



Portrait de santé des communautés linguistiques du Québec

LA LANGUE, DÉTERMINANT DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

AUTEURS

Mai Thanh Tu, conseillère scientifique spécialisée
Marie-Hélène Lussier, conseillère scientifique
Sylvie Martel, conseillère scientifique
Christine Blaser, conseillère scientifique spécialisée
Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Jérôme Martinez, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

MISE EN PAGE

Lyne Théorêt, agente administrative
Bureau d'information et d'études en santé des populations

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier Ernest Lo pour ses commentaires à propos des versions antérieures de ce rapport, ainsi que Maude-Chapados et François Gagnon pour leur révision de l'indicateur cannabis.

Ce portrait de santé des communautés linguistiques s'inscrit dans une série de travaux visant à améliorer la connaissance sur la santé des communautés linguistiques du Québec. Il s'agit d'une initiative tripartite impliquant l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

CITATION SUGGÉRÉE

Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., (2018). *Portrait de santé des communautés linguistiques du Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 20 p.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-62942-9 (PDF [ensemble])
ISBN : 978-2-550-82372-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Table des matières

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Liste des tableaux | II |
| Liste des figures | II |
| Liste des sigles et abréviations | III |
| Faits saillants | 1 |
| 1 Introduction | 2 |
| 2 Méthodologie | 2 |
| 2.1 Données | 2 |
| 2.2 Caractéristiques et thèmes abordés | 2 |
| 2.3 Analyses statistiques | 3 |
| 3 Comportements liés à la promotion de la santé et à la prévention | 4 |
| 3.1 Hygiène buccodentaire | 4 |
| 3.2 Usage de la contraception | 4 |
| 3.3 Comportements sexuels | 5 |
| 3.4 Consommation de cannabis | 6 |
| 3.5 Test Pap | 7 |
| 3.6 En un coup d’œil... les comportements liés à la promotion et à la prévention de la santé | 8 |
| 4 État de santé physique et mentale | 9 |
| 4.1 Perception de la santé globale | 9 |
| 4.2 Perception de la santé buccodentaire | 9 |
| 4.3 Insatisfaction à l’égard de sa vie sociale | 10 |
| 4.4 Détresse psychologique | 10 |
| 4.5 Blessures non intentionnelles | 11 |
| 4.6 En un coup d’œil... l’état de santé physique et mentale | 12 |
| 5 Santé au travail | 13 |
| 5.1 Conciliation travail-vie personnelle | 13 |
| 5.2 Reconnaissance au travail | 13 |
| 5.3 Harcèlement psychologique au travail | 14 |
| 5.4 Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail | 14 |
| 5.5 En un coup d’œil... la santé au travail | 15 |
| 6 Conclusion | 16 |
| 7 Références | 17 |
| Annexe Données complètes | 19 |

Liste des tableaux

| | | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 | Comportements liés à la promotion et à la prévention de la santé | 8 |
| Tableau 2 | État de santé physique et mentale..... | 12 |
| Tableau 3 | Santé au travail..... | 15 |
| Tableau 4 | Résultats et intervalles de confiance des indicateurs sélectionnés de l'EQSP selon la langue parlée à la maison et le statut d'immigrant, Québec, 2014-2015..... | 19 |

Liste des figures

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 | Brossage de dents (ou des prothèses) au moins deux fois par jour, 2014-2015..... | 4 |
| Figure 2 | Utilisation de moyens contraceptifs au cours des 12 derniers mois chez les femmes actives sexuellement, 2014-2015 | 4 |
| Figure 3 | Utilisation de moyens contraceptifs au cours des 12 derniers mois chez les hommes actifs sexuellement, 2014-2015 | 5 |
| Figure 4 | Personnes sexuellement actives ayant toujours utilisé le condom au cours des 12 derniers mois, 2014-2015 | 5 |
| Figure 5 | Personnes sexuellement actives ayant eu de 2 à 4 partenaires au cours des 12 derniers mois, 2014-2015 | 6 |
| Figure 6 | Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois, 2014-2015 | 6 |
| Figure 7 | Passation d'un test Pap au cours d'une période de moins de trois ans, 2014-2015..... | 7 |
| Figure 8 | Perception de la santé globale comme étant mauvaise ou passable, 2014-2015..... | 9 |
| Figure 9 | Perception de la santé buccodentaire comme étant mauvaise ou passable, 2014-2015 | 9 |
| Figure 10 | Insatisfaction de sa vie sociale, 2014-2015 | 10 |
| Figure 11 | Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, 2014-2015..... | 10 |
| Figure 12 | Blessures non intentionnelles, 2014-2015 | 11 |
| Figure 13 | Travailleurs ayant de la difficulté avec la conciliation travail-vie personnelle, 2014-2015 | 13 |
| Figure 14 | Travailleurs exposés à un faible niveau de reconnaissance au travail, 2014-2015 | 13 |
| Figure 15 | Travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail, 2014-2015..... | 14 |
| Figure 16 | Travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail, 2014-2015 | 14 |

Liste des sigles et abréviations

| | |
|-------|------------------------------------------------------|
| CV | Coefficient de variation |
| EQSP | Enquête québécoise sur la santé de la population |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IC | Intervalles de confiance |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |
| ITS | Infections transmises sexuellement |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ND | Non disponible |
| NRP | Non réponse partielle |
| TMS | Troubles musculo-squelettiques |
| RCSSS | Réseau communautaire de santé et de services sociaux |

Faits saillants

Ce portrait de santé des communautés linguistiques est basé sur les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015. Il porte sur plusieurs thèmes déclinés en 16 indicateurs couvrant certains comportements liés à la promotion de la santé et à la prévention, certains aspects de l'état de santé physique et mentale ainsi que de la santé au travail. Les thèmes abordés dans ce rapport ne peuvent être couverts en recourant aux banques de données médico-administratives ou au recensement de la population. Les données ont été analysées selon l'angle de la situation linguistique minoritaire et selon le statut d'immigrant.

Les faits saillants relevés ici ne concernent que les indicateurs pour lesquels des différences statistiquement significatives sont observées entre les communautés linguistiques minoritaires anglophone et allophone comparativement à celle francophone.

Situation linguistique minoritaire

Comparativement aux francophones, les anglophones :

- présentent un profil favorable pour 3 indicateurs : l'utilisation systématique du condom, la détresse psychologique et les troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine non traumatique liés au travail;
- présentent un profil défavorable pour 4 indicateurs : l'usage moindre de la contraception chez les hommes et chez les femmes, la consommation de cannabis ainsi que la conciliation travail-vie personnelle;
- ne se distinguent pas des francophones pour les neuf autres indicateurs étudiés.

Comparativement aux francophones, les allophones :

- présentent un profil favorable pour 1 indicateur : les blessures non intentionnelles;
- présentent un profil défavorable pour quatre indicateurs : le test Pap, la perception de la santé buccodentaire, la détresse psychologique et la conciliation travail-vie personnelle;

- ne se distinguent pas des francophones pour 5 des autres indicateurs étudiés;
- les données ne peuvent être présentées pour cause de biais statistique pour les 6 autres indicateurs.

Situation linguistique minoritaire et statut d'immigrant¹

Parmi les personnes nées au Canada, comparativement aux francophones, les anglophones :

- présentent un profil favorable pour 3 indicateurs : l'utilisation systématique du condom, le test Pap et les troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine non traumatique liés au travail;
- présentent un profil défavorable pour 4 indicateurs : l'usage moindre de la contraception chez les femmes, la consommation de cannabis, les blessures non-intentionnelles ainsi que la difficulté avec la conciliation travail – vie personnelle;
- ne se distinguent pas des francophones pour les 9 autres indicateurs.

Parmi les immigrants, comparativement aux francophones, les anglophones :

- présentent un profil favorable pour 2 indicateurs : la perception de la santé buccodentaire et la détresse psychologique;
- ne se distinguent pas des francophones pour 8 indicateurs et les biais statistiques empêchent la comparaison pour les 6 autres.

Parmi les immigrants, comparativement aux francophones, les allophones :

- présentent un profil défavorable pour un indicateur : le test Pap;
- ne se distinguent pas des francophones pour 8 des autres indicateurs étudiés et les biais statistiques empêchent la comparaison des données pour 7 indicateurs.

¹ Les données pour les allophones nés au Canada ne sont pas présentées dans ce rapport en raison de leurs faibles effectifs.

1 Introduction

Au Québec, en 2016, environ 10 % de la population préfère utiliser l'anglais à la maison, alors que 7 % n'y parle ni français ni anglais (Statistique Canada, 2017a). Cela correspond à 1,4 million de personnes vivant en situation de minorité linguistique. Cette différence linguistique est associée à de nombreux défis dans la vie quotidienne, ainsi que dans l'obtention de soins et services publics qui sont principalement offerts en français, la langue officielle du Québec.

Depuis quelques années, plusieurs travaux suggèrent de considérer davantage la langue dans la planification sociosanitaire (Bouchard et Desmeules, 2013). Par exemple, des disparités entre les personnes d'expression anglaise (anglophones) et celles d'expression française (francophones) du Québec ont été rapportées en santé périnatale (Auger, Park et Harper, 2012), ainsi que pour la mortalité évitable (Trempe et collab., 2013) et la mortalité associée aux blessures non intentionnelles (Burrows, Auger et Lo, 2016) mais pas toujours nécessairement en défaveur des personnes d'expression anglaise. Il est toutefois possible que certaines de ces disparités s'amenuisent dans le temps (Tu, Bilodeau-Bertrand et Auger, 2018).

Outre la langue d'expression, le statut d'immigrant peut aussi jouer un rôle sur l'état de santé et de bien-être. Au Québec il a d'ailleurs été constaté que les immigrants récents affichent souvent un meilleur état de santé (Gushulak et collab., 2011). Les statistiques du recensement de 2016 selon la langue parlée le plus souvent à la maison montrent qu'au Québec 22 % des personnes d'expression anglaise (ou anglophones) et 72 % des personnes ne parlant ni anglais ni français à la maison (allophones) sont des immigrants (nés hors Canada), comparativement à seulement 7 % des francophones (Statistique Canada, 2017a).

Il apparaît ainsi important de considérer la langue d'expression conjointement avec le statut d'immigrant lorsqu'il est possible de le faire, afin de distinguer les écarts en santé associés à l'un ou l'autre déterminant. À notre connaissance, peu d'études portant sur la santé dans la littérature considèrent ces deux caractéristiques simultanément. Une des études a par ailleurs rapporté d'importantes différences dans la mortalité entre les communautés linguistiques du Québec lorsqu'on considère le statut d'immigrant (Lo et

collab., 2018) : en effet, les taux de mortalité sont comparables entre les anglophones immigrants et les francophones nés au Québec, alors que généralement, lorsqu'on ne tient pas compte du statut d'immigrant, les taux observés chez les anglophones sont inférieurs aux taux observés chez les francophones.

L'objectif principal de ce portrait de santé des communautés linguistiques est de dresser le portrait récent de certains indicateurs de santé d'intérêt auxquels les utilisateurs hors du réseau de la santé n'ont pas accès. L'amélioration des connaissances sur la santé des communautés minoritaires et majoritaires aidera les décideurs et les acteurs de terrain à mieux situer les enjeux problématiques actuels, à anticiper les tendances à venir et à ajuster les mesures en place afin de réduire les écarts de santé entre ces communautés.

2 Méthodologie

2.1 Données

Les données utilisées pour ce portrait de santé proviennent de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015 disponibles à l'Infocentre de santé publique du Québec. Elles sont présentées pour l'ensemble du Québec. Les détails de cette enquête sont disponibles dans le document « L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois » (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

2.2 Caractéristiques et thèmes abordés

Les données ont été extraites pour chaque communauté linguistique définie selon trois catégories de langues parlées à la maison :

- les francophones correspondent à ceux qui parlent « au moins le français »;
- les anglophones à ceux qui parlent « au moins l'anglais mais pas le français »;
- les allophones à ceux qui ne parlent « ni le français ni l'anglais ».

Les données de langue parlée à la maison ont également été croisées selon le statut d'immigrant (défini par le lieu de naissance : Canada ou hors Canada).

Seize indicateurs ont été retenus et regroupés selon les thèmes suivants :

Comportements liés à la prévention et à la promotion de la santé

- Hygiène buccodentaire;
- Contraception;
- Comportements sexuels;
- Consommation de cannabis;
- Test Pap.

État de santé physique et mentale

- Perception de la santé;
- Perception de la santé buccodentaire;
- Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale;
- Détresse psychologique;
- Blessures non intentionnelles.

Santé au travail

- Conciliation travail-vie personnelle;
- Reconnaissance au travail;
- Harcèlement psychologique au travail;
- Troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine non traumatique liés au travail.

D'autres indicateurs d'intérêt (ex. : consommation de drogues par injection) n'ont pas été retenus en raison de la faible taille d'échantillon qui ne permettait pas d'évaluer les différences entre les communautés linguistiques.

Des facteurs autres que la langue, tels que sociodémographiques et socioéconomiques, sont également associés aux indicateurs et permettent de décrire les populations potentiellement les plus vulnérables. Des tableaux mettant ces facteurs en lumière sont disponibles dans un rapport de l'ISQ (Camirand, Traoré et Baulne, 2016) pour la plupart des indicateurs mis de l'avant dans ce rapport.

2.3 Analyses statistiques

Les données des communautés linguistiques en situation minoritaire (anglophone et allophone) sont comparées aux données de la communauté linguistique majoritaire (francophone). Les différences statistiquement significatives entre les proportions de chaque communauté linguistique ont été déterminées par des tests de Khi-carré et la construction de la statistique de Wald à partir de la différence des transformations « logit » des proportions à une valeur $p < 0,05$. Les différences entre les groupes linguistiques selon leur statut d'immigrant ont été établies par un examen du chevauchement des intervalles de confiance (IC).

Pour alléger le texte, les différences soulevées entre les groupes linguistiques sont implicitement statistiquement significatives. De la même façon, lorsqu'il n'est pas possible de conclure à une différence statistiquement significative entre deux groupes linguistiques, l'expression « est comparable » est employée.

Les graphiques représentent les proportions brutes pour chaque indicateur, selon la communauté linguistique. Les barres d'erreurs représentent les IC à 95 %.

Les données ayant des coefficients de variation (CV) jugés trop élevés (entre 15 % et 25 %) pour permettre de tirer des conclusions fiables ne sont pas présentées ni discutées dans le texte, mais sont disponibles au tableau 4 dans l'annexe. Nous avons procédé de la même façon pour les données ayant un taux de non réponse partielle (NRP) élevé (au-delà de 10 %) car le risque de biais est important. Les données des allophones sont souvent affectées par l'une ou l'autre de ces situations (CV entre 15 et 25 % ou NRP > 10 %), ce qui explique entre autres l'exclusion complète des allophones nés au Canada. Les résultats pour l'ensemble des allophones qui ont une variabilité ou un risque de biais élevés sont identifiés par « ND » (non disponible) dans les graphiques à barres.

L'ensemble des données est toutefois disponible dans le tableau 4 de l'annexe, à l'exception des données ayant un CV de plus de 25 % ou un taux de NRP de plus de 15 %.

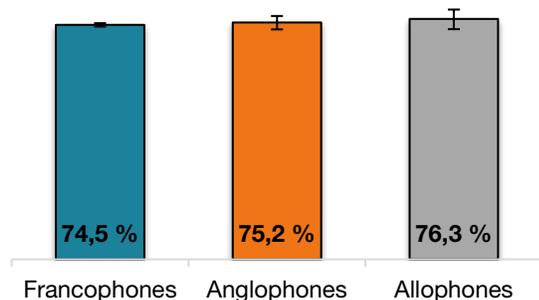
3 Comportements liés à la promotion de la santé et à la prévention

3.1 Hygiène buccodentaire

Certaines bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire, comme le brossage des dents au moins deux fois par jour, seraient suffisantes pour prévenir les maladies des gencives et la carie dentaire.

Au Québec, en 2014-2015, les francophones (75 %), les anglophones (75 %), et les allophones (76 %) sont comparables en proportion quant au brossage des dents (ou des prothèses dentaires) au moins deux fois par jour (figure 1).

Figure 1 Brossage de dents (ou des prothèses) au moins deux fois par jour, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

- Parmi les personnes nées au Canada, la proportion de la population se brossant les dents (ou les prothèses dentaires) au moins deux fois par jour est de 74 % tant chez les francophones que chez les anglophones.
- Chez les immigrants, les proportions de francophones (80 %), d'anglophones (78 %) et d'allophones (77 %) se brossant les dents au moins deux fois par jour sont également comparables.

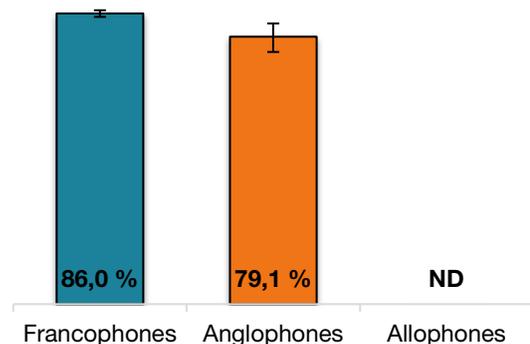
3.2 Usage de la contraception

L'utilisation de moyens contraceptifs fait partie des priorités actuelles en santé reproductive et est une stratégie importante dans la prévention de grossesses non désirées (Institut national de santé publique du Québec).

Femmes

Au Québec, en 2014-2015, parmi les femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement, les anglophones (79 %) sont moins nombreuses en proportion que les francophones (86 %), à avoir utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois (figure 2)².

Figure 2 Utilisation de moyens contraceptifs au cours des 12 derniers mois chez les femmes actives sexuellement, 2014-2015



Note : Les femmes allophones ont un taux de non réponse partielle de plus de 10 %, données non présentées.

Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

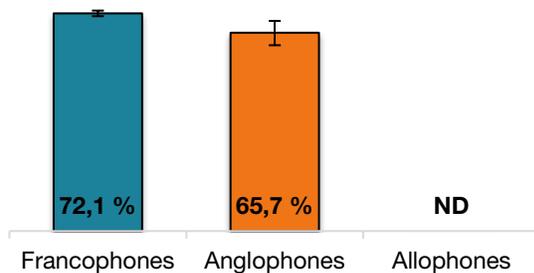
- Parmi les personnes nées au Canada, la proportion de femmes francophones (87 %) ayant utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois est plus importante que celle des anglophones (79 %).
- Chez les immigrantes, l'utilisation de moyens contraceptifs est comparable chez les francophones (78 %) et les anglophones (80 %).

² Tel que suggéré dans le rapport de Camirand et collab. (2016), la comparaison entre les sexes n'est pas souhaitable puisque les deux groupes de population établis diffèrent.

Hommes

Parmi les hommes sexuellement actifs, en 2014-2015, les anglophones (66 %) sont moins nombreux en proportion que les francophones (72 %) à avoir utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois (figure 3).

Figure 3 Utilisation de moyens contraceptifs au cours des 12 derniers mois chez les hommes actifs sexuellement, 2014-2015



Note : Les hommes allophones ont un taux de non réponse partielle de plus de 10 %, données non présentées.

Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

- Parmi les personnes nées au Canada, la proportion d'hommes anglophones (69 %) ayant utilisé un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois est comparable à celle observée chez les francophones (73 %).
- Chez les immigrants anglophones et allophones, la non réponse partielle est trop élevée pour permettre de présenter les résultats.

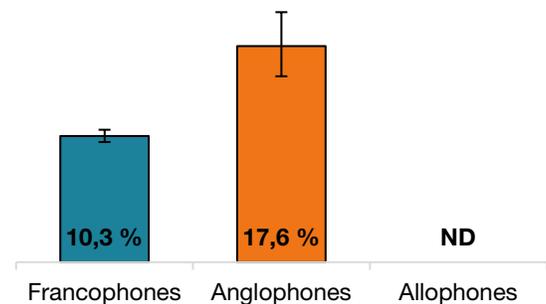
3.3 Comportements sexuels

Le condom est le meilleur moyen de prévention des infections transmises sexuellement (ITS) (Centers for Disease Control and Prevention). Certains comportements sexuels peuvent être associés à davantage de risques de contracter des ITS comme le nombre de partenaires (Institut national de santé publique du Québec). Ces informations sur les comportements sexuels aident aussi à cerner la santé sexuelle des individus (Joubert et Du Mays, 2014).

Utilisation du condom

Au Québec, en 2014-2015, parmi les personnes sexuellement actives, les anglophones (18 %) ayant toujours utilisé le condom au cours des 12 derniers mois sont plus nombreux en proportion que les francophones (10 %) (figure 4).

Figure 4 Personnes sexuellement actives ayant toujours utilisé le condom au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Note : Les allophones ont un taux de non réponse partielle de plus de 10 %, données non présentées.

Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

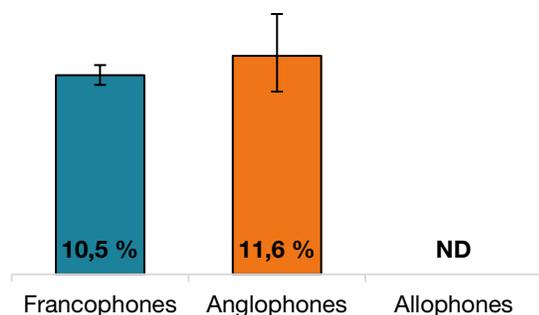
- En 2014-2015, parmi les personnes sexuellement actives nées au Canada, on constate qu'au cours des 12 derniers mois, les anglophones (18 %) ayant toujours utilisé le condom sont plus nombreux en proportion que les francophones (10 %).
- Chez les immigrants, les proportions de francophones (12 %) et d'anglophones (17 %) ayant toujours utilisé le condom sont comparables.

Nombre de partenaires

Au Québec, en 2014-2015, parmi les personnes sexuellement actives, la proportion d'anglophones ayant eu 1 seul partenaire au cours des 12 derniers mois est légèrement inférieure à celle des francophones (84 % et 87 % respectivement) (données non-illustrées).

Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'est observée selon la langue parlée à la maison pour la proportion de personnes sexuellement actives ayant eu 2 à 4 partenaires au cours des 12 derniers mois (figure 5).

Figure 5 Personnes sexuellement actives ayant eu de 2 à 4 partenaires au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Note : Les allophones ont un taux de non réponse partielle de plus de 10 %, données non présentées.

Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

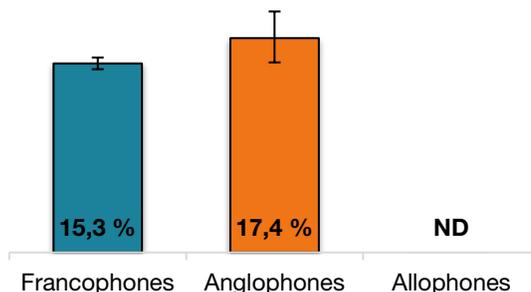
- En 2014-2015, parmi les personnes nées au Canada qui sont sexuellement actives (ayant eu de 2 à 4 partenaires au cours des 12 derniers mois), on constate que les anglophones (13 %) et les francophones (11 %) sont comparables en proportion.
- Parmi les immigrants, en raison des faibles effectifs observés pour les anglophones et les allophones, on ne peut se prononcer sur les différences entre communautés linguistiques quant au nombre de partenaires sexuels.

3.4 Consommation de cannabis

La consommation de drogues et de substances psychoactives peut avoir des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être. Le risque de développer une dépendance au cannabis chez les consommateurs de ce produit serait de 9 %. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans la population au Québec (Chapados et collab., 2016).

Au Québec, en 2014-2015, la proportion de la population ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois était plus élevée chez les anglophones (17 %) que les francophones (15 %) (figure 6).

Figure 6 Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois, 2014-2015



Note : Les allophones ont un taux de non réponse partielle de plus de 10 %, données non présentées.

Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

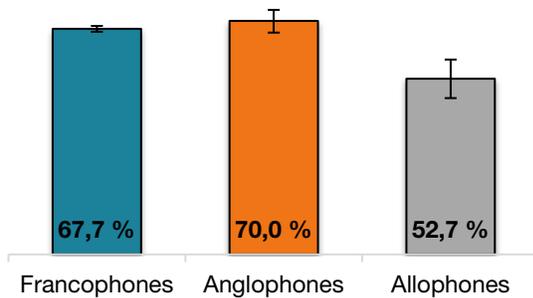
- En 2014-2015, parmi les personnes nées au Canada ayant 15 ans ou plus, on constate que la proportion de consommateurs de cannabis est plus importante chez les anglophones (22 %) que les francophones (16 %).
- Chez les immigrants, les biais statistiques chez les anglophones et les allophones sont trop importants pour se prononcer sur les différences potentielles entre communautés linguistiques quant à la consommation de cannabis.

3.5 Test Pap

Le test Pap sert à repérer des changements anormaux aux cellules du col de l'utérus qui peuvent mener au cancer. On recommande de le passer tous les 2 à 3 ans (Portail Santé mieux-être, Gouvernement du Québec, 2017; Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Au Québec, en 2014-2015, parmi les femmes de 18 à 69 ans, les allophones (53 %) sont moins nombreuses en proportion que les anglophones (70 %) et les francophones (68 %) à avoir passé un test Pap au cours d'une période de moins de trois ans (figure 7).

Figure 7 Passation d'un test Pap au cours d'une période de moins de trois ans, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

- Parmi les femmes de 18 à 69 ans nées au Canada, les anglophones (74 %) sont plus nombreuses en proportion à avoir passé un test Pap au cours des trois dernières années que les francophones (68 %).
- La situation parmi les femmes nées à l'extérieur du Canada est semblable à celle de l'ensemble des femmes: les proportions de femmes ayant passé un test Pap au cours des trois dernières années sont comparables entre les francophones (63 %) et les anglophones (61 %) mais inférieures chez les allophones (53 %).

3.6 En un coup d'œil... les comportements liés à la promotion et à la prévention de la santé

Tableau 1 Comportements liés à la promotion et à la prévention de la santé

| ANGLOPHONES | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Total | Nés au Canada | Immigrants |
| Se comparent FAVORABLEMENT aux francophones | Utilisation du condom | Utilisation du condom Test Pap | |
| Se comparent aux francophones | Hygiène buccodentaire Comportements sexuels Test Pap | Hygiène buccodentaire Contraception (hommes) Comportements sexuels | Hygiène buccodentaire Contraception (femmes) Utilisation du condom Test Pap |
| Se comparent DÉFAVORABLEMENT aux francophones | Contraception (hommes et femmes) Consommation de cannabis | Contraception (femmes) Consommation de cannabis | |
| Non présentés pour considérations méthodologiques | | | Contraception (hommes) Comportements sexuels Consommation de cannabis |

| ALLOPHONES | | | |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Total | Nés au Canada | Immigrants |
| Se comparent FAVORABLEMENT aux francophones | | | |
| Se comparent aux francophones | Hygiène buccodentaire | | Hygiène buccodentaire |
| Se comparent DÉFAVORABLEMENT aux francophones | Test Pap | | Test Pap |
| Non présentés pour considérations méthodologiques | Contraception (hommes et femmes) Utilisation du condom Comportements sexuels Consommation de cannabis | Hygiène buccodentaire Contraception (hommes et femmes) Utilisation du condom Comportements sexuels Consommation de cannabis Test Pap | Contraception (hommes et femmes) Utilisation du condom Comportements sexuels Consommation de cannabis |

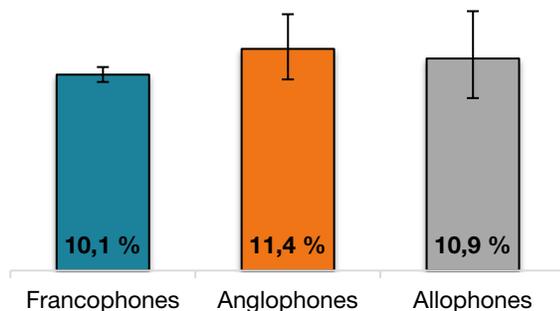
4 État de santé physique et mentale

4.1 Perception de la santé globale

L'auto-évaluation de l'état de santé globale est une façon subjective mais fiable de mesurer l'état de santé d'une personne. Elle concorde bien avec certains aspects objectifs de la santé (ex. : problèmes de santé physique, capacité fonctionnelle, limitation des activités, état de santé mentale et sociale, habitudes de vie ou comportements individuels liés à la santé) (Camirand, Traoré et Baulne, 2016; Statistique Canada, 2016).

Au Québec, en 2014-2015, les proportions de francophones, d'anglophones et d'allophones qui perçoivent leur santé comme passable ou mauvaise sont comparables (10 % ou 11 %) (figure 8).

Figure 8 Perception de la santé globale comme étant mauvaise ou passable, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

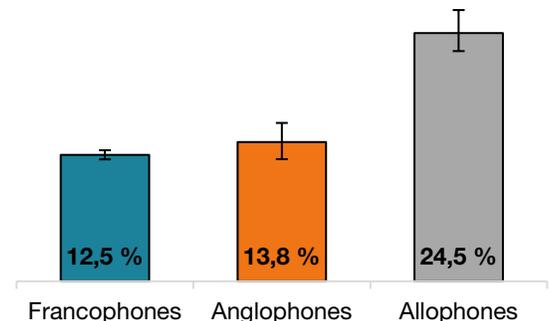
- Parmi les personnes nées au Canada, la proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé est comparable chez les francophones (10 %) et les anglophones (11 %).
- Chez les immigrants, les proportions sont comparables pour les trois communautés linguistiques : la santé est perçue comme mauvaise ou passable pour 10 % des francophones, 12 % des anglophones et 11 % des allophones.

4.2 Perception de la santé buccodentaire

La perception que les individus ont de leur propre santé buccodentaire permet de mieux appréhender la santé buccodentaire dans sa globalité en tenant compte de dimensions fonctionnelles et sociales (Institut national de santé publique du Québec).

Au Québec en 2014-2015, les proportions d'anglophones et de francophones qui perçoivent leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise sont comparables (respectivement 14 % et 13 %). Les allophones sont presque deux fois plus nombreux à ne pas se percevoir en bonne santé buccodentaire (25 %) (figure 9).

Figure 9 Perception de la santé buccodentaire comme étant mauvaise ou passable, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

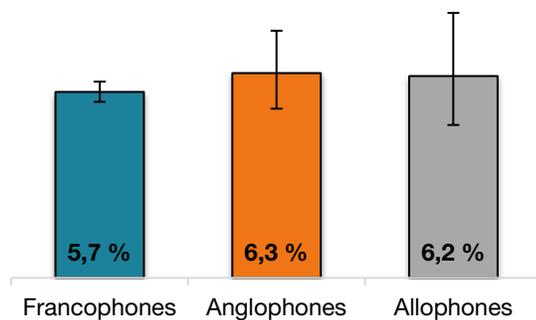
- Les anglophones et les francophones nés au Canada ne s'estimant pas en bonne santé buccodentaire sont comparables en proportion (respectivement 12 % et 13 %).
- Les immigrants anglophones (16 %) estiment leur santé buccodentaire comme mauvaise ou passable dans une plus faible proportion que les immigrants francophones (22 %). Les allophones immigrants présentent une proportion comparable à celle des francophones (25 %).

4.3 Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale

La satisfaction de la population à l'égard de sa vie sociale est une évaluation subjective de son état de bien-être et constitue un aspect important de la santé mentale. Elle est souvent associée à l'environnement social des individus (Camirand, Traoré et Baulne, 2016; Statistique Canada, 2017b).

Au Québec, en 2014-2015, les résultats des francophones, anglophones et allophones sont comparables quant à l'insatisfaction de leur vie sociale (6 %) (figure 10).

Figure 10 Insatisfaction de sa vie sociale, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

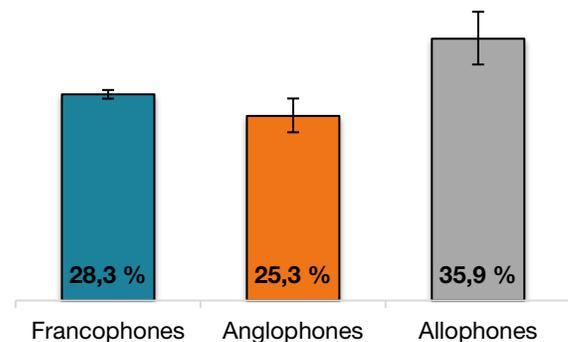
- Parmi les personnes nées au Canada, les anglophones et les francophones insatisfaits de leur vie sociale sont comparables en proportion (6 %).
- Chez les immigrants, les biais statistiques chez les anglophones et les allophones sont trop importants pour se prononcer sur les différences potentielles entre communautés linguistiques quant à l'insatisfaction de la vie sociale.

4.4 Détresse psychologique

La détresse psychologique est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété. L'échelle de détresse psychologique est une mesure non spécifique de l'état de santé mentale, qui permet d'en dresser le portrait dans la population générale (Camirand, Traoré et Baulne, 2016; Camirand et Nanhou, 2008).

Au Québec, en 2014-2015, les anglophones sont moins nombreux en proportion (25 %) que les francophones (28 %) à se situer à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique. C'est chez les allophones (36 %) que la proportion est la plus élevée (figure 11).

Figure 11 Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

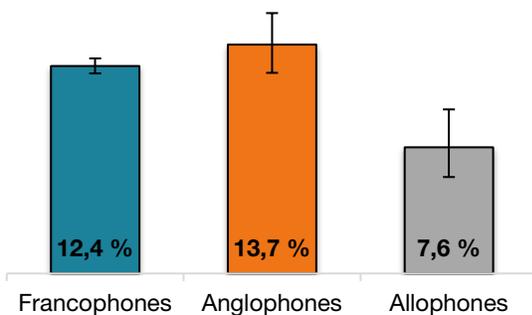
- Les résultats du niveau de détresse psychologique des anglophones (26 %) et des francophones (28 %) nés au Canada sont comparables.
- Chez les immigrants, les francophones (32 %) sont plus nombreux que les anglophones (25 %) à se situer à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique. Les allophones immigrants présentent une proportion comparable à celle des francophones (35 %).

4.5 Blessures non intentionnelles

Dans le cadre de l'enquête EQSP, on définit les blessures non intentionnelles comme celles qui sont assez sévères pour limiter les activités normales des individus. Elles ont des conséquences qui peuvent être graves. Partout dans le monde, ces blessures figurent parmi les causes principales de mortalité et de morbidité (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Au Québec, en 2014-2015, les anglophones (14 %) et les francophones (12 %) sont comparables en proportion de victimes de blessures non intentionnelles au cours des 12 derniers mois. Les allophones (8 %) présentent la proportion la plus faible de victimes de ces blessures (figure 12).

Figure 12 Blessures non intentionnelles, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

- Parmi les personnes nées au Canada, les anglophones (16 %) sont plus nombreux à être victimes de blessures non intentionnelles au cours des 12 derniers mois, comparativement aux francophones (13 %).
- Chez les immigrants, les proportions sont comparables entre les allophones (8 %) et francophones (9 %).

4.6 En un coup d'œil... l'état de santé physique et mentale

Tableau 2 État de santé physique et mentale

| ANGLOPHONES | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Total | Nés au Canada | Immigrants |
| Se comparent FAVORABLEMENT aux francophones | Détresse psychologique | | Perception de la santé buccodentaire Détresse psychologique |
| Se comparent aux francophones | Perception de la santé globale Perception de la santé buccodentaire Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale Blessures non intentionnelles | Perception de la santé globale Perception de la santé buccodentaire Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale Détresse psychologique | Perception de la santé globale |
| Se comparent DÉFAVORABLEMENT aux francophones | | Blessures non intentionnelles | |
| Non présentés pour considérations méthodologiques | | | Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale Blessures non intentionnelles |
| ALLOPHONES | | | |
| | Total | Nés au Canada | Immigrants |
| Se comparent FAVORABLEMENT aux francophones | Blessures non intentionnelles | | |
| Se comparent aux francophones | Perception de la santé globale Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale | | Perception de la santé globale Perception de la santé buccodentaire Détresse psychologique Blessures non intentionnelles |
| Se comparent DÉFAVORABLEMENT aux francophones | Perception de la santé buccodentaire Détresse psychologique | | |
| Non présentés pour considérations méthodologiques | | Perception de la santé globale Perception de la santé buccodentaire Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale Détresse psychologique Blessures non intentionnelles | Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale |

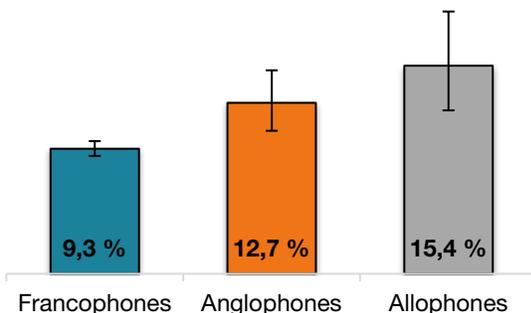
5 Santé au travail

5.1 Conciliation travail-vie personnelle

Les difficultés pour les individus à concilier leurs responsabilités professionnelles et leurs engagements personnels peuvent avoir des conséquences négatives pour leur santé mentale et physique. Dans ce contexte, les conditions de travail relatives aux horaires de travail sont déterminantes pour la conciliation travail-vie personnelle³ (Institut national de santé publique du Québec; Allen et collab., 2000; Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Au Québec, en 2014-2015, les anglophones (13 %) et les allophones (15 %) sont plus nombreux en proportion que les francophones (9 %) à avoir de la difficulté avec la conciliation travail-vie personnelle (figure 13).

Figure 13 Travailleurs ayant de la difficulté avec la conciliation travail-vie personnelle, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

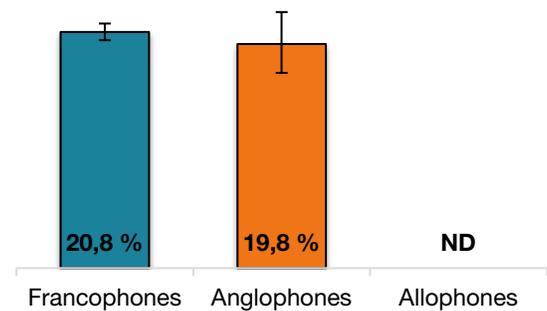
- Parmi les travailleurs nés au Canada, les anglophones (13 %) sont plus nombreux en proportion que les francophones (9 %) à avoir de la difficulté à concilier travail et vie personnelle.
- Les proportions de travailleurs immigrants ayant de la difficulté dans la conciliation travail-vie personnelle sont comparables entre les francophones (14 %) et les allophones (17 %).

5.2 Reconnaissance au travail

La faible reconnaissance au travail peut être d'origine monétaire, sociale ou organisationnelle. Les travailleurs qui sont exposés à une faible reconnaissance au travail sont davantage à risque de rapporter de la détresse psychologique, des symptômes dépressifs, ainsi qu'une perception négative de leur état de santé (Institut national de santé publique du Québec; Vézina et collab., 2011; Memmi et collab., 2016).

Au Québec, en 2014-2015, les francophones (21 %) et les anglophones (20 %) présentent des proportions comparables de travailleurs exposés à un faible niveau de reconnaissance au travail (figure 14).

Figure 14 Travailleurs exposés à un faible niveau de reconnaissance au travail, 2014-2015



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

- Aucune différence n'est décelée entre la proportion des travailleurs exposés à une faible reconnaissance au travail des anglophones (20 %) et des francophones (21 %) nés au Canada.
- Parmi les immigrants, la proportion de travailleurs exposés à une faible reconnaissance au travail est comparable entre les anglophones (20 %) et les francophones (24 %).

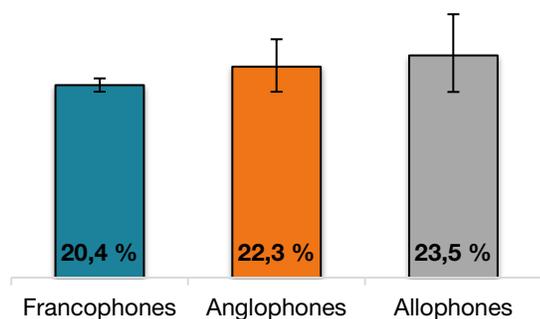
³ L'indicateur utilisé pour estimer une conciliation travail-vie personnelle difficile est la « difficulté à accorder les horaires de travail avec les engagements sociaux et familiaux ».

5.3 Harcèlement psychologique au travail

La *Loi sur les normes du travail* définit le harcèlement psychologique comme étant « une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste » (Institut national de santé publique du Québec; Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Au Québec, en 2014-2015, la proportion de travailleurs anglophones (22 %) ayant subi du harcèlement psychologique au travail est comparable à celle des francophones (20 %) et des allophones (24 %) (figure 15).

Figure 15 **Travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail, 2014-2015**



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

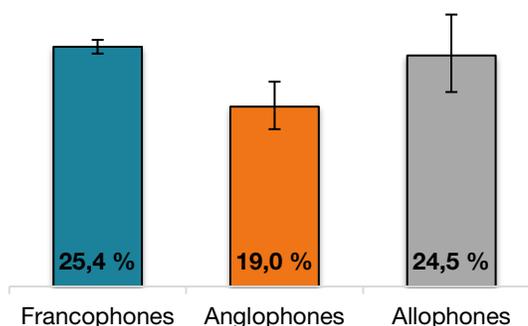
- Parmi les personnes nées au Canada, la proportion d'anglophones (22 %) ayant subi du harcèlement psychologique en milieu de travail est comparable à celle des francophones (20 %).
- Chez les immigrants, les anglophones (22 %) et les allophones (22 %) présentent des proportions comparables aux francophones (26 %) de travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail.

5.4 Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) réfèrent à des symptômes ou des blessures de type inflammatoires ou dégénératifs qui atteignent le cou, le dos, les membres supérieurs ou inférieurs. La prévention des TMS non traumatiques liés au travail est une priorité du Programme national de santé publique et du Plan stratégique de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (Camirand, Traoré et Baulne, 2016).

Au Québec, en 2014-2015, les anglophones (19 %) sont moins nombreux en proportion à souffrir de TMS d'origine non traumatique liés au travail que les francophones (25 %). Les allophones (25 %) ne se distinguent pas des deux autres groupes linguistiques (figure 16).

Figure 16 **Travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail, 2014-2015**



Langue parlée à la maison et statut d'immigrant

- Parmi les personnes nées au Canada, les anglophones (19 %) sont moins susceptibles de souffrir de TMS d'origine non traumatique liés au travail que les francophones (26 %).
- Chez les immigrants, les anglophones (19 %) et allophones (24 %) présentent des proportions de travailleurs souffrant de TMS d'origine non traumatique liés au travail comparables à celle des francophones (23 %).

5.5 En un coup d'œil... la santé au travail

Tableau 3 Santé au travail

| ANGLOPHONES | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Total | Nés au Canada | Immigrants |
| Se comparent FAVORABLEMENT aux francophones | Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail | Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail | |
| Se comparent aux francophones | Reconnaissance au travail Harcèlement psychologique au travail | Reconnaissance au travail Harcèlement psychologique au travail | Reconnaissance au travail Harcèlement psychologique au travail Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail |
| Se comparent DÉFAVORABLEMENT aux francophones | Conciliation travail-vie personnelle | Conciliation travail-vie personnelle | |
| Non présentés pour considérations méthodologiques | | | Conciliation travail-vie personnelle |
| ALLOPHONES | | | |
| | Total | Nés au Canada | Immigrants |
| Se comparent FAVORABLEMENT aux francophones | | | |
| Se comparent aux francophones | Harcèlement psychologique au travail Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail | | Conciliation travail-vie personnelle Harcèlement psychologique au travail Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail |
| Se comparent DÉFAVORABLEMENT aux francophones | Conciliation travail-vie personnelle | | |
| Non présentés pour considérations méthodologiques | Reconnaissance au travail | Conciliation travail-vie personnelle Reconnaissance au travail Harcèlement psychologique au travail Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés au travail | Reconnaissance au travail |

6 Conclusion

L'objectif de ce portrait est d'enrichir les connaissances sur l'état de santé des communautés linguistiques du Québec, en comparant celles qui sont en situation de minorité (anglophone et allophone) à la majorité francophone. Des analyses ont déjà démontré que les québécois en situation de minorité linguistique présentent une situation socioéconomique plus précaire, avec des taux de chômage plus élevés et des inégalités de revenu plus importantes (Lussier, 2012). Or, d'autres études réalisées à partir de données administratives ont montré des écarts dans certains indicateurs de santé qui seraient favorables aux personnes d'expression anglaise (Trempe et collab., 2013; Auger, Park et Harper, 2012; Burrows, Auger et Lo, 2016).

L'examen des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015 a quant à lui permis de constater qu'il n'existe pas de vulnérabilité généralisée chez les communautés en situation de minorité linguistique (anglophone ou allophone). En effet, pour la majorité des indicateurs étudiés dans ce portrait de santé, les anglophones sont comparables, en proportion, aux francophones. Chez les allophones, c'est la moitié des résultats des indicateurs ne présentant pas d'obstacles méthodologiques qui sont comparables aux francophones.

Cependant, on distingue tout de même quelques différences : les anglophones présentent un profil favorable pour l'utilisation systématique du condom, la détresse psychologique et la présence de troubles musculo-squelettiques d'origine non-traumatique liés au travail, mais en proportion ils font un usage moindre de moyens contraceptifs, sont plus nombreux à consommer du cannabis et à avoir de la difficulté avec la conciliation travail-vie personnelle.

Les allophones, quant à eux, se distinguent de façon défavorable lorsque comparés aux francophones pour quatre indicateurs retenus (test Pap, perception de la santé buccodentaire, détresse psychologique et conciliation travail-vie personnelle) et de façon favorable pour un indicateur (blessures non intentionnelles).

L'analyse croisée entre la langue d'expression et le statut d'immigrant révèle que, à part une plus grande propension à souffrir de blessures non intentionnelles et une proportion plus élevée de femmes ayant passé le test Pap depuis 3 ans, le profil des anglophones nés au Canada est aligné avec celui de l'ensemble des anglophones.

Parmi les immigrants, peu de différences sont relevées entre chacune des minorités linguistiques et les francophones. Parmi les divergences, les anglophones immigrants ont un profil favorable en ce qui concerne la détresse psychologique et la perception de la santé buccodentaire comparativement aux francophones immigrants. Les femmes allophones immigrantes, quant à elles, sont moins nombreuses en proportion que les immigrantes francophones à avoir passé un test Pap dans les trois dernières années.

7 Références

ALLEN, T. D., D. E. HERST, C. S. BRUCK et M. SUTTON (avril 2000). « Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 5, n° 2, p. 278-308.

AUGER, N., A. L. PARK et S. HARPER (décembre 2012). « Francophone and Anglophone perinatal health: temporal and regional inequalities in a Canadian setting, 1981-2008. », *International journal of public health*, vol. 57, n° 6, p. 925-934.

BOUCHARD, L., et M. DESMEULES (octobre 2013). « [Linguistic minorities in Canada and health] », *Healthcare Policy = Politiques De Santé*, vol. 9, n° Spec Issue, p. 38-47.

BURROWS, S., N. AUGER et E. LO (février 2016). « Language and unintentional injury mortality in Quebec, Canada », *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, vol. 22, n° 1, p. 72-75.

CAMIRAND, H., et V. NANHOU (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*, [en ligne], « Santé et bien-être », <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletin_s/zoom-sante-200809.pdf> (consulté le 19 février 2018).

CAMIRAND, H., I. TRAORÉ et J. BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition.*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION « Condom Fact Sheet In Brief », <<https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html>> (consulté le 12 février 2018).

CHAPADOS, M., F. GAGNON, G. LAPOINTE, S. TESSIER, N. APRIL, R. FACHEHOUN et O. SAMUEL (octobre 2016). *Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique*, [en ligne], Institut national de santé publique du Québec.

GUSHULAK, B. D., K. POTTIE, J. HATCHER ROBERTS, S. TORRES, M. DESMEULES et CANADIAN COLLABORATION FOR IMMIGRANT AND REFUGEE HEALTH (6 septembre 2011). « Migration and health in Canada: health in the global village », *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, n° 12, p. E952-958.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC « Augmenter l'utilisation des méthodes contraceptives efficaces », dans *Augmenter l'utilisation des méthodes contraceptives efficaces*, [en ligne], <<https://www.inspq.qc.ca/contraception>> (consulté le 12 février 2018a).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC « Infocentre de santé publique du Québec », <<https://www.infocentre.inspq.qc.ca/>> (consulté le 18 décembre 2017b).

JOUBERT, K., et D. DU MAYS (juillet 2014). *Relations sexuelles et contraception: un portrait des jeunes au cours des années 2000.*, Institut de la Statistique du Québec, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ».

LO, E., M. T. TU, N. TREMPÉ et N. AUGER (2018). « Linguistic mortality gradients in Quebec and the role of migrant composition », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, vol. 109, n° 1.

LUSSIER, M.-H. (2012). *La situation socioéconomique des anglophones du Québec*, [en ligne], [Montréal], Institut national de santé publique Québec, <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2218566>> (consulté le 25 août 2015).

MEMMI, S., N. SANDRET, M. NIEZBOROLA, T. LESSUFLEUR et I. NIEDHAMMER (2016). « L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux », *Références en santé au travail*, vol. Mars 2016, n° 145, p. 53-64.

PORTAIL SANTÉ MIEUX-ÊTRE, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (18 décembre 2017). « Dépistage du cancer du col de l'utérus », <<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/>> (consulté le 12 février 2018).

STATISTIQUE CANADA (2016). « Santé perçue », <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/phx-fra.htm>> (consulté le 12 février 2018).

STATISTIQUE CANADA (2017a). « Tableau 98-400-X2016194 », dans *Tableaux de données, Recensement de 2016*, [en ligne], <<http://www5.statcan.gc.ca/olc-olc.action?objId=98-400-X2016194&objType=46&lang=fr&limit=0>> (consulté le 30 mars 2018).

STATISTIQUE CANADA (2017b). *Satisfaction à l'égard de la vie, 2016*, [en ligne], <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/54862-fra.pdf>> (consulté le 19 février 2018).

TREMPE, N., A. D. BARRY, M.-H. LUSSIER et E. LO (juillet 2013). *La mortalité évitable des deux principales communautés linguistiques du Québec*, Institut de santé publique du Québec.

TU, T. M., M. BILODEAU-BERTRAND et N. AUGER (2018). *Portrait de la prématurité et des naissances ayant un faible poids pour l'âge gestationnel dans les communautés linguistiques au Québec, 1989 à 2010*, Institut national de santé publique du Québec.

VÉZINA, M., É. CLOUTIER, S. STOCK, K. LIPPEL, É. FORTIN, A. DELISLE, M. ST-VINCENT, A. FUNES, P. DUGUAY, S. VÉZINA et P. PRUD'HOMME (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Institut de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Annexe : Données complètes

Le tableau suivant contient toutes les données illustrées dans ce rapport, en plus des données qui ont des coefficients de variation supérieurs à 15 % mais inférieurs ou égaux à 25 % et des taux de non réponse partielle supérieurs à 10 % mais inférieurs ou égaux à 15 %. Ces données sont présentées à titre d'information et ne devraient être interprétées ou utilisées qu'avec prudence. Les données dont le coefficient de variation est supérieur à 25 % ou celles dont le taux de non réponse partielle est supérieur à 15 % ne sont pas présentées (ND).

Tableau 4 Résultats et intervalles de confiance des indicateurs sélectionnés de l'EQSP selon la langue parlée à la maison et le statut d'immigrant, Québec, 2014-2015

| | TOTAL | | | NÉS AU CANADA | | | IMMIGRANTS | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | FR | ANG | ALL | FR | ANG | ALL | FR | ANG | ALL |
| Comportements liés à la prévention et à la promotion de la santé | | | | | | | | | |
| Brossage des dents deux fois par jour | 74,5 [73,9; 75,0] | 75,2 [73,0; 77,3] | 76,3 [73,1; 79,3] | 73,8 [73,3; 74,4] | 74,2 [71,6; 76,7] | 74,9 ^b [64,6; 83] | 80,1 [78,2; 81,9] | 77,5 [73,4; 81,1] | 76,5 [73,1; 79,6] |
| Utilisation de moyens contraceptifs chez les femmes au cours des 12 derniers mois | 86,0 [85,0; 86,9] | 79,1 [74,6; 83,0] | 77,6 ^b [70,6; 83,4] | 87,0 [86,1; 88,0] | 78,9 [73,3; 83,5] | 77,8 ^b [53; 91,6] | 77,8 [73,7; 81,5] | 79,8 [69,5; 87,2] | 77,6 ^b [70,1; 83,7] |
| Utilisation de moyens contraceptifs chez les hommes au cours des 12 derniers mois | 72,1 [71,2; 73,0] | 65,7 [61,5; 69,6] | 66,1 ^b [60,5; 71,2] | 72,5 [71,5; 73,4] | 69,1 [64,4; 73,5] | ND | 68,7 [65,1; 72] | 57,0 ^b [48,7; 64,9] | 64,6 ^b [58,8; 70,1] |
| Utilisation systématique du condom au cours des 12 derniers mois | 10,3 [9,8; 10,8] | 17,6 [15,1; 20,3] | 16,7 ^b [13,4; 20,6] | 10,0 [9,5; 10,6] | 17,7 [14,8; 21] | ND | 12,4 [10,7; 14,3] | 17,3 [13,1; 22,5] | 15,4 ^b [12,1; 19,4] |
| Entre 2 et 4 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois | 10,5 [10,0; 11,1] | 11,6 [9,7; 13,8] | 8,5 ^{a,b} [6,3; 11,4] | 10,6 [10,1; 11,2] | 13,0 [10,7; 15,7] | ND | 9,6 [8,1; 11,4] | 7,9 ^a [5; 12,3] | 7,7 ^{a,b} [5,5; 10,8] |
| Consommation de cannabis dans les 12 derniers mois | 15,3 [14,9; 15,8] | 17,4 [15,4; 19,6] | 6,7 ^a [5,0; 9,0] | 16,1 [15,6; 16,6] | 22,1 [19,6; 24,8] | 20,3 ^{a,b} [12,9; 30,6] | 9,0 [7,6; 10,6] | 6,5 ^a [4,6; 9,1] | 5,4 ^a [3,7; 7,7] |
| Passation du test Pap au cours d'une période de moins de trois ans | 67,7 [66,8; 68,5] | 70,0 [66,5; 73,3] | 52,7 [46,9; 58,4] | 68,3 [67,3; 69,2] | 74,0 [69,9; 77,7] | 52,8 ^a [34,5; 70,4] | 62,6 [59,4; 65,7] | 61,1 [53,9; 67,9] | 52,7 [46,6; 58,7] |

| | TOTAL | | | NÉS AU CANADA | | | IMMIGRANTS | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | FR | ANG | ALL | FR | ANG | ALL | FR | ANG | ALL |
| État de santé physique et mentale | | | | | | | | | |
| Perception de sa santé comme passable ou mauvaise | 10,1 [9,7; 10,5] | 11,4 [9,8; 13,2] | 10,9 [8,9; 13,4] | 10,1 [9,7; 10,5] | 11,0 [9,1; 13,2] | ND | 10,2 [9,0; 11,7] | 12,4 [9,7; 15,8] | 11,4 [9,2; 14,1] |
| Perception de sa santé buccodentaire comme passable ou mauvaise | 12,5 [12,1; 12,9] | 13,8 [12,1; 15,6] | 24,5 [21,5; 27,8] | 11,5 [11,1; 11,9] | 12,9 [11,0; 15,2] | 24,1 ^{a,b} [16,1; 34,4] | 21,5 [19,7; 23,4] | 15,7 [12,6; 19,3] | 24,6 [21,3; 28,1] |
| Insatisfaction à l'égard de sa vie sociale | 5,7 [5,4; 6,0] | 6,3 [5,2; 7,6] | 6,2 [4,7; 8,1] | 5,7 [5,4; 6] | 5,7 [4,4; 7,2] | ND | 6,0 [5,0; 7,1] | 7,7 ^a [5,5; 10,8] | 5,6 ^a [4,1; 7,6] |
| Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique au cours des 12 derniers mois | 28,3 [27,7; 28,9] | 25,3 [23,1; 27,7] | 35,9 [32,4; 39,6] | 27,9 [27,3; 28,5] | 25,7 [22,9; 28,7] | 46,9 ^b [35,4; 58,8] | 31,7 [29,6; 33,9] | 24,6 [20,7; 28,8] | 34,8 [31,2; 38,6] |
| Blessures non intentionnelles au cours des 12 derniers mois | 12,4 [12,0; 12,9] | 13,7 [12,0; 15,6] | 7,6 [5,8; 9,8] | 12,8 [12,4; 13,3] | 16,2 [14,0; 18,7] | ND | 9,1 [7,8; 10,6] | 8,0 ^a [5,9; 10,8] | 7,6 [5,7; 10] |
| Santé au travail | | | | | | | | | |
| Conciliation travail - vie personnelle difficile | 9,3 [8,7; 9,8] | 12,7 [10,6; 15,1] | 15,4 [12,1; 19,4] | 8,7 [8,2; 9,3] | 13,0 [10,6; 16] | ND | 14,3 [12,4; 16,4] | 11,7 ^a [8,1; 16,6] | 16,8 [13,1; 21,2] |
| Faible reconnaissance au travail | 20,8 [20,1; 21,6] | 19,8 [17,2; 22,6] | 19,3 ^b [15,4; 23,8] | 20,5 [19,8; 21,3] | 19,6 [16,7; 22,9] | ND | 23,5 [20,9; 26,3] | 20,2 [15,4; 26,2] | 18,1 ^b [14,3; 22,6] |
| Harcèlement psychologique au travail | 20,4 [19,7; 21,1] | 22,3 [19,7; 25,2] | 23,5 [19,7; 27,9] | 19,8 [19,1; 20,5] | 22,4 [19,4; 25,7] | 34,2 ^a [21,4; 49,8] | 25,6 [23,2; 28,2] | 22,3 [17,4; 28] | 22,4 [18,4; 27] |
| Troubles musculo-squelettiques non traumatiques liés à l'emploi dans les 12 derniers mois | 25,4 [24,7; 26,1] | 19,0 [16,7; 21,7] | 24,5 [20,6; 28,8] | 25,6 [24,8; 26,4] | 19,2 [16,6; 22,1] | ND | 23,3 [20,9; 25,8] | 18,5 [13,9; 24,2] | 24,2 [20,3; 28,6] |

^a Coefficient de variation supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

^b Taux de non-réponse partielle supérieur à 10 % mais inférieur ou égal à 15 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

ND Donnée non présentée dû à un coefficient de variation de plus de 25 % ou d'un taux de non réponse partielle de plus de 15 %.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca