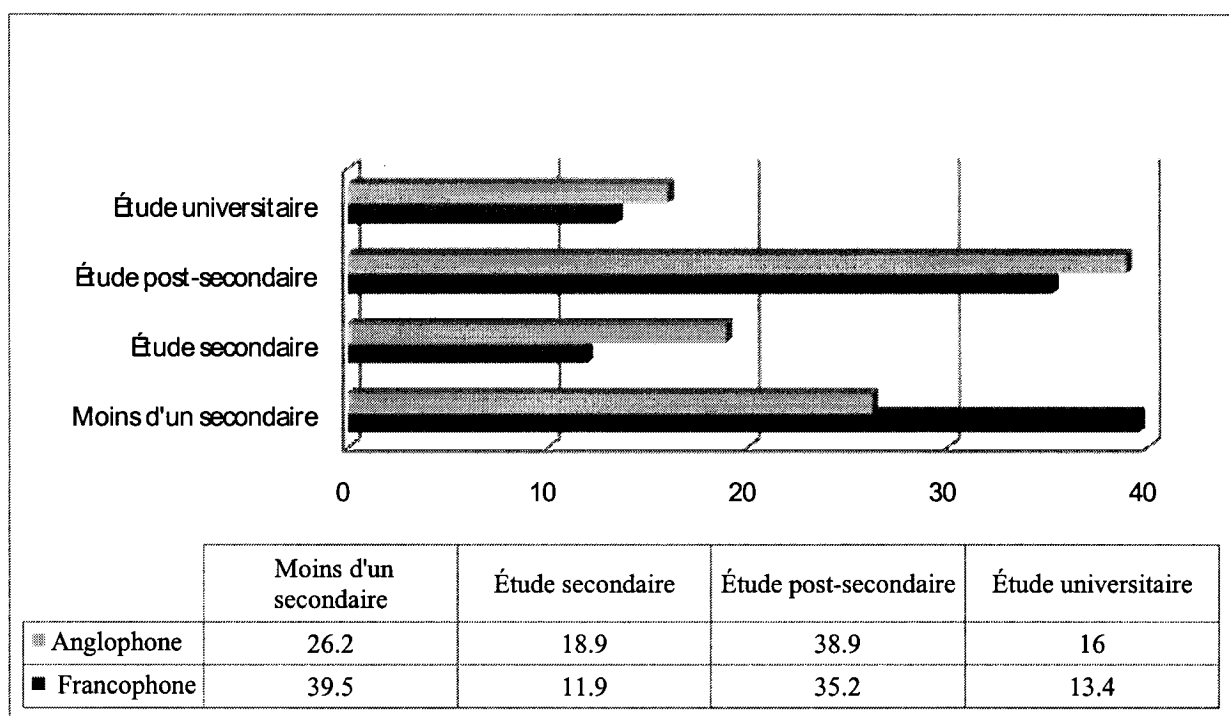
Dans la prochaine section, les mêmes variables sont analysées en fonction du groupe sociolinguistique et en fonction du genre. Les résultats dessinent les portraits socio-démographiques, les états de santé, ainsi que l'utilisation et la satisfaction des services de santé.

Quant à l'état matrimonial, on n'observe aucune différence de genre quant à la proportion d'aînés francophones et anglophones qui déclarent être mariés et veufs. L'analyse du revenu démontre qu'il y a significativement plus de femmes francophones se situant dans la tranche de faible revenu (entre le 0^e et le 20^e percentile de revenu) en comparaison aux femmes anglophones (47,3% contre 29,2%) ($p < .0001$). De plus, les hommes francophones sont également significativement plus susceptibles de vivre à faible revenu comparativement aux hommes anglophones (35,6% contre 23,6%) ($p = .0001$). À l'intérieur de la tranche de revenu élevé (entre le 81^e et le 100^e percentile de revenu), l'ensemble des aînés francophones (hommes francophones; 3,6% contre hommes anglophones; 10,1% et femmes francophones; 4,1% contre femmes anglophones; 7,7%) sont significativement moins susceptibles que l'ensemble des anglophones de recevoir un tel revenu.

Au sujet de l'éducation, les écarts sont également significatifs, où les femmes francophones sont plus enclines (39,5%) que leurs homologues anglophones féminins (26,2%) à avoir un faible

niveau d'éducation ($p < .0001$) (Voir graphique 4), alors que les hommes francophones sont également significativement plus nombreux (30,2%) dans cette catégorie comparativement à leurs homologues anglophones masculins (21,2%) ($p = .008$). En ce qui a trait au niveau des études supérieures (c.-à-d., un diplôme universitaire), on note que l'écart est beaucoup plus marqué entre les hommes francophones et les hommes anglophones (17,7% contre 23,6%), qu'entre les femmes des mêmes groupes sociolinguistiques (13,4% contre 16,0%).

Graphique 4 : Niveau d'éducation des femmes selon le groupe sociolinguistique



Source des données : Statistique Canada, ESCC 2003

Sur le plan socio-culturel, les hommes (92,4%) ($p < .0001$) et les femmes francophones (95,3%) ($p < .0001$) sont significativement plus nombreux en proportion à se déclarer « canadien de naissance » comparativement aux hommes (60,5%) et aux femmes anglophones (65,7%). On note également qu'il y a une plus grande proportion de francophones (hommes ; 98,9% ; $p = .0001$ et femmes ; 98,0% ; $p = .001$) qui sont d'origine raciale et culturelle « blanche » en comparaison

aux anglophones (hommes ; 90,2% et femmes ; 91,7%). De pair avec ces résultats, il y a significativement plus d'hommes (9,4%) ($p < .0001$) et de femmes anglophones (7,8%) ($p < .0001$) qui déclarent un statut de minorité visible comparativement aux hommes (0,6%) et aux femmes francophones (1,5%).

En résumé, le profil socioéconomique féminin francophone est généralement défavorable, dans la mesure où ces femmes sont plus pauvres et moins scolarisées. De façon similaire, le profil socioéconomique francophone masculin se traduit par un taux de pauvreté accru et par un niveau d'éducation nettement inférieur aux anglophones. D'autre part, le profil démographique indique que les aînés francophones sont majoritairement nés au Canada et sont d'origine raciale/culturelle blanche.

4.6.1.2 État de santé (Voir annexe 5)

En examinant l'incidence des problèmes de santé chronique, on note que les femmes francophones sont significativement plus susceptibles que les femmes anglophones du même âge à déclarer avoir des problèmes respiratoires (p.ex., asthme, bronchite, emphysème, etc.) (20,3% contre 12,6%) ($p = .0001$), cardiovasculaires (p.ex., crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, angine de poitrine, etc.) (26,1% contre 20,9%) ($p = .033$) et digestifs (p.ex., ulcères à l'intestin ou l'estomac, maladie de Crohn ou de la colite, etc.) (13,2% contre 9,4%) ($p = .033$). De plus, une proportion significativement plus grande de femmes aînées francophones perçoit leur état de santé négativement comparativement à leurs équivalents francophones féminins (32,2% contre 27,3%) ($p = .047$). Enfin, celles-ci sont beaucoup plus nombreuses en proportion à manger moins de fruits et de légumes comparativement aux femmes anglophones (59,1% contre 45,1%) ($p < .0001$).

L'étude de la santé masculine dévoile que les hommes francophones sont significativement plus susceptibles d'affirmer avoir un problème respiratoire (16,7% contre 11,4%) ($p=.018$) et un type de cancer quelconque (14,2% contre 8,3%) ($p=.003$), et se perçoivent ainsi en moins bonne santé (32,5% contre 25,9%) comparativement aux hommes anglophones ($p=.043$). Au niveau de la santé mentale, il y a un pourcentage significativement plus élevé d'hommes francophones (10,7%) qui attestent avoir un problème cognitif comparativement à leurs équivalents anglophones (6,4%) ($p=.015$). En ce qui concerne les habitudes de consommation, ceux-ci sont également significativement plus nombreux, en proportion, à consommer du tabac (16,2% contre 7,4%) ($p<.0001$) régulièrement et à manger moins de fruits et légumes (67,3% contre 55,2%) que leurs homologues anglophones du même genre ($p=.001$). Finalement, il n'y a aucune différence significative en ce qui concerne la limitation des activités selon le genre ou le groupe sociolinguistique.

En résumé, le portrait féminin de la santé des aînés francophones est globalement plus précaire dans la mesure où, comparativement aux anglophones, celles-ci sont plus susceptibles d'avoir un problème de santé chronique relié au système respiratoire, cardiovasculaire et digestif. En correspondance à ce résultat, les femmes francophones ont également une moins bonne perception de leur état de santé. Quant aux habitudes alimentaires, elles consomment moins de fruits et de légumes. D'un autre côté, le portrait masculin francophone illustre également un état de santé global plus précaire, dans la mesure où, comparativement aux anglophones, ceux-ci sont plus enclins à avoir un problème respiratoire et cognitif, ainsi que d'avoir eu un cancer quelconque. De surcroît, ils ont tendance à évaluer leur état de santé de façon plus négative.

Enfin, les hommes francophones s'alimentent moins bien et consomment régulièrement du tabac comparativement aux hommes anglophones.

4.6.1.3 Utilisation et satisfaction des services de santé (Voir annexe 6)

En examinant l'utilisation de la médecine familiale, on observe qu'il y a une proportion significativement plus élevée d'hommes francophones (6,2%) qui n'a pas de médecin comparativement à leurs équivalents anglophones masculins (2,5%) ($p=.001$). Du côté féminin, parmi celles disant ne pas avoir de médecin, on retrouve une proportion significativement plus grande de femmes francophones affirmant ne pas avoir essayé d'avoir un médecin en comparaison à leurs homologues féminin anglophones (61,5% contre 21,2%) ($p=.003$).

L'analyse de la langue parlée avec le médecin révèle que seulement 26,3% des hommes francophones parlent leur langue maternelle avec leur médecin, alors que 90,1% des hommes anglophones partagent une langue maternelle avec ce dernier. Chez les femmes, la tendance se maintient, où seulement 29,0% d'entre-elles parlent français avec leur médecin tandis que 90,9% des femmes anglophones communiquent en anglais avec leur médecin.

Quant aux types de consultation médicale utilisés, on remarque que les femmes francophones âgées de 65 ans et plus sont significativement plus nombreuses en proportion que leurs équivalents anglophones féminins à consulter des services de soins infirmiers (13,2% contre 9,0%) ($p=.017$) et de soins de santé mentale (8,4% contre 3,5%) ($p<.0001$). L'analyse masculine expose que les hommes francophones sont significativement moins enclins à consulter un médecin généraliste comparativement aux hommes anglophones (80,6% contre 89,5%) ($p<.0001$).

En ce qui concerne l'évaluation des services de santé à l'échelle de la province, bien que 11,3% des femmes francophones contre 9,1% des femmes anglophones évaluent faiblement ces services, l'écart entre les pourcentages n'atteint pas le seuil de significativité statistique. Toutefois, ce seuil est atteint lorsque les femmes francophones évaluent la qualité des services de santé provinciaux à « faible » comparativement à leurs compatriotes féminines (6,8% contre 3,7%) ($p < .0001$). Quant à la qualité des services de santé communautaires, celles-ci sont également plus susceptibles (6,8%) de qualifier ces services à « faible » comparativement aux femmes anglophones (3,7%) ($p = .028$). Du côté masculin, les hommes francophones sont significativement plus susceptibles à juger « faible » l'accessibilité (14,9% contre 7,6%) ($p = .002$) et la qualité (6,5% contre 3,1%) ($p = .0003$) des services de santé provinciaux en comparaison à leurs équivalents anglophones. De plus, les hommes francophones sont particulièrement plus susceptibles d'être insatisfaits de la qualité des soins communautaires comparativement à leurs compatriotes anglophones (14,0% contre 4,0%) ($p < .0001$).

En résumé, le portrait féminin dénote que les femmes francophones utilisent en plus grand nombre les services de soins infirmiers et de santé mentale. Parmi celles n'ayant pas de médecin, elles sont plus susceptibles de ne pas avoir essayé d'en obtenir un. Au niveau de la prestation des soins de santé, elles sont généralement moins satisfaites de la qualité des services (c.-à-d., provinciaux et communautaires). Pour sa part, le portrait masculin souligne que les hommes francophones sont particulièrement plus nombreux à ne pas avoir de médecin et de ce fait, sont à la fois moins enclins à utiliser des services de médecine familiale. Les hommes francophones sont généralement moins satisfaites de l'accessibilité et de la qualité des services de santé provinciaux. Ceux-ci sont particulièrement insatisfaits de la qualité des soins communautaires.

CHAPITRE 5

DISCUSSION ET CONCLUSION

5.0 Introduction

Le chapitre qui suit, aura pour objectif d'établir des liens entre les résultats statistiques et les concepts théoriques. Tout d'abord, il s'agira de confirmer ou d'infirmer la thèse de départ. Dans un deuxième temps, nous verrons dans quelle mesure la théorie de la minorité est pertinente à la minorité sociolinguistique francophone en reprenant certains concepts-clés. Plus précisément, nous examinerons l'influence des rapports sociaux de genre et d'ethnicité et de leurs effets sur la santé.

5.1 Implications théoriques

De prime à bord, le sens général des résultats présentés ci-haut tend à supporter la thèse selon laquelle le fait de vivre dans un contexte linguistique minoritaire, engendre des facteurs qui risquent d'influencer négativement le vieillissement de la minorité sociolinguistique francophone de l'Ontario. Or, les concepts évoqués dans la théorisation de la minorité peuvent désormais être appuyés par des données statistiques.

À cet égard, la théorie de la minorité nous permet tout d'abord d'établir que l'état minoritaire prend racine dans le fait d'être différent de la majorité. Sur la base de ce précepte, il est donc possible d'avancer que les processus de minorisation vécus par les francophones sont attribuables aux différences sociolinguistiques, les distinguant ainsi de la majorité anglophone.

La sociolinguistique nous rappelle le rôle qu'occupe la langue au sein des structures sociales, et de surcroît, dans les rapports sociaux. Comme expliqué par Guillaumin, le fait d'être en position de minorité façonne la nature de ces rapports, de sorte que le groupe minoritaire se trouve à être opprimé par le groupe majoritaire. Étant donné que cette oppression s'inscrit à l'intérieur des sphères socioéconomiques, politiques et juridiques, le groupe minoritaire est alors affligé d'une série d'inégalités ayant chacune des répercussions particulières sur le vieillissement des individus qui forment ce groupe. Ceci signifie que les rapports sociaux entre la minorité et la majorité sont érigés sur la base de rapports de domination, donnant place à une distribution inégalitaire du pouvoir. De surcroît, cette distribution inégale du pouvoir façonne la place qu'occupent la minorité et la majorité au sein de la hiérarchie sociale. Or, cette logique explique le positionnement inférieur de la minorité francophone par rapport celui de la majorité anglophone.

En s'appuyant sur le concept de « *gradient de la santé* », qui lui, prône l'existence d'un lien entre la position occupée dans la hiérarchie sociale et l'état de santé, les résultats de cette thèse confirment cette association, dans la mesure où les aînés de la minorité francophone sont systématiquement en moins bonne santé que les aînés de la majorité anglophone.

5.1.1 Influence des rapports sociaux de genre sur la santé

Ainsi, en sachant que les processus de minorisation sont également traversés par des rapports sociaux de genre, ceci signifie que l'articulation du genre s'inscrit à son tour dans des rapports de pouvoir. Comme élucidé par Scott, on doit reconnaître qu'il y existe une distribution inégalitaire du pouvoir au sein même de la conceptualisation du genre. Or, les résultats statistiques de cette

thèse démontrent que la santé des femmes âgées de la minorité francophone est généralement plus vulnérable que celle des femmes âgées de la majorité anglophone. À cet égard, le profil socioéconomique des femmes francophones est plus précaire, dans la mesure où celles-ci sont plus pauvres et moins scolarisées. Cette tendance tient à supporter la notion de « *féminisation de la pauvreté* », qui elle, augmente avec l'âge. Toutefois, dans l'analyse du vieillissement de la francophonie ontarienne, il est à noter que cette précarité socioéconomique se traduit également chez les hommes âgés de la minorité francophone, où l'on perçoit un taux de pauvreté accru et un niveau d'éducation nettement inférieur en comparaison aux hommes âgés de la majorité anglophone. Des analyses plus approfondies pourraient nous indiquer quelle part de cette précarité socioéconomique est attribuable aux différences sociolinguistiques et quelle part aux différences de genre.

En ce qui a trait au profil de santé, les données vont encore dans le même sens, et indiquent que les femmes âgées de la minorité francophone sont plus susceptibles de vieillir en moins bonne santé (c.-à-d., avoir des problèmes de santé chronique, avoir une perception plus négative de sa santé et avoir de moins bonnes habitudes alimentaires) comparativement aux femmes âgées de la majorité anglophone. Une fois de plus, cette précarité de la santé s'applique également chez les hommes âgés de la minorité francophone, à l'exception de quelques différences.

5.1.2 Influence des rapports ethniques sur la santé

Dans la mesure où un groupe ethnique est défini en fonction du fait qu'il partage une histoire, une langue et une culture propre à lui, on reconnaît alors que les francophones et que les anglophones de l'Ontario constituent deux groupes ethniques distincts. Or, selon la conceptualisation de l'ethnicité selon Juteau, l'ethnicité se caractérise entre autre, par la présence

de relations inégalitaires entre groupes sociaux, où la nature inégale de ces relations détermine les chances d'accès du groupe minorisé à certaines ressources. À cet effet, les résultats de ce projet ne permettent pas d'affirmer que les relations socioéconomiques et politiques inégales, qui se sont historiquement formées entre le groupe ethnique majoritaire anglophone et le groupe ethnique minoritaire francophone de l'Ontario, monopoliseront les chances de vieillir en santé. Toutefois, certains résultats indiquent qu'il y a une insatisfaction significative de la part de la minorité aînée francophone à l'égard de l'accessibilité et de la qualité des services de santé à l'échelle de la province. Au niveau de la langue, plus de la moitié (66,2%) des aînés francophones ne parle pas leur langue maternelle lors de consultations médicales, alors que la majorité (90,5%) des aînés anglophones peut communiquer dans leur langue maternelle. À un certain degré, ces chiffres confirment l'hypothèse selon laquelle les francophones en situation linguistique minoritaire ont un accès différentiel aux ressources de santé.

Dans le cadre du vieillissement, cet accès différentiel risque d'avoir un impact considérable sur les chances de vieillir en santé. Plus précisément, un accès différentiel aux ressources de santé aura un impact sur « [...] les occasions de maintenir et de préserver la santé, le bien-être physique et mental, l'autonomie et la qualité de vie. » (Agence de santé publique du Canada, 2001). Or, selon les normes établies par le gouvernement canadien, des facteurs précis contribuent à un vieillissement en santé, dont un revenu suffisant, un logement adéquat, des relations satisfaisantes et un environnement salubre (Ibid.). Comme le démontre les données de cette thèse, une grande proportion des aînés francophones en Ontario, n'ont pas en leur possession les facteurs susceptibles d'optimiser les chances de vieillir en santé. Ainsi, selon Paul Paillat (1982), « [l'] accès à la vieillesse est fort inégal, non seulement selon le sexe, mais aussi selon le statut matrimonial ou l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle » (p.4). Il

serait désormais pertinent d'ajouter à ces propos que l'accès à la vieillesse en santé est également fort inégal selon l'appartenance sociolinguistique.

5.2 CONCLUSION

5.2.1 Contributions à la connaissance

En premier lieu, cette thèse dresse un portrait sociodémographique des aînés francophones et anglophones de l'Ontario à l'aide de données récentes (2003) provenant d'une enquête statistique nationale (ESCC). De telles données permettent d'identifier les écarts socio-économiques jouant un rôle essentiel dans l'optique de vieillir en santé. À cet effet, ce projet confirme chez les aînés francophones, les mêmes tendances socioéconomiques (taux accru de pauvreté et au niveau d'éducation nettement inférieur) que l'on retrouve au sein de l'ensemble de la population francophone de l'Ontario. Les portraits descriptifs selon le genre ont permis de constater que dans toutes les catégories d'analyse (sociodémographique, état de santé, utilisation et satisfaction des soins de santé), la langue semble avoir un effet prédominant sur l'ensemble de ces aspects, parfois même, plus que le genre. La langue autant que la culture, indissociable de celle-ci, façonne vraisemblablement le rapport qu'entretiennent les aînés vis-à-vis la santé, autant dans les habitudes de vie que dans les perceptions sur les soins et services de santé. De ce fait, la mesure objective de l'auto-évaluation de la santé démontre que les aînés franco-ontariens semblent conscients de la précarité de leur état de santé général.

Or, l'ensemble de ces données peut agir à trois niveaux, soit à titre d'information, d'intervention et de mobilisation. Au niveau informationnel, les données de cette thèse viennent contribuer à l'enrichissement de cette littérature en essor et peuvent également servir de munition auprès des acteurs politiques. Toutefois, le plus grand défi demeure relié à la disponibilité et à la diffusion de l'information recueillie. À cet effet, il est non seulement important de rendre les données accessibles, mais également d'adapter celles-ci de façon à ce qu'une pluralité de consommateurs

puisse être en mesure de bien saisir l'information, et dans un second temps, de favoriser la circulation adéquate de celle-ci.

Au niveau de l'intervention, il s'avère primordial que la prestation de soins de santé en Ontario soit spécialement conçue par, et pour les francophones. Pour ce faire, il devra d'abord y avoir un nombre adéquat de professionnels francophones œuvrant dans les divers secteurs de la santé. Les résultats de cette thèse mettent également en lumière la nécessité de mettre sur pied des structures d'intervention adaptées aux besoins des aînés francophones, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, étant donné que ceux-ci sont beaucoup plus à risque de vieillir avec un problème cognitif, tel que la maladie d'Alzheimer. Il est également important de souligner que les aînés francophones de cette province sont généralement plus nombreux à faire appel aux services de soins infirmiers, ce qui confirme une fois de plus la nécessité d'avoir un hôpital (tel que l'hôpital Montfort) offrant des soins de santé spécialisés, ainsi que de la formation en français. Étant donné sa dispersion géographique, la population franco-ontarienne pourrait facilement bénéficier de l'ouverture d'un tel établissement dans une autre région de l'Ontario français (p.ex., dans le Nord de la province).

Dans un deuxième temps, les sous-analyses permettent de cibler des groupes sociaux particuliers pour qui la langue et/ou le genre semblent avoir un effet systématique sur la santé. À cet égard, les différents profils de santé identifiés dans ce projet confirment la pertinence de créer des modèles d'intervention et de prestation de services de santé adaptés à des réalités physiologiques, sociales et culturelles propres à la minorité francophone. Par exemple, en ce qui a trait aux habitudes de consommation, il y a de la prévention et de la promotion à effectuer quant à l'usage du tabac (p.ex., chez les hommes aînés francophones) et quant aux habitudes alimentaires (p.ex., chez les femmes aînées francophones). De plus, les données nous permettent non seulement

d'examiner les types de problème de santé chronique chez la population aînée, mais également d'identifier quel groupe linguistique et quel groupe de sexe est le plus susceptible de vieillir avec une maladie chronique quelconque. À titre d'exemple, les aînés francophones ont une plus grande probabilité de susciter une intervention médicale vue les problèmes respiratoires, cardiovasculaires, et digestifs qu'ils déclarent en plus grand nombre. De plus, ceux-ci sont également plus susceptibles d'avoir un cancer et de vivre avec un problème de santé mentale.

Finalement, les résultats de cette thèse peuvent être utilisés dans le but de mobiliser les acteurs clés tels que les scientifiques, les instances gouvernementales et les communautés dans le dossier de la santé et de la francophonie minoritaire. Comme en témoigne la recension du contexte politique et juridique, plusieurs engagements se sont concrétisés dans le dossier de la santé des communautés minoritaires de langue officielle. Il est donc important de réunir les chercheurs œuvrant dans ce domaine pour ainsi partager l'information, créer des partenariats et développer davantage les connaissances. Au niveau de la gouvernance, ce projet contient des faits probants scientifiques sur la précarité de la santé des aînés francophones en situation linguistique minoritaire, qui, auraient intérêt à être présentés et articulés auprès des instances gouvernementales concernées. En dernier lieu, il doit y avoir une mobilisation (c.-à-d., une reconnaissance formelle des inégalités sociolinguistiques de santé), ainsi qu'une prise en charge individuelle et collective des droits relatifs à la santé de la part des communautés francophones minoritaires elles-mêmes.

5.3 Limites du projet

Malgré le fait que certains des résultats viennent appuyer l'hypothèse de départ, il demeure impossible de mesurer l'impact que pourraient avoir les structures majoritairement anglophones sur l'état de santé des aînés francophones de l'Ontario dans ce projet. De plus, en dépit des différences soulevées entre les aînés francophones et les aînés anglophones, l'analyse ne permet pas de statistiquement évaluer l'impact de la langue. Cette lacune est en partie attribuable au fait qu'une méthode d'analyse descriptive a été privilégiée pour les besoins de ce projet, qui somme toute, souhaitait établir des profils comparatifs.

Dans un deuxième temps, les conclusions de cette thèse ne permettent pas d'établir des liens de causalité entre l'effet du contexte linguistique minoritaire et le vieillissement plus précaire des aînés francophones. De plus, les données proviennent d'une enquête transversale, ce qui fait en sorte que les résultats reflètent uniquement la situation d'un groupe d'aînés particuliers à un temps donné. En dernier lieu, les données portant sur l'utilisation et l'évaluation des services de santé ne fournissent pas la langue dans laquelle ceux-ci sont administrés.

5.4 Orientations futures

Tout d'abord, maintenant que nous avons établi le profil socio-démographique et le profil de santé des aînés francophones de l'Ontario, il apparaît évident que la prochaine étape devra être de dresser un profil pour chacune des communautés aînées francophones canadiennes en situation minoritaire. Il serait alors possible de comparer les profils par province et ainsi établir les différences et les similitudes entre ces communautés. Grâce à ces nouvelles perspectives, il

serait subséquemment possible de mieux cibler les conditions et les structures nécessaires et adéquates à la mise sur pied des services de santé en français.

Pour ce faire, des études plus approfondies sur l'importance des services de santé en français doivent être effectuées auprès de la population générale de l'Ontario et parmi les populations d'autres provinces, mais également, auprès de sous-populations telles que les aînés. En dépit du fait que plusieurs études antérieures ont déjà cerné certaines lacunes et un certain nombre de besoins en matière de services de santé en français, aucune d'entre-elles ne démontrent concrètement que cette exigence émerge des populations francophones en tant que telles. Dans un premier temps, il faudra statistiquement démontrer que les communautés francophones en situation minoritaire sont à la recherche et sont prêts à revendiquer de tels services de santé en français. Dans un deuxième temps, il importe de détenir une meilleure connaissance des conditions (c.-à-d., socio-économiques, politiques, géographiques, démographiques et socio-sanitaires) et des structures (c.-à-d., de gestion, d'organisation et de mobilisation) favorables à une mise sur pied et à un fonctionnement efficace à long terme de ces services. Plus important encore, il doit y avoir des études de faisabilité qui démontrent les coûts réels reliés au financement de tels services, pour ensuite affirmer en toute connaissance de cause, qu'une telle contribution financière constitue un investissement valable pour les gouvernements, ainsi que pour le bien-être de la population.

En l'occurrence, il apparaît qu'une étude ayant pour objectif de statistiquement mesurer l'impact des structures majoritairement anglophones sur la santé des groupes vivant en situation linguistique minoritaire permettrait une évaluation plus concrète des inégalités sociolinguistiques liées à la santé. Pour ce faire, il s'agirait tout d'abord d'identifier et de définir « les structures majoritairement anglophones » susceptibles d'avoir une influence sur la santé. Ensuite il serait

question de cerner les principaux déterminants de la santé. En guise de méthode statistique, un modèle d'analyse de régression permettrait d'ajuster en fonction des divers groupes de variables (p.ex., socio-démographique, style de vie, milieu de vie, incapacité) susceptibles d'embrouiller l'impact réel occasionné par ces structures. Ce type d'étude serait utile dans la mesure où l'analyse des structures nous permettrait de cerner plus précisément les types d'inégalités structurelles auxquels sont confrontées les communautés francophones en situation minoritaire. À partir de ce point, il serait alors plus facile d'identifier la structure nécessitant des changements, et à la fois plus aisé d'en évaluer les coûts.

Tout compte fait, bien que cette thèse soit de nature principalement descriptive, elle demeure néanmoins unique pour son effort de dresser des portraits plus détaillés des enjeux de santé pour les aînés en Ontario, avec les données les plus récentes disponibles tout en articulant le rapport de minorité, de genre et d'ethnicité.

Bibliographie

Articles scientifiques :

Bouchard, L., et Cardinal, L. (1999). Conditions de possibilités des services en français en Ontario dans les domaines de la santé et des services sociaux: un enjeu pour les femmes. *Reflets*, 5 (2), pp. 109-123.

Bouchard, L., Gaboury, I., Berthelot, J.-M., Chomienne, M.-H., Dubois, L., et Gilbert, A. (2007). La santé en milieu minoritaire. *Politiques de santé* (à paraître).

Boudreau, F., et Farmer, D. (1999). Profil épidémiologique des francophones de l'Ontario: les faits saillants revisités et comparés. *Reflets*, 5 (2), pp. 103-108.

Coderre, C. (1995). Femmes et santé, en français s'il-vous-plaît. *Reflets*, 1 (2), pp. 38-71.

Gilbert, A., Kérisit, M., Dallaire, C., Coderre, C., et Harvey, J. (2005). Les discours sur la santé des organismes franco-ontariens: du rapport Dubois à la cause Montfort. *Reflets*, 11, pp. 21-48.

Langlois, A., et Blais, R. (1991). L'espace come élément stratégique: l'importance de la répartition géographique des francophones de l'Ontario. *Études Canadiennes* (30), pp. 13-26.

Marmen, L., et Corbeil, J.-P. (2003). Portrait des francophones du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario vivant en milieu rural et en milieu urbain. *Francophonie d'Amérique*, 15, pp. 119-132.

Marmen, L., & Delisle, S. (2003). Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec. *Tendances sociales canadiennes* (No 71), pp. 27-31.

McKellar, J. (1999). L'état de santé des personnes âgées francophones en Ontario. *Reflets*, 5 (2), pp. 291-307.

Picard, L., & Charland, J. (1999). Le profil démographique et les déterminants de la santé des francophones en Ontario. *Reflets*, 5 (2), pp. 44-63.

Picard, L., et Hébert, D. (1999). L'état de santé de la population francophone de l'Ontario. *Reflets*, 5 (2), pp. 64-102.

Woloshin, S., Schwartz, L. M., Katz, S. J., et Welch, G. H. (1997, August). Is Language a Barrier to the Use of Preventive Services? *Journal of General Internal Medicine*, 12 (8), pp. 472-477.

Ouvrages :

- Caradec, V. (2004). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Saint-Germain-du-Puy: Armand Colin.
- Cardinal, L. (2001). *Chroniques d'une vie politique mouvementée: L'Ontario francophone de 1986-1996*. Ottawa: Éditions du Nordir.
- Coudin, G., et Paicheler, G. (2002). *Santé et vieillissement: approche psychosociale*. Paris: Armand Colin/VUEF.
- Gilbert, A. (1999). *Espaces franco-ontariens*. Hearst: Les Éditions du Nordir.
- Guillaumin, C. (1992). Le discours de la nature. Dans *Sexe, race et pratique du pouvoir: l'idée de nature* (pp. 49-82). Paris: Côté-femmes.
- Guillaumin, C. (2002). Majoritaires et minoritaires [1972]. Dans *L'idéologie raciste* (pp. 115-128). Paris: Gallimard.
- Juteau, D. (1999). Introduction. Dans *L'ethnicité et ses frontières* (pp. 11-23). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Laforest, J. (1989). *Introduction à la gérontologie*. LaSalle: Éditions Hurtubise HMH Ltée.
- Mathieu, N.-C. (1991). Notes pour une définition sociologique des catégories de sexe [1971]. Dans *L'anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe* (pp. 17-41). Paris: Côté-femmes.
- Paillat, P. (1982). *Vieillesse et vieillesse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Scott, J. (1988). Genre: Une catégorie utile d'analyse historique [1986]. Dans A. Bertin, & e. al., *Le genre de l'histoire* (J. Scott, Trad., pp. 1053-1075). Paris: Éditions Tierce.
- Stuckelberger, A., et Höpflinger, F. (1996). *Vieillesse différentiel: hommes et femmes*. Zürich: Éditions Seismo, Sciences sociales est problème de société.

Rapports et études :

Association acadienne et francophone des aînées et des aînés du Nouveau-Brunswick. (2005). Services de santé adaptés aux aîné(e)s - Péninsule acadienne et autres régions. *Actes du forum: Les inégalités sociales de la santé des aînés(e)s isolé(e)s* (pp. 2-9). Maltempec: Linda Haché/agent(e) de projet.

Bernier, C., et Allaire, G. (2005). Auto-évaluation de la santé, incapacités et améliorations à la santé. Dans *Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Sudbury: Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique et Institut franco-ontarien.

Bouchard, L., Roy, J.-F., Lemyre, L., et Gilbert, A. (2002). *Santé des francophones en Ontario-Sommaire des données descriptives*. Université d'Ottawa. Ottawa: Institut de recherche sur la santé des populations; Centre interdisciplinaire de recherche sur la citoyenneté et les minorités.

Bureau d'appui aux communautés de langue officielle. (2001). *Rapport au ministre fédéral de la santé: la santé et la langue*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

Cardinal, L., et Cox, R. (2005). *La gouvernance des langues officielles au Canada et ses effets sur les femmes et les groupes de femmes francophones en milieu minoritaire: optimiser un potentiel rassembleur*. Université d'Ottawa, Ottawa.

Cameron, H. (2005). *Obstacles et problèmes relatifs à l'accès en français aux soins de santé en Colombie-Britannique*. Provincial Health Services Authority; Vancouver Coastal Health. Santé Canada.

Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. (2007). *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*. Ottawa: Communication Canada.

Comité permanent des langues officielles. (2003). *L'accès aux soins de santé pour les communautés minoritaires de langue officielle: fondements juridiques, initiatives actuelles, perspectives d'avenir*. Ottawa: Communication Canada.

Commissariat aux langues officielles. (2001). *Les langues officielles au Canada: faits et chiffres*. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Commissariat aux langues officielles. (2006). *Une vue plus claire: évaluer la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire*. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

Commissariat aux langues officielles. (2004-2005). *Vivre en santé, produire et circuler. Dans Rapport Annuel: Édition spéciale 35e anniversaire 1969-2004* (Vol. 1, pp. 104-108). Ottawa.

Consortium national de formation en santé. (2005). *Analyse du nombre de médecins de famille et d'admissions en médecine requis par la population francophone du Manitoba*. Collège universitaire de Saint-Boniface; Hôpital général Saint-Boniface; Université du Manitoba. Santé Canada.

Direction générale de la santé de la population et de la santé. (2001). *Rapport des consultations auprès des communautés acadiennes et francophones des provinces atlantiques*. JGV Consultants Inc. Halifax: Santé Canada.

Fédération des aînés et jeunes retraités francophones de l'Ontario. (n.d.). *L'identité des aînés ontariens en relation avec leur milieu de vie*.

Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Étude coordonnée par le Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA) du Canada pour le compte du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.

FEMMES pour la santé. (2000, Octobre). *Portrait de la santé et de la qualité de vie des francophones en Ontario. On veut savoir et agir*, 4-17. Ottawa, Ontario.

Groupe de travail sur les services de santé en français. (2005). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne: Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*. Ottawa: Ministère de la Santé et de Soins de longue durée de l'Ontario.

La Fédération des francophones de la Colombie-Britannique. (2002). *Besoins et priorités en matière d'accès aux services de santé en français en Colombie-Britannique: Qu'en pensent les francophones?* Santé Canada.

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. (2002). *Analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé*. Fujitsu Conseil (Canada) inc.

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. (2003). *Une nouvelle orientation pour le plan de gestion des ressources médicales au Nouveau-Brunswick*. Fujitsu Conseil (Canada) inc.

Office des affaires francophones . (2005, Septembre). *Les personnes âgées francophones en Ontario. Profil statistique*, 5-18. Toronto, Ontario.

Sites Web :

Agence de santé publique du Canada. (2001). *Vieillesse et aînés*. Consulté le 10 mai 2007 sur phac-aspc.gc.ca: http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fed_paper/fedreport8_01_f.htm

Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal. (2005). *Les inégalités sociales de la santé*. Consulté le 5 mai 2007 sur centrelearoback.ca : http://centrelearoback.ca/coup_d_oeil/

Gouvernement de l'Ontario. (2004, avril 24). *Le Premier ministre de l'Ontario place les résultats des soins de santé au premier plan*. Consulté le 18 septembre 2007 sur premier.gov.on.ca: <http://www.premier.gov.on.ca/news/Product.asp?ProductID=377&Lang=FR>

Madore, O. (2003). *La loi canadienne sur la santé: aperçu et options (94-4F)*. Consulté le 31 janvier 2006 sur parl.gc.ca: www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-f.htm

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2006, septembre 5). *Avis de projet de règlement en vertu de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. Consulté le 20 avril 2007 sur health.gov.on.ca: http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/reportsf/notice_flhsf.pdf

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2006, septembre 5). *Transformer les soins de santé: les réseaux d'intégration des services de santé*. Consulté le 20 avril 2007 sur health.gov.on.ca: http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/lhin_flhsf.html

Ressources humaines et développement des compétences du Canada. (2003, mars 28). *Perspectives de développement économique communautaire: Annexe D-définition des expressions*. Consulté le 15 janvier 2007 sur rhdcc.gc.ca: <http://www.rhdcc.gc.ca>

Dictionnaire :

Akoun, A. (1999). Communauté et société. Dans *Dictionnaire de Sociologie* (p. 89). n.d.: Dictionnaires Le Robert/Seuil.

Ansart, P. (1999). Sociolinguistique. Dans *Dictionnaire de sociologie* (pp. 487-488). n.d.: Dictionnaires Le Robert/Seuil.

Dictionnaire de sociologie. (1999). Ansart, P. & André Akoun (dir.) : Éditions : Le Robert/Seuil.

Conférence :

Bouchard, L., Gaboury, I., Dubois, L., Gilbert, A., Chomienne, MH.,
Beauregard, N., et Berthelot, JM. (2005). *Disparités de santé et francophonie
minoritaire*. 96e Conférence annuelle de l'Association Canadienne de Santé Publique,
Ottawa.

TABLEAUX SOMMAIRE DES DONNÉES ESCC

ANNEXE # 1 : Portrait socio-démographique selon le groupe sociolinguistique

Variables	Francophone (%)	Anglophone (%)
Genre		
Masculin	41.9	44.2
Féminin	58.1	55.8
État matrimonial		
Marié (e)	61.1	63.0
Veuf (ve)	27.7	27.0
Autre	11.2	10.0
Type de ménage		
Habite seul (e)	29.2	26.1
Habite avec autre (s)	70.8	73.9
Revenu *		
0-20 ^e percentile	42.4	26.7
21-40 ^e percentile	18.7	20.8
41-60 ^e percentile	13.4	15.2
61-80 ^e percentile	5.5	8.9
81-100 ^e percentile	3.9	8.8
Données manquantes	16.0	19.7
Éducation*		
Moins diplôme d'étude secondaire	35.7	24.0
Diplôme d'étude secondaire	14.9	18.1
Diplôme d'étude postsecondaire	34.3	38.6
Diplôme universitaire	15.2	19.4

Statut d'immigrant *		
Immigrant(e) (plus de 10 ans)	5.9	35.0
Immigrant(e) (moins de 10 ans)	0.0	1.7
Canadien de naissance	94.1	63.4
Origine raciale/culturelle *		
Blanche	98.4	91.1
Noire	0.0	1.1
Autre	1.6	7.8
Statut de minorité visible *		
Oui	1.2	8.5
Non	98.9	91.5
Milieu géographique		
Urbain	82.2	84.2
Rural	17.8	15.8

* Variable significative où la valeur de $p = < 0.05$

ANNEXE 2 : État de santé selon le groupe sociolinguistique

Variables	Francophones (%)	Anglophones (%)
Problème de santé chronique		
Musculo-squelettique		
Oui	60.6	59.9
Non	39.4	40.1
Respiratoire*		
Oui	18.8	12.1
Non	81.2	87.9
Cardiovasculaire		
Oui	25.7	23.1
Non	74.4	76.9
Digestif		
Oui	10.5	8.3
Non	89.5	91.7
Cognitif*		
Oui	11.6	8.0
Non	88.4	92.0
Cancer		
Oui	8.5	6.1
Non	91.6	93.9
Limitation des activités		
Oui	38.2	36.5
Non	61.8	63.5

Auto-évaluation de la santé*		
Mauvaise	32.3	26.7
Bonne	37.1	35.7
Excellente	30.6	37.7
Consommation tabac*		
Oui	11.3	8.4
Non	88.7	91.6
Consommation alcool		
Oui	48.7	51.2
Non	51.3	48.8
Consommation fruits et légumes*		
Moins de 5-10 portions/jour	62.4	49.6
Plus de 5-10 portions/jour	37.6	50.4

* Variable significative où la valeur de $p = < 0.05$

ANNEXE 3 : Utilisation et satisfaction des services de santé selon le groupe sociolinguistique

Variables	Francophone (%)	Anglophone (%)
Médecin de famille*		
Oui	95.3	97.4
Non	4.7	2.6
Raison n'a pas de médecin		
Pas de médecin dans la région		
Oui	13.0	24.4
Non	87.0	75.6
Médecin n'accepte aucun nouveau patient		
Oui	19.3	19.0
Non	80.7	81.0
N'a pas essayé d'en avoir un *		
Oui	42.4	22.0
Non	57.6	78.0
Médecin parti/retraité		
Oui	31.6	42.1
Non	68.4	57.9
Langue parlée avec médecin		
Anglais	66.2	90.5
Français	27.8	0.0
Type de consultation médicale		
Médecine générale*		
Oui	86.1	90.1
Non	14.0	9.9

Médecine spécialisée		
Oui	99.2	99.4
Non	0.8	0.6
Soins infirmiers *		
Oui	12.2	9.3
Non	87.8	90.7
Soins de réhabilitation		
Oui	8.7	8.9
Non	91.3	91.1
Soins de santé mentale *		
Oui	5.9	2.9
Non	94.1	97.1
Soins de santé à domicile		
Oui	10.3	8.6
Non	89.7	91.4
Médecine douce/non traditionnelle		
Oui	5.8	5.6
Non	94.2	94.5
Accessibilité des services de santé provinciaux*		
Excellente et bonne	65.4	71.4
Passable	21.9	20.1
Faible	12.7	8.5

Qualité des services de santé provinciaux*		
Excellente et bonne	73.3	80.8
Passable	20.1	15.7
Faible	6.7	3.5
Accessibilité des services de santé communautaires*		
Excellente et bonne	65.0	73.0
Passable	22.0	18.0
Faible	13.1	9.0
Qualité des services de santé communautaires*		
Excellente et bonne	77.3	83.4
Passable	13.1	12.8
Faible	9.6	3.8
Qualité des soins hospitaliers		
Excellente et bonne	93.2	92.8
Passable	2.5	3.5
Faible	4.3	3.7
Qualité des soins d'un médecin*		
Excellente et bonne	96.5	96.4
Passable	2.0	3.3
Faible	1.5	0.3
Satisfaction des soins hospitaliers		
Satisfait (e)	93.0	93.0
Neutre	2.8	1.4
Insatisfait (e)	4.2	5.6

Satisfaction des soins d'un médecin		
Satisfait (e)	96.6	96.9
Neutre	1.0	1.2
Insatisfait (e)	2.4	1.8
Satisfaction des soins communautaires		
Satisfait(e)	89.1	89.8
Neutre	2.4	2.8
Insatisfait(e)	8.5	7.5

* Variable significative où la valeur de $p = < 0.05$

ANNEXE 4 : Portrait socio-démographique selon le groupe sociolinguistique et selon le genre

Variables	Francophone (%)		Anglophone (%)	
	Homme	Femme	Homme	Femme
État matrimonial				
Marié (e)	82.4	45.7	80.3	49.3
Veuf (ve)	9.2	41.1	10.5	40.1
Autre	8.4	13.2	9.2	10.6
Type de ménage				
Habite seul (e)	12.5	41.4	13.6	36.2
Habite avec autre (s)	87.5	58.6	86.4	63.8
Revenu*				
0-20 ^e percentile	35.6	47.3	23.6	29.2
21-40 ^e percentile	18.9	18.5	22.1	19.8
41-60 ^e percentile	17.6	10.4	18.4	12.6
61-80 ^e percentile	6.5	4.8	10.1	7.9
81-100 ^e percentile	3.6	4.1	10.1	7.7
Données manquantes	17.8	14.8	15.8	23.0
Éducation*				
Moins diplôme d'étude secondaire	30.2	39.5	21.2	26.2
Diplôme d'étude secondaire	19.2	11.9	17.0	18.9
Diplôme d'étude postsecondaire	33.0	35.2	38.3	38.9
Diplôme universitaire	17.7	13.4	23.6	16.0
Statut d'immigrant*				
Immigrant(e) (plus de 10 ans)	7.7	4.7	37.9	32.6
Immigrant(e) (moins de 10 ans)	0.0	0.0	1.5	1.7
Canadien de naissance	92.4	95.3	60.5	65.7

Origine raciale/culturelle*				
Blanche	98.9	98.0	90.2	91.7
Noire	0.0	0.0	0.8	1.4
Autre	1.1	2.0	9.0	6.9
Statut de minorité visible*				
Oui	0.6	1.5	9.4	7.8
Non	99.4	98.5	90.6	92.2
Milieu géographique				
Urbain	78.1	85.1	83.0	85.1
Rural	21.9	14.9	17.0	14.9

* Variable significative où la valeur de $p = < 0.05$

ANNEXE 5 : État de santé selon le groupe sociolinguistique et selon le genre

Variables	Francophone (%)		Anglophone (%)	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Genre				
Problème de santé chronique				
Musculo-squelettique				
Oui	49.7	68.4	52.3	65.9
Non	50.3	31.6	47.7	34.1
Respiratoire*				
Oui	16.7	20.3	11.4	12.6
Non	83.3	79.7	88.6	87.4
Cardiovasculaire *				
Oui	25.1	26.1	25.9	20.9
Non	74.9	73.9	74.1	79.1
Digestif *				
Oui	6.9	13.2	6.9	9.4
Non	93.1	86.8	93.1	90.6
Cognitif*				
Oui	10.7	12.3	6.4	9.2
Non	89.3	87.8	93.6	90.8
Cancer*				
Oui	14.2	4.3	8.3	4.4
Non	85.8	95.7	91.7	95.6
Limitation des activités				
Oui	35.4	40.2	32.0	40.1
Non	64.4	59.8	68.1	59.9
Auto-évaluation de la santé*				
Mauvaise	32.5	32.2	25.9	27.3
Bonne	35.7	38.1	34.9	36.3
Excellente	31.8	29.8	39.2	36.4

Consommation de tabac*				
Oui	16.2	7.8	7.4	9.1
Non	83.8	92.2	92.6	90.9
Consommation d'alcool				
Oui	62.5	39.0	63.3	41.7
Non	37.5	61.1	36.8	58.3
Consommation de fruits et légumes*				
Moins de 5-10 portions/jour	67.3	59.1	55.2	45.1
Plus de 5-10 portions/jour	32.7	40.9	44.8	54.9

* Variable significative où la valeur de $p = < 0.05$

ANNEXE 6 : Utilisation et satisfaction des services de santé selon le groupe sociolinguistique et selon le genre

Variables	Francophone (%)		Anglophone (%)	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Médecin de famille*				
Oui	93.8	96.5	97.5	97.2
Non	6.2	3.6	2.5	2.8
Raison n'a pas de médecin				
Pas de médecin dans la région				
Oui	6.6	21.0	26.0	23.3
Non	93.4	79.0	74.0	76.7
Médecin n'accepte aucun nouveau patient				
Oui	24.9	12.2	13.2	23.1
Non	75.1	87.8	86.8	76.9
N'a pas essayé d'en avoir un*				
Oui	27.3	61.5	23.2	21.2
Non	72.7	38.5	76.8	78.9
Médecin parti/retraité				
Oui	45.0	14.7	36.4	46.2
Non	55.0	85.3	63.6	53.8
Langue parlée avec médecin				
Anglais	67.3	65.5	90.1	90.9
Français	26.3	29.0	0.04	0.04
Type de consultation médicale				
Médecine générale*				
Oui	80.6	90.0	89.5	90.5
Non	19.4	10.0	10.5	9.5

Médecine spécialisée				
Oui	98.3	99.8	99.3	99.5
Non	1.7	0.2	0.8	0.6
Soins infirmiers*				
Oui	10.8	13.2	9.6	9.0
Non	89.2	86.8	90.4	91.0
Soins de réhabilitation				
Oui	5.5	11.0	7.6	9.9
Non	94.5	89.0	92.4	90.1
Soins de santé mentale*				
Oui	2.5	8.4	2.3	3.5
Non	97.5	91.6	97.7	96.6
Soins de santé à domicile				
Oui	6.3	13.2	7.1	9.7
Non	93.7	86.8	92.9	90.3
Médecine douce/non traditionnelle				
Oui	2.4	8.3	3.8	6.9
Non	97.6	91.7	96.2	93.1
Accessibilité des services de santé provinciaux*				
Excellente et bonne	69.0	62.9	73.5	69.8
Passable	16.1	25.8	18.9	21.0
Faible	14.9	11.3	7.6	9.1
Qualité des services de santé provinciaux*				
Excellente et bonne	72.4	73.9	83.4	78.8
Passable	21.1	19.4	13.5	17.5
Faible	6.5	6.8	3.1	3.7

Accessibilité des services de santé communautaires*				
Excellente et bonne	63.4	66.1	74.1	72.2
Passable	18.3	24.4	17.9	18.1
Faible	18.3	9.5	8.1	9.7
Qualité des services de santé communautaires*				
Excellente et bonne	75.9	78.2	83.9	82.9
Passable	10.3	15.0	12.1	13.4
Faible	14.0	6.8	4.0	3.7
Qualité des soins hospitaliers				
Excellente et bonne	98.3	90.8	93.2	92.5
Passable	1.7	2.9	3.4	3.6
Faible	0.0	6.3	3.4	3.9
Qualité des soins d'un médecin				
Excellente et bonne	99.3	94.9	97.3	95.7
Passable	0.0	3.1	2.4	4.0
Faible	0.7	2.0	0.3	0.3
Satisfaction des soins hospitaliers				
Satisfait (e)	98.3	90.5	91.9	93.9
Neutre	1.7	3.4	1.1	1.7
Insatisfait (e)	0.0	6.1	7.1	4.5
Satisfaction des soins d'un médecin				
Satisfait (e)	97.5	96.1	97.1	96.9
Neutre	0.7	1.2	1.4	1.1
Insatisfait (e)	1.8	2.7	1.5	2.0

Satisfaction des soins communautaires				
Satisfait (e)	85.8	90.1	92.6	88.2
Neutre	0.0	3.2	1.5	3.5
Insatisfait (e)	14.2	6.8	5.9	8.3

* Variable significative où la valeur de $p = < 0.05$

**ANNEXE 7 : Variables de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
cycle 2.1 (2003)**

Bloc #1 : Variables socio-démographiques

LANGUE :

- 1) Soutenir une conversation
- 2) Langue parlée le plus souvent à la maison
- 3) Première langue apprise et encore comprise
- 4) Langue de préférence

GENRE :

- 1) Féminin
- 2) Masculin

ÉTAT MATRIMONIAL :

- 1) Marié
- 2) Veuf
- 3) Autres (jamais marié, célibataire, divorcé, conjoint de fait)

TYPE DE MÉNAGE :

- 1) Habite seul
- 2) Habite avec d'autres

REVENU :

- Revenu total du ménage
- 1) 0-20^e percentile
 - 2) 21-40^e percentile
 - 3) 41-60^e percentile
 - 4) 61-80^e percentile
 - 5) 81-100^e percentile

ÉDUCATION: 1) Moins d'un diplôme d'étude secondaire
2) Diplôme d'étude secondaire
3) Diplôme d'étude postsecondaire
4) Diplôme universitaire

STATUT D'IMMIGRANT : 1) Immigrant de plus de 10 ans
2) Immigrant de moins de 10 ans
3) Canadien de naissance

ORIGINE RACIALE : 1) Blanche
2) Noire
3) Autre

MINORITÉ VISIBLE : 1) Oui
2) Non

MILIEU GÉOGRAPHIQUE : 1) Rural
2) Urbain

Bloc #2 : variables de santé

PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE :

MUSCULO-SQUELETTIQUE : OUI OU NON

(fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme, maux de dos)

RESPIRATOIRE : OUI OU NON

(asthme, bronchite chronique, emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive)

CARDIOVASCULAIRE : OUI OU NON

(hypertension, maladie cardiaque, crise cardiaque, angine de poitrine, insuffisance cardiaque globale, accident vasculaire cérébral, diabète)

DIGESTIF : OUI OU NON

(ulcères à l'intestin ou l'estomac, troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou de la colite)

COGNITIF : OUI OU NON

(maladie de l'Alzheimer ou autre forme de démence cérébrale, schizophrénie, troubles de l'humeur tels que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, troubles d'anxiété tels la phobie, trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive)

CANCER : a déjà eu un cancer

OUI OU NON

LIMITATION DES ACTIVITÉS : 1) oui = parfois et souvent

2) non= jamais

AUTO-ÉVALUATION DE LA SANTÉ :

1) excellente = excellente et très bonne

2) bonne = bonne et passable

3) mauvaise = mauvaise

CONSOMMATION TABAC :

1) oui = fume régulièrement

2) autre = fume occasionnellement / ne fume pas

CONSOMMATION D'ALCOOL : 1) oui = boit régulièrement

2) autre = boit occasionnellement / ne boit pas

CONSOMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES : 1) oui = plus de 5-10 portions/jour

2) non= moins de 5-10 portions/jour

TYPE DE CONSULTATIONS MÉDICALES

MÉDECINE GÉNÉRALE : OUI OU NON

(médecin de famille ou omnipraticien)

MÉDECINE SPÉCIALISÉE : OUI OU NON

(ophtalmologiste, optométriste, chirurgien, allergologue, orthopédiste, gynécologue, psychiatre, dentiste, orthodontiste, chiropraticien, orthophoniste, audiologiste)

SOINS INFIRMIERS : OUI OU NON

(soins ou conseils)

SOINS DE RÉHABILITATION : OUI OU NON

(physiothérapeute, ergothérapeute)

SOINS DE SANTÉ MENTALE : OUI OU NON

(travailleur ou travailleuse sociale ou conseiller, psychologue)

SOINS DE SANTÉ À DOMICILE : OUI OU NON

(livraison de repas, entretien ménager, bain et toilette, magasinage)

MÉDECINE DOUCE/NON TRADITIONNELLE : OUI OU NON

(massothérapie, réflexologie, naturopathe)

ÉVALUATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ PROVINCIAUX :

- 1) Excellente et bonne
- 2) Passable
- 3) Faible

QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ PROVINCIAUX :

- 1) Excellente et bonne
- 2) Passable
- 3) Faible

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

- 1) Excellente et bonne
- 2) Passable
- 3) Faible

QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

- 1) Excellente et bonne
- 2) Passable
- 3) Faible

QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS

- 1) Excellente et bonne
- 2) Passable
- 3) Faible

QUALITÉ DES SOINS REÇUS PAR UN MÉDECIN

- 1) Excellente et bonne
- 2) Passable
- 3) Faible

SATISFACTION DES SOINS HOSPITALIERS

- 1) Satisfait
- 2) Neutre
- 3) Insatisfait

SATISFACTION DES SOINS D'UN MÉDECIN

- 1) Satisfait
- 2) Neutre
- 3) Insatisfait

SATISFACTION DES SOINS COMMUNAUTAIRES

- 1) Satisfait
- 2) Neutre
- 3) Insatisfait