

Minorités linguistiques et société Linguistic Minorities and Society



Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire

Louise Bouchard, Malek Batal, Pascal Imbeault, Golnaz Sedigh, Erika E. Silva and Ewa Sucha

Number 6, 2015

La recherche au profit d'un meilleur accès aux services de santé en français
Research Benefiting Better Access to Health Care Services in French

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1033190ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1033190ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bouchard, L., Batal, M., Imbeault, P., Sedigh, G., Silva, E. E. & Sucha, E. (2015). Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (6), 66–81. <https://doi.org/10.7202/1033190ar>

Article abstract

Aging populations have significantly increased in recent decades, especially in the Francophone population living in linguistic minority situations in Canada. Our secondary analysis of the *Canadian Community Health Survey* (CCHS) shows that a large proportion of Francophone seniors have no high school diploma and are in the bottom income quintile. Multivariate analyses of the data show that poverty determinants such as income and education affect poverty among older people, but that language and belonging to the Francophone minority have a specific impact. The latter constitutes new data.

Précarité des populations francophones âgées vivant en situation linguistique minoritaire¹

Louise Bouchard

Université d'Ottawa

Malek Batal

Université de Montréal

Pascal Imbeault

Université d'Ottawa

Golnaz Sedigh

Université d'Ottawa

Erika E. Silva

Chercheuse en santé publique

Ewa Sucha

Université d'Ottawa

Résumé

Le vieillissement des populations s'est considérablement accentué ces dernières décennies et ce plus particulièrement pour la population francophone vivant en situation linguistique minoritaire au Canada. Nos analyses secondaires de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) révèlent qu'une grande proportion d'ânés francophones n'a pas de diplôme d'études secondaires et se situe dans le quintile de revenu le plus faible. Des analyses multidimensionnelles des données montrent que les déterminants de la pauvreté tels que le revenu et l'éducation exercent une influence sur la pauvreté des personnes âgées, mais que la langue et l'appartenance à la minorité francophone y contribuent de façon spécifique, ce qui constitue une donnée nouvelle.

Abstract

Aging populations have significantly increased in recent decades, especially in the Francophone population living in linguistic minority situations in Canada. Our secondary analysis of the *Canadian Community Health Survey* (CCHS) shows that a large proportion of Francophone seniors have no high school diploma and are in the bottom income quintile. Multivariate analyses of the data show that poverty determinants such as income and education affect poverty among older people, but that language and belonging to the Francophone minority have a specific impact. The latter constitutes new data.

1. Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et de son Initiative de réseaux de recherche appliquée en santé, le Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO)

Depuis les années 1980, la proportion de la population âgée de 65 ans et plus a augmenté dans l'ensemble des pays industrialisés et cette tendance démographique s'accroîtra au fil du temps. Le vieillissement de la population inquiète à plus d'un égard et notamment en raison de ses conséquences sociales, économiques, culturelles et politiques (Nations Unies, 2003). La croissance accélérée de la population âgée comparativement à la population en âge de travailler ouvre la porte à diverses prédictions plus ou moins catastrophiques sur la croissance économique, l'épargne, l'investissement, la consommation, le marché du travail, le financement des retraites, le système de sécurité sociale et la prise en charge des maladies. Bien que les personnes âgées d'aujourd'hui constituent un groupe hétérogène au plan financier, elles forment néanmoins une population plus vulnérable à la maladie, à la pauvreté et à l'exclusion (Lloyd-Sherlock, 2000). L'objectif de cet article est d'examiner la situation des aînés francophones vivant en contexte linguistique minoritaire au Canada, en portant un regard particulier sur leur position socioéconomique.

La population francophone vivant en situation linguistique minoritaire (à l'extérieur du Québec) et déclarant le français comme langue maternelle compte près d'un million de personnes (952 765) (Statistique Canada, 2011a). Les communautés francophones vivent dispersées partout au pays et présentent des profils variés selon les contextes démographiques et socioéconomiques : elles sont en général moins jeunes, moins scolarisées et sont davantage concentrées dans les régions où l'économie est instable, rendant ainsi plus difficiles le développement des ressources sociales et l'accès à celles-ci (Bouchard et Leis, 2008). Ces conditions se répercutent sur leur santé, et nos travaux antérieurs ont permis de vérifier l'hypothèse de la situation linguistique minoritaire comme déterminant potentiel de santé (Batal et coll., 2013 ; Imbeault et coll., 2013 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois, 2009).

C'est en Ontario, la province la plus peuplée du Canada, que l'on retrouve la plus grande population de langue maternelle française à l'extérieur du Québec, soit 493 300 francophones (5,2 % de la population totale). Le Nouveau-Brunswick suit avec 233 530 francophones (34,7 %), puis viennent en ordre décroissant l'Alberta, 68 545 (3,1 %), la Colombie-Britannique, 57 280 (2,0 %), le Manitoba, 42 090 (6,3 %), la Nouvelle-Écosse, 31 110 (5,2 %), la Saskatchewan, 16 280 (3,7 %), l'Île-du-Prince-Édouard, 5 195 (6,3 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (0,7 %). Le Yukon (4,2 %), les Territoires du Nord-Ouest (2,7 %) et le Nunavut (1,4 %) combinés comptent 5 450 francophones (Statistique Canada, 2011b).

Selon le recensement de 2011, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteint les cinq millions au Canada, ce qui constitue 14,1 % de la population totale (Statistique Canada, 2012). De plus, la population âgée de 80 ans et plus a considérablement augmenté pour atteindre le million de personnes. En situation linguistique minoritaire, selon les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (cycles combinés de 2001, de 2003 et

de 2005), le vieillissement est plus marqué que parmi la population majoritaire anglophone et la proportion d'aînés à l'échelle canadienne s'élève à 19 % au sein de ce groupe. C'est en Saskatchewan qu'il est le plus prononcé, où 34 % de la population francophone est âgée de 65 ans et plus, suivie de l'Île-du-Prince-Édouard avec 26 % et du Manitoba avec 24 % (Bouchard et Desmeules, 2011).

Bien que la proportion d'aînés (65 ans et plus) à faible revenu ait considérablement diminué au Canada (de 21 % en 1980 à 5 % en 2006), des données plus récentes de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) indiquent une augmentation de deux points (7 %) de la pauvreté chez les Canadiens âgés entre 2007 et 2010 (OCDE, 2013, CNA NSC, 2009). Quelle que soit la situation socioéconomique de chacun, il est possible de broser un profil général des aînés. L'aîné, en principe, n'est plus en situation d'emploi et vit en moyenne une quinzaine d'années avec des revenus moindres que durant sa vie active, voire même pour certains d'entre eux en état de précarité. Les données statistiques montrent que la vieillesse concerne une plus grande proportion de femmes, dont la qualité de vie est réduite par la maladie chronique et la pauvreté (Bélanger, Martel, Berthelot et Wilkins, 2002 ; Rose, 2009).

Méthodologie

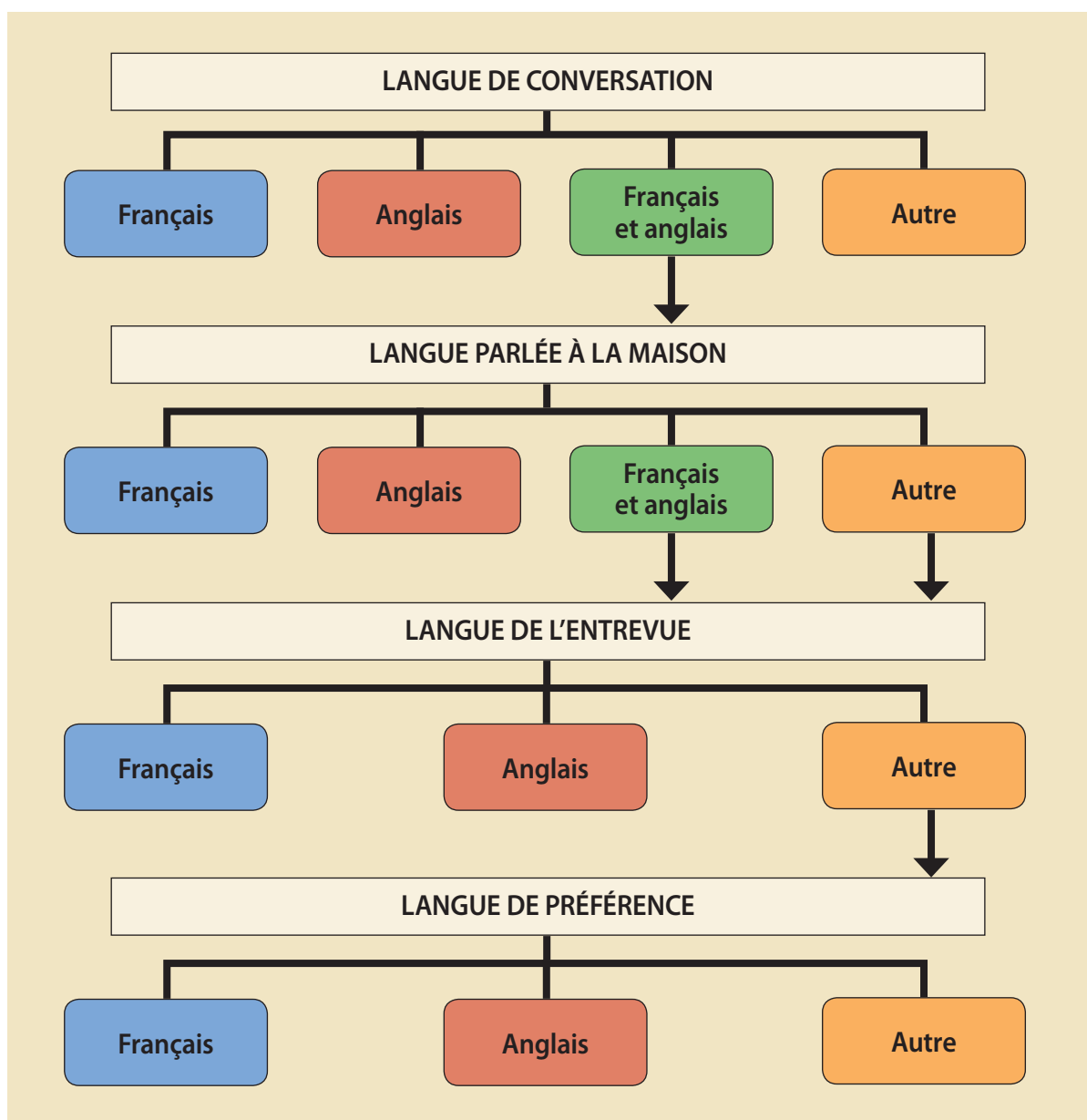
Compte tenu du profil sociodémographique des francophones en contexte minoritaire décrit précédemment, nous posons comme hypothèse que l'appartenance à la minorité francophone entraîne une inégalité d'accès aux ressources sociales, c'est-à-dire aux services publics tels que l'éducation, la santé, l'emploi, etc., et une plus grande précarité chez les personnes âgées de 65 ans et plus comparativement à la majorité anglophone.

Les données utilisées dans cette étude proviennent de six cycles (2001, 2003, 2005, 2007, 2008 et 2009) de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) que nous avons combinés afin d'accroître notre échantillon de locuteurs francophones âgés de 65 ans et plus vivant en situation linguistique minoritaire. Cette méthode a été créée et validée par Statistique Canada, spécialement pour étudier les petites populations, plus difficiles à documenter (Makvandi, Bouchard, Sedigh et Bergeron, 2013 ; Thomas et Wannell, 2009). La population de l'ESCC comprend les personnes de 12 ans et plus vivant en foyer privé dans les provinces et les territoires, à l'exclusion des résidents des réserves autochtones, de certaines régions éloignées et des bases militaires.

Afin de déterminer les groupes linguistiques s'identifiant en tant que francophones ou anglophones, nous avons créé un algorithme permettant de sélectionner les individus à partir de quatre variables présentes dans l'ESCC : la langue de conversation, la langue parlée à la maison, la langue de l'entrevue et la langue de contact préférée lors de l'enquête. Cette

méthode a permis de distinguer le plus clairement possible les groupes à partir de la langue parlée et préférée, et de retenir uniquement les personnes qui déclarent parler le français (francophones ou nouvellement immigrées) ou l'anglais (anglophones, francophones s'exprimant en anglais et/ou nouvellement immigrées) (figure 1).

Figure 1
Définition de l'identité linguistique



L'analyse se fonde sur un échantillon d'adultes de 65 ans et plus, composé de 33 925 hommes (32 673 anglophones et 1 252 francophones) et de 45 556 femmes (43 684 anglophones et 1 872 francophones) résidant à l'extérieur de la province de Québec. Des distributions de fréquences pondérées ont été utilisées pour décrire le profil sociodémographique et sanitaire des francophones minoritaires et des anglophones majoritaires et des plus pauvres d'entre eux. Afin d'examiner la relation entre la pauvreté et la langue (les francophones comparativement aux anglophones), nous avons élaboré deux modèles (hommes/femmes) de régression logistique séquentiel additif.

La variable à prédire ou dépendante de ces modèles est l'appartenance au groupe ayant le plus faible revenu (quintile de revenu ici ajusté par Statistique Canada selon la taille du ménage et la province). Les modèles sont ajustés en séquence de quatre étapes en fonction de différents prédicteurs qui contribueront à expliquer la pauvreté des francophones âgés en comparaison des anglophones âgés. Tout d'abord, nous avons estimé l'incidence de la province, du milieu de vie urbain/rural, du statut d'immigrant et du fait de vivre seul sur la probabilité d'être dans le quintile de revenu le plus faible. Deuxièmement, nous avons ajouté l'éducation aux autres facteurs explicatifs; troisièmement, nous avons inclus dans le modèle le statut d'emploi des individus. Enfin, nous avons ajouté au modèle l'état de santé, la limitation des activités la restriction à l'activité et les maladies chroniques (asthme, arthrite, maux de dos, hypertension, migraines, maladies pulmonaires, diabète, maladies cardiaques, cancer, accident vasculaire cérébral, troubles intestinaux). Le tableau 1 contient les définitions de toutes les variables utilisées dans cette étude.

Afin de tenir compte du plan d'enquête complexe, les erreurs-types des coefficients de régression ont été estimées à l'aide de la technique de Bootstrap (Rust et Rao, 1996; Rao, Wu et Yue, 1992).

Résultats

Caractéristiques de la population de 65 ans et plus

Comme le montre le tableau 1, parmi la population âgée de 65 ans et plus, 28 % des hommes et 46 % des femmes francophones, et 24 % des hommes et 37 % des femmes anglophones se situent dans le groupe des personnes à faible revenu; 55 % des hommes et 62 % des femmes francophones, et 35 % des hommes et 38 % des femmes anglophones possèdent moins d'un diplôme d'études secondaires; 80 % des hommes et 93 % des femmes francophones, et 71 % des hommes et 86 % des femmes anglophones ne travaillent pas; 32 % des hommes et 27 % des femmes francophones, et 26 % des hommes et 25 % des femmes anglophones se perçoivent en mauvaise santé; 49 % des hommes et 47 % des femmes francophones, et 51 % des hommes et 53 % des femmes anglophones déclarent être restreints dans leurs activités. Les anglophones et les francophones de 65 ans et plus sont affectés par différentes maladies chroniques à peu près dans les mêmes proportions.

Tableau 1
Profil des aînés (65 ans et plus),
toutes les provinces à l'exception du Québec

	Pourcentage			
	Hommes		Femmes	
	Anglophones (n=32 673)	Francophones (n=1 252)	Anglophones (n=43 684)	Francophones (n=1 872)
Faible revenu	24	28	37	46
Milieu urbain	78	64	82	66
Immigrant	31	10	27	9
Vivant seul	19	18	42	40
Moins que diplôme d'études secondaires	35	55	38	62
Ne travaillant pas	71	80	86	93
Santé perçue				
Mauvaise	26	32	25	27
Bonne	33	36	34	42
Très bonne/excellente	40	32	31	31
Limitations des activités	51	49	53	47
Maladies				
Arthrite	37	39	54	52
Hypertension	41	38	48	48
Maux de dos	25	27	29	23
Cardiaque	22	23	17	17
Diabète	18	16	13	14
Pulmonaire et respiratoire	8	10	7	8
Cancer	8	8	5	4
Asthme	6	8	8	9
Troubles intestinaux	4	4	8	7
Ulcère	4	5	4	3
Accident vasculaire cérébral	5	5	4	3
Migraine	3	3	6	6

Note : Nombres pondérés

Source : ESCC, cycles combinés 2001, 2003, 2005, 2007, 2008 et 2009

Caractéristiques de la population de 65 ans et plus du plus faible quintile de revenu

Tel qu'il est indiqué au tableau 2, parmi la population du plus faible quintile de revenu, une plus grande proportion de francophones que d'anglophones déclare posséder un niveau d'éducation faible (72 % des hommes et 77 % des femmes francophones contre 49 % des hommes et 51 % des femmes anglophones), ne pas travailler (89 % des hommes et 96 % des femmes francophones contre 83 % des hommes et 92 % des femmes anglophones), se percevoir en mauvaise santé (39 % des hommes et 35 % des femmes francophones contre 37 % des hommes et 33 % des femmes anglophones) et être restreinte dans ses activités (47 % des hommes et 52 % des femmes francophones contre 57 % des hommes et 60 % des femmes anglophones). Les maladies chroniques affectent en plus grande proportion les aînés pauvres, qu'ils soient francophones ou anglophones.

Analyses multidimensionnelles de la relation entre langue et précarité

La figure 2 montre l'influence de chaque bloc de variables sur la relation entre la langue (être francophone) et l'appartenance au quintile de revenu le plus faible. Les francophones sont comparés aux anglophones, et ce, pour les deux sexes. Dans ces modèles de régression élaborés avec un coefficient de confiance de 95 %, la réponse visée est l'appartenance au quintile de revenu inférieur et le rapport de cotes obtenu montre la force de la corrélation entre le prédicteur et la réponse. Un rapport de cotes égal à un indique qu'il n'y a pas de corrélation.

Les résultats montrent qu'après la prise en compte des principaux déterminants sociaux liés à la pauvreté tels que la province de résidence, le statut d'immigration, le fait de vivre seul, l'éducation, l'emploi et la santé, les hommes francophones âgés de 65 ans et plus sont 1,33 fois plus à risque d'être dans le quintile de revenu le plus faible (IC à 95 % : 1,02, 1,75) et les femmes francophones du même groupe d'âge sont 1,29 fois plus susceptibles d'être dans le quintile de revenu le plus faible comparativement à la population majoritaire anglophone du même groupe d'âge (95 % IC : 0,98, 1,71).

Discussion

La population francophone âgée est particulièrement vulnérable à la précarité. Près d'un homme sur trois et d'une femme sur deux de ce groupe se situent dans le plus faible niveau de revenu. Parmi ces derniers, un homme sur trois et une femme sur deux vivent seuls. Les trois quarts d'entre eux n'ont pas de diplôme d'études secondaires. Plusieurs d'entre eux (30 %) vivent en milieu rural, ce qui rend les conditions d'accès aux services plus difficiles pour une population, de surcroît, largement touchée par une ou plusieurs maladies chroniques et se percevant, dans une proportion de près de 40 %, en mauvaise santé.

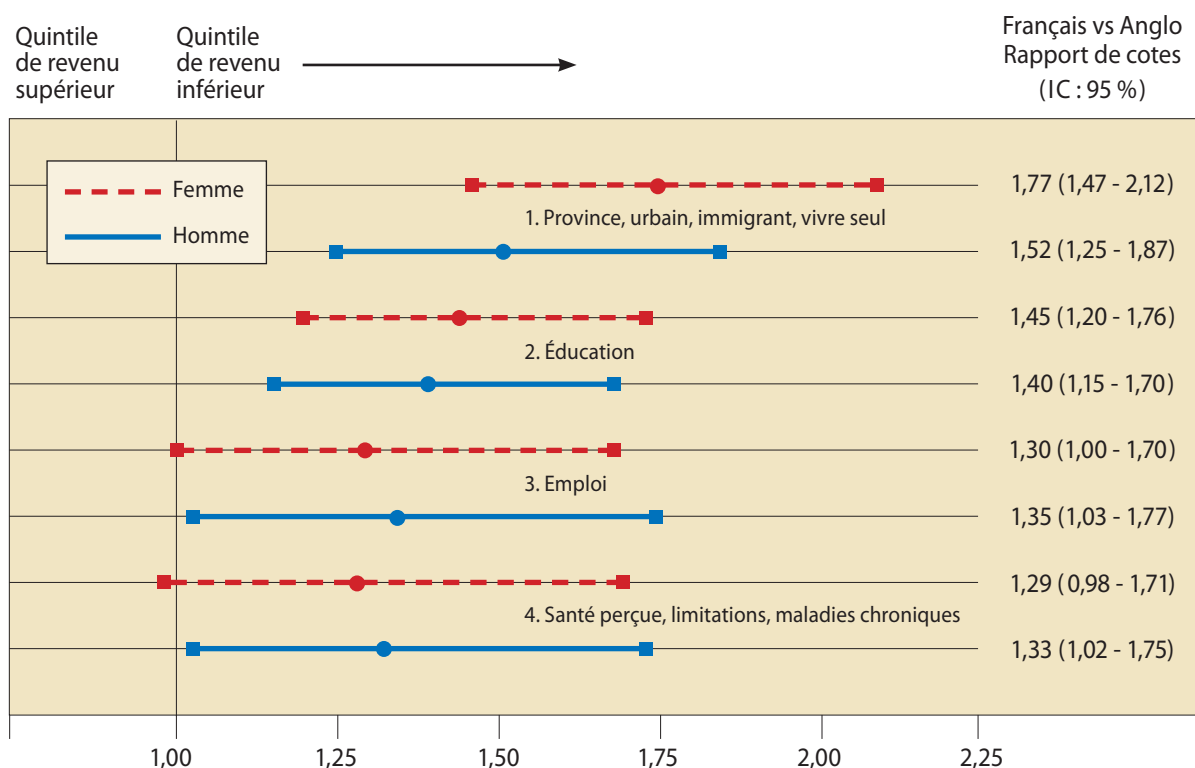
Tableau 2
Profil des aînés (65 ans et plus) du plus faible quintile de revenu,
toutes les provinces à l'exception du Québec

	Pourcentage			
	Hommes		Femmes	
	Anglophones (n=8 368)	Francophones (n=420)	Anglophones (n= 18 482)	Francophones (n=1 017)
Milieu urbain	83	65	86	69
Immigrant	39	7	31	5
Vivant seul	30	28	61	55
Moins que diplôme d'études secondaires	49	72	51	77
Ne travaillant pas	83	89	92	96
Santé perçue				
Mauvaise	37	39	33	35
Bonne	33	37	35	40
Très bonne/excellente	30	24	32	25
Limitations des activités	57	47	60	52
Maladies				
Arthrite	40	42	58	51
Hypertension	43	38	51	49
Maux de dos	28	25	33	23
Cardiaque	24	28	20	19
Diabète	20	15	16	14
Respiratoire et pulmonaire	10	12	9	10
Asthme	8	14	10	11
Cancer	8	7	5	6
Ulcère	6	7	6	8
Accident vasculaire cérébral	7	2	5	4
Troubles intestinaux	4	2	8	7
Migraine	4	5	6	5

Note : Nombres pondérés

Source : ESCC, cycles combinés 2001, 2003, 2005, 2007, 2008 et 2009

Figure 2
Modèle de régression séquentiel entre la pauvreté et l'appartenance linguistique,
toutes les provinces à l'exception du Québec



Note : Rapport de cotes supérieur à 1,0 indique un risque accru de se positionner dans le quintile de revenu inférieur.

La présente étude montre, comme on peut s'y attendre, que certains déterminants sociaux ont une influence sur la pauvreté des personnes âgées, mais que la situation linguistique minoritaire y contribue de façon spécifique, ce qui constitue une donnée nouvelle. Même après la prise en compte de plusieurs déterminants – le contexte de vie, le statut d'immigrant, l'éducation, l'emploi et la santé –, la population francophone minoritaire de plus de 65 ans reste plus susceptible d'être dans le quintile de revenu le plus faible en comparaison de la population anglophone. Les hommes francophones sont à risque encore plus élevé d'être pauvres. Ces résultats semblent indiquer que la situation linguistique minoritaire pourrait être un important déterminant de la pauvreté chez la population francophone âgée. Bien que les données descriptives montrent que la population francophone âgée se caractérise par une condition socioéconomique inférieure en comparaison de la population anglophone, c'est la première fois que cette association entre pauvreté et appartenance linguistique est statistiquement démontrée.

Cette précarité peut s'expliquer par les conditions de vie induites par la situation minoritaire historiquement marquée par des rapports de pouvoir anglo-dominants, une quasi-absence d'institutions de langue française et une profonde incertitude identitaire (Simard, 1999). Ce n'est qu'à partir des années 1960 et au prix de longues luttes que les droits linguistiques ont pu être enchâssés dans la Constitution. Bien que la situation socioéconomique du « Canadien français » vocable auquel s'est identifiée la génération des 65 ans et plus s'est grandement améliorée depuis la Révolution tranquille du Québec et l'affirmation subséquente des multiples francophonies canadiennes minoritaires (Juteau, 1994), les aînés francophones vivant en situation linguistique minoritaire demeurent une population vulnérable à la précarité.

Cette génération a subi les effets de la domination et de l'assimilation anglaises plus intensément que les générations actuelles. La langue, ainsi que son statut, est un facteur déterminant de l'accès aux ressources éducatives, politiques et économiques. La langue, ainsi que son statut, est un facteur déterminant de l'accès aux ressources éducatives, politiques et économiques. Les ressources culturelles que possèdent les individus jouent un rôle essentiel dans leur position sociale (Bourdieu, 2001). Cette génération de personnes francophones minorisées n'a pas eu les mêmes conditions de développement et d'éducation que la majorité anglophone. L'école française a été interdite dans l'ensemble des provinces canadiennes majoritairement anglophones dès le tournant des années 1900 (Bégin, 2010). Cette génération peu éduquée a dû socialiser en anglais pour l'obtention de services, ce qui entraîne un triple problème de littératie impliquant les compétences linguistiques en français et en anglais, le niveau d'éducation et la compréhension de langages de plus en plus spécialisés (Bouchard et coll, 2012). Si la lutte pour l'éducation en français est désormais gagnée et l'égalité formelle des deux langues officielles du pays reconnue (Landry, 2014), les communautés francophones minoritaires font encore face à la quasi-inexistence de services de santé dans leur langue. Ce n'est que depuis les années 2000, après l'élaboration d'un plan d'action fédéral pour les langues officielles, que la santé en français est devenue le nouveau champ de bataille de la minorité linguistique (Bouchard et Desmeules, 2011 ; Forgues, Doucet et Guignard Noël, 2011).

Cette minorisation socioéconomique et symbolique (Laur, 2013), source d'inégalité sociale, se répercute encore de nos jours. Comme l'indiquent les données de l'OCDE, on a observé au Canada, entre 2006 et 2011, un accroissement de la pauvreté chez les personnes âgées qui serait attribuable à une faible prestation de revenu versée aux aînés par le gouvernement comparativement aux autres pays de l'OCDE. Ainsi, une plus grande proportion d'aînés canadiens dépendent des régimes privés pour se garantir un revenu supérieur au seuil de faible revenu. Il en résulterait une augmentation de l'inégalité des revenus des personnes âgées (CNA, 2009). Les personnes aux prises avec des emplois précaires, des interruptions de carrière ou une insécurité du travail (temps partiel, saisonnier, travailleur autonome) sont plus

susceptibles d'être touchées par la pauvreté. Nos résultats indiquent qu'une large proportion d'ânés francophones en situation minoritaire, dont 28 % des hommes et 46 % des femmes, se situent dans le quintile de revenu le plus faible et comptent parmi les personnes précarisées.

Il est maintenant bien reconnu que les déterminants sociaux ont un impact sur la santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009). Le statut socioéconomique est le principal déterminant de la qualité de vie et de la santé. Maladies, mortalité précoce, incapacités touchent de façon marquée les plus pauvres et les moins scolarisés. Au Canada, les études de Wilkins sur la mortalité montrent un écart d'espérance de vie de sept ans entre les hommes appartenant aux quintiles de revenu le plus pauvre et le plus riche (Wilkins, Tjepkema, Mustard et Choinière, 2008). Nos données préliminaires sur la mortalité chez les francophones en situation minoritaire indiquent un écart comparable (Sucha, Silva, Batista et Bouchard, 2014).

Sur le plan des indicateurs de santé, environ un aîné francophone sur trois se perçoit en mauvaise santé, une observation plus fréquente chez les aînés du plus faible quintile de revenu. La perception de la santé est un indicateur multidimensionnel qui englobe différents aspects de subjectivité tels que le sentiment d'isolement social, le sentiment d'infériorité et l'estime de soi, qui pourraient également être des attributs de la situation minoritaire (Wilkinson, 1999). Bien que le fardeau des maladies chroniques soit plus lourd pour les aînés, qu'ils soient francophones ou anglophones et davantage pour les plus pauvres d'entre eux, on peut se questionner sur l'efficacité de la prise en charge des maladies et de la trajectoire des patients dans le système de santé, dans le contexte où les soins sont peu disponibles en langue officielle minoritaire. L'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle nous indique que 35 % des francophones vivant à l'extérieur du Québec trouvent qu'il est difficile, très difficile, voire impossible d'obtenir des services dans la langue minoritaire (Gagnon-Arpin, Bouchard, Leis et Bélanger, 2014). La mauvaise communication peut avoir des répercussions négatives importantes pour les patients eux-mêmes et sur l'ensemble de la qualité des soins offerts, notamment concernant la compréhension par les patients de leurs problèmes de santé, la prise accrue et la mauvaise gestion de médicaments, et l'utilisation moindre ou tardive des services (Ouimet, Trempe, Vissandjée et Hemlin, 2013 ; Ngwakongnwi, Hemmelgarn, Musto, Quan et King-Shier, 2012 ; Bowen, 2001). Les barrières linguistiques ont également un impact considérable sur les coûts des soins de santé (Bischoff et Denhaerynck, 2010).

La Commission sur les déterminants sociaux de la santé (2009) concluait que la pauvreté et les inégalités sanitaires qui en résultent sont principalement dues à la répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services, et le fait d'orientations et de stratégies politiques mal pensées. C'est dans cette mouvance que certains pays, dont le Canada, ont mis en œuvre des programmes de lutte contre la pauvreté. Ce mouvement a été amorcé par la province de Québec, qui a adopté en 2002 sa *Loi visant à lutter contre la pauvreté*

*et l'exclusion sociale*² (Mendell, 2010). On peut espérer que de telles interventions contribueront à réduire les inégalités sociales et sanitaires. À ce propos, l'étude de Fang, Kmetz, Milliar et Drasic (2009) montre que si les indicateurs de santé sont globalement meilleurs dans une province riche comme la Colombie-Britannique, ils ne le sont pas pour les plus défavorisés. C'est au Québec que la population à faible revenu serait en meilleure santé. Les auteurs avancent que la stratégie de lutte contre la pauvreté du Québec, associée à un système de soutien social unique en son genre, s'avère bénéfique pour la population à faible revenu. Les politiques publiques façonnent et structurent les conditions de vie des citoyens et sont donc le premier levier pour agir sur les déterminants sociaux et améliorer la vie de tous (Jones et Potvin, 2010 ; Lamoureux, 2010).

Notre étude présente des limites inhérentes à l'utilisation de données secondaires. La principale limite est la faiblesse de l'échantillon francophone, que nous avons cherchée à compenser en combinant plusieurs cycles d'enquête pour nous permettre de tirer des conclusions valides. Par contre, la variable revenu est une variable dynamique qui peut changer au fil du temps. En combinant plus de huit années d'enquête, nous travaillons avec une moyenne de revenu qui risque de masquer les tendances réelles. Il aurait été approprié de vérifier l'effet de la langue au fil du temps, mais le faible échantillon de francophones de l'ESCC ne nous a pas permis de le faire. D'autres variables associées au revenu, telle l'occupation, auraient été pertinentes à prendre en considération dans l'analyse, mais elles ne sont pas disponibles dans cette enquête. Ces limites peuvent entraîner une légère surestimation de l'effet de la langue.

Conclusion

Bien que la majorité des aînés d'aujourd'hui aient acquis de meilleures conditions de vie que leurs prédécesseurs, un nombre important d'entre eux continuent de vivre dans des conditions économiques précaires. Le statut socioéconomique est un déterminant majeur de la qualité de vie. La minorisation à laquelle a été sujette la population francophone constitue la source de désavantages et d'une inégalité sociale qui se répercutent encore de nos jours. Les aînés francophones en situation minoritaire sont plus susceptibles d'être pauvres que leurs homologues anglophones, et cette précarité nécessite d'être prise en compte dans l'élaboration de nos politiques publiques et dans la lutte contre la pauvreté.

2. *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, LRQ, c L-7.

Références

- BATAL, Malek, Ewa MAKVANDI, Pascal IMBEAULT, Isabelle GAGNON-ARPIN, Jean GRENIER, Marie-Hélène CHOMIENNE et Louise BOUCHARD (2013). « Comparison of dietary intake between Francophones and Anglophones in Canada: Data from CCHS 2.2 », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, numéro spécial, vol. 104, n° 6, p. S31-S38.
- BÉGIN, Pierre-Luc (2010). *Le génocide culturel des francophones au Canada*, Québec, Éditions du Québécois. En ligne : <http://www.vigile.net/IMG/pdf/24-Genocide.pdf> (consulté le 2 décembre 2012).
- BÉLANGER, Alain, Laurent MARTEL, Jean-Marie BERTHELOT et Russel WILKINS (2002). « Gender differences in disability-free life expectancy for selected risk factors and chronic conditions in Canada », dans Sarah B. Laditka (dir.), *Health expectation for older women: International perspectives*, New York, Haworth Press, p. 61-83.
- BISCHOFF, Alexander, et Kris DENHAERYNCK (2010). « What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland », *BMC Health Services Research*, vol. 10, p. 248.
- BOUCHARD, Louise, Marie-Hélène CHOMIENNE, Monique BENOIT, Françoise BOUDREAU, Manon LEMONDE et Suzanne DUFOUR (2012). « Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis? Une étude exploratoire de l'impact de la situation linguistique minoritaire », *Canadian Family Physician = Le médecin de famille canadien*, vol. 58, n° 12, p. 1325.
- BOUCHARD, Louise, et Martin DESMEULES (2011). *Minorités de langue officielle du Canada : égales devant la santé?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- BOUCHARD, Louise, Isabelle GABOURY, Marie-Hélène CHOMIENNE, Anne GILBERT et Lise DUBOIS (2009). « La santé en situation linguistique minoritaire, *Healthcare Policy = Politiques de santé*, vol. 4, n° 4, p. 37-42.
- BOUCHARD, Louise et Anne LEIS (2008). « La santé en français », dans Joseph Yvon Thériault, Anne Gilbert et Linda Cardinal (dir.), *L'espace francophone en milieu minoritaire au Canada : nouveaux enjeux, nouvelles mobilisations*, Fides, p. 351-381.
- BOURDIEU, Pierre (2001). *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Seuil.
- BOWEN, Sarah (2001). *Language barriers in access to health care = Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Santé Canada, Division des systèmes de santé.
- COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2009). *Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS (CNA) (2009). *Rapport du Conseil national des aînés sur la question du faible revenu chez les aînés*, Gatineau, Ressources humaines et Développement des compétences Canada. En ligne : http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche_publications/faible_revenu/2009/hs1_9/hs1_9.pdf

- FANG, Raymond, Andrew KMETIC, John MILLIAR et Lydia DRASIC (2009). « Disparités dans les maladies chroniques entre les populations à faible revenu au Canada », *Prevention Chronic Disease*, vol. 6, n° 4.
- FORGUES, Éric, Michel DOUCET et Josée GUIGNARD NOËL (2011). « L'accès des aînés francophones aux foyers de soins en milieu minoritaire, un enjeu linguistique en santé et mieux-être », *Canadian Journal on Aging = La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 30, n° 4.
- GAGNON-ARPIN, Isabelle, Louise BOUCHARD, Anne LEIS et Mathieu BÉLANGER (2014). « Accès et utilisation des services en langue minoritaire », dans Rodrigue Landry (dir.), *La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 193-219.
- IMBEAULT, Pascal, Ewa MAKVANDI, Malek BATAL, Isabelle GAGNON-ARPIN, Jean GRENIER, Marie-Hélène CHOMIENNE et Louise BOUCHARD (2013). « Physical inactivity among Francophones and Anglophones in Canada », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, numéro spécial, vol. 104, n° 6, p. S26-S30.
- JONES, Catherine M., et Louise POTVIN (2010). « Introduction », dans Louise Potvin, Marie-José Moquet et Catherine M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Paris, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), p. 31-34.
- JUTEAU, Danielle (1994). « Multiples francophonies minoritaires : multiples citoyennetés », *Sociologie et sociétés*, vol. XXVI, n° 1, p. 33-45.
- LAMOUREUX, Josée (2010). « La lutte contre les inégalités : un choix politique », *Revue Vie économique*, vol. 1, n° 4. En ligne : <http://www.eve.coop/?a=47>
- LANDRY, Rodrigue (2014). « Introduction », dans Rodrigue Landry (dir.), *La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 1-21.
- LAUR, Elke (2013). « Minorités majoritaires et majorités minoritaires : des oxymorons? L'exemple des minorités de langue officielle au Canada », *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, n° 3, p. 19-40.
- LLOYD-SHERLOCK, Peter (2000). « Old age and poverty in developing countries: New policy challenges », *World Development*, vol. 28, n° 12, p. 2157-2168.
- MAKVANDI, Ewa, Louise BOUCHARD, Golnaz SEDIGH et Pierre-Jérôme BERGERON (2013). « Methodological issues in analyzing small populations using CCHS cycles based on the official language minority studies », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, numéro spécial, vol. 104, n° 6, p. S55-S59.
- MENDELL, Anika (2010). « Lutter contre la pauvreté au Canada : un portrait des politiques intégrées », *Revue Vie économique*, vol 1, n° 4. En ligne : <http://www.eve.coop/?a=38>
- NATIONS UNIES (2003). « Assemblée mondiale sur le vieillissement – Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement », 8-12 avril, 2002 En ligne : <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf>

- NGWAKONGNWI, Emmanuel, Brenda R. HEMMELGARN, Richard MUSTO, Hude QUAN et Kathryn M. KING-SHIER (2012). « Experiences of French speaking immigrants and non-immigrants accessing health care services in a large Canadian city », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 9, p. 3755-3768.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) (2013). « Les revenus et la pauvreté des personnes âgées », *Panorama des pensions 2013 : les indicateurs de l'OCDE et du G20*, Éditions OCDE. En ligne : http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-fr
- OUMET, Anne-Marie, Normand TREMPE, Bilkis VISSANDJÉE et Isabelle HEMLIN (2013). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé : enjeux et stratégies*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- RAO, Jon N.K., Jeff C.F. WU, Kim YUE (1992). « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, vol. 18, no 2, p. 225 à 234, no 12-001-XPB au catalogue.
- ROSE, Ruth (2009). « Les femmes âgées et l'égalité économique », dans Michèle Charpentier et Anne Quéniart (dir.), *Vieilles et après! Femmes, vieillissement et société*, Montréal, Remue-ménage.
- RUST, Keith F., et Jon N.K. RAO (1996). « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, vol. 5, n° 3, p. 283-310.
- SIMARD, Jean-Maurice (1999). *De la coupe aux lèvres : un coup de cœur se fait attendre. Le développement et l'épanouissement des communautés francophones et acadiennes : une responsabilité fondamentale*, Ottawa, Sénat du Canada.
- STATISTIQUE CANADA (2012). *La population canadienne en 2011 : âge et sexe*, document analytique, Ottawa, Statistique Canada. En ligne : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-fra.pdf> (consulté le 9 juin 2014).
- STATISTIQUE CANADA (2011a). « Population selon la langue maternelle et les groupes d'âge (65 ans et plus), chiffres de 2011, pour le Canada, les provinces et les territoires », Ottawa, Statistique Canada. En ligne : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hltfst/lang/Pages/highlight.cfm?TabID=1&Lang=F&Asc=1&PRCode=01&OrderBy=999&View=1&tableID=401&queryID=1&Age=1> (consulté le 18 juin 2014).
- STATISTIQUE CANADA (2011b). « Population selon la langue maternelle et les groupes d'âge (65 ans et plus), répartition en pourcentage (2011), pour le Canada, les provinces et les territoires », Ottawa, Statistique Canada. En ligne : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hltfst/lang/Pages/highlight.cfm?TabID=1&Lang=F&Asc=1&PRCode=01&OrderBy=999&View=2&tableID=401&queryID=1&Age=12> (consulté le 18 juin 2014).
- SUCHA, Ewa, Erika SILVA, Ricardo BATISTA et Louise BOUCHARD (2014). « Mortality in Francophone minorities in Canada: A 16 years follow-up study », allocution présentée à la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, 27 mai, Toronto.
- THOMAS, Steven, et Brenda WANNELL (2009). « Combiner les cycles de l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 1, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

WILKINS, Russell, Michael TJEPKEMA, Cameron MUSTARD et Robert CHOINIÈRE (2008). « Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991-2001 », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 3, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

WILKINSON, Richard G. (1999). « Health, hierarchy and social anxiety », *Annual New York Academy of Sciences*, vol. 896, p. 48-63.

Législation

Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, LRQ, c L-7.

Mots clés

vieillesse, minorités linguistiques, personnes âgées, pauvreté, déterminants sociaux de santé

Key words

aging, linguistic minorities, elderly, poverty, social determinants of health

Correspondance

louise.bouchard@uottawa.ca

malek.batal@umontreal.ca

imbeault@uottawa.ca

golnaz80@gmail.com

esilvavega@hotmail.com

ewa.sucha1@gmail.com